



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2012 –**

**LA PERMANENCE DES SOINS : QUELLE  
IMPLICATION DES MEDECINS LIBERAUX DANS  
LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON  
PROGRAMMES ?**

**– Groupe n° 9 –**

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| – <b>Osman CANIBEK - AAH</b>       | – <b>Marine JOSLET - DESSMS</b>  |
| – <b>Louise COLAS - DH</b>         | – <b>Maria KAELBEL - DS</b>      |
| – <b>Marilyne DESSERT - AAH</b>    | – <b>Rémi LECOENT - MISP</b>     |
| – <b>Véronique FOUCHE - DESSMS</b> | – <b>Catherine MISSEL - IASS</b> |
| – <b>Claire GABORIEAU - IASS</b>   | – <b>Marc PENTECOUTEAU - DS</b>  |
| – <b>Pierre GAVARA - DESSMS</b>    |                                  |

*Animateur/trice(s)*

– *José QUENTEL*

– *Arnaud GRAMOULLE*

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>I LES FRAGILITES DE LA PERMANENCE DES SOINS : LES MEDECINS LIBERAUX EN CAUSE.....</b>	<b>5</b>
I.1 EVOLUTION DE L'IMPLICATION DES MEDECINS LIBERAUX DANS LA PDS.....	5
I.1.1 <i>Une médecine générale libérale en crise.....</i>	5
I.1.2 <i>Une implication déclinante des médecins libéraux dans la PDS dans un contexte sociétal évolutif.....</i>	6
a) Les exigences grandissantes des usagers .....	7
b) Une attractivité déclinante du métier de médecin généraliste libéral.....	8
I.2 LES FAIBLESSES DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE .....	9
I.2.1 <i>Un manque d'efficience : la difficile collaboration entre les différents acteurs de la PDSA</i>	9
I.2.2 <i>Une inégale PDSA : l'absence d'homogénéité sur le territoire national .....</i>	10
<b>II PERSPECTIVES POUR UNE MEILLEURE EFFICIENCE .....</b>	<b>11</b>
II.1 LA REFONDATION ACTUELLE DU DISPOSITIF DE PDS .....	12
II.1.1 <i>Des solutions qui marchent...et des expérimentations en cours .....</i>	12
a) Les maisons médicales de garde (MMG) .....	12
b) Les plateformes alternatives d'innovation en santé (PAIS).....	13
c) Les médecins mobiles .....	15
II.1.2 <i>Les cahiers des charges : un pilotage régionalisé pour plus d'adaptabilité.....</i>	16
a) Un pilotage régionalisé .....	16
b) Le regard des acteurs de la PDSA.....	18
II.2 NOS PROPOSITIONS D'AMELIORATION DE LA PDSA .....	19
II.2.1 <i>Regard sur la permanence des soins dans le monde.....</i>	19
II.2.2 <i>En France, deux scénarios peu envisageables : la question du retour au coercitif et de la professionnalisation.....</i>	21
II.2.3 <i>Des mesures plus structurelles visant à améliorer l'organisation du système .....</i>	22
a) Une meilleure adaptation aux besoins des usagers : .....	22
b) Un système centré sur la régulation : .....	23
c) Une offre élargie et mieux formée : .....	24
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>29</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Remerciements

---

Nous remercions vivement nos deux animateurs, Mme José QUENTEL et M. Arnaud GRAMOULLE, pour nous avoir permis de travailler sur ce sujet très intéressant et d'actualité.

Nous adressons nos remerciements aux professionnels avec lesquels nous nous sommes entretenus :

- A l'ARS de Bretagne
- A l'URPS de Bretagne
- A la Direction, aux Urgences et SAMU-Centre 15 du Centre Hospitalier Universitaire de Brest
- A l'ARS des Pays de la Loire
- A l'URPS des Pays de la Loire
- Aux Urgences du Centre Hospitalier d'Eprenay
- Aux Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon
- A l'association UFC- Que Choisir ?
- Aux associations SOS Médecins de Brest et Nantes
- Au Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS)

Nous remercions tout particulièrement M. François-Xavier SCHWEYER pour son expertise et sa disponibilité ainsi que Mme Emmanuelle GUEVARA pour son soutien logistique.

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADOPS	Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISS	Collectif Interassociatif Sur la Santé
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CSOS	Commission Spécialisé de l'Offre de Soins
CODAMUPS	COMité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
CSP	Code de la Santé Publique
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IGA	Inspection Générale de l'Administration
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MMG	Maison Médicale de Garde
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
PAIS	Plateforme Alternative d'Innovation en Santé
PDS	Permanence Des Soins
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoire
PRS	Projet Régional de Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URPS	Union Régionale des Professions de Santé

## Introduction

---

« *Peu fiable, fragile et coûteuse* »<sup>1</sup>, « *aléatoire instable et fragile* »<sup>2</sup> c'est ainsi qu'a été décrite la permanence des soins par deux rapports parlementaires en 2007 et 2009, soulignant bien les difficultés et incertitudes pesant autour du dispositif. Un système qui a été profondément modifié dans la dernière décennie et qui a été encore récemment repensé par la Loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009.

La permanence des soins est une notion délicate à appréhender et qu'il convient d'analyser avec rigueur. Les articles du Code de la Santé Publique relatifs à la permanence des soins ambulatoire donnent une définition plus axée sur la forme que sur le fond avec une approche organisationnelle. L'article R. 6315-1 dispose que : « *La mission de permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés : 1° Tous les jours de 20 heures à 8 heures ; 2° Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ; 3° En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.* » et l'article L. 6314-1 précise que : « *La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins [...], dans le cadre de leur activité libérale[...]* ».

Cette définition légale a néanmoins le mérite de préciser que la permanence des soins répond à des soins non programmés, c'est à dire des soins qui nécessitent une réponse médicale en-dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. A cet effet, elle constitue une véritable « *mission de service public* » selon la formulation issue de la loi HPST, et participe à l'objectif de l'accès de tous à la santé<sup>3</sup>. La loi prévoit également que son organisation repose sur un principe de collaboration entre différents acteurs de santé :

- les établissements de santé et plus particulièrement les services d'urgences d'une part, qui prennent en charge les cas graves mettant en péril l'intégrité immédiate de la personne. Il s'agit de l'aide médicale d'urgence.

---

<sup>1</sup> ROLLAND Jean-Marie, Rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi numéro 1210 Hôpital Patient Santé territoire, 2009

<sup>2</sup> GRALL Jean-Yves, Rapport mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins, juillet 2007

<sup>3</sup> VIRIOT-BARRIAL Dominique, « Les nouvelles obligations de la médecine libérale dans l'exercice de leur profession », RDSS 2011, numéro spécial: « La médecine libérale : quel avenir ? » p. 73

- la permanence des soins ambulatoire d'autre part, visant à répondre aux demandes de soins non programmés et non urgents sur le plan médical. Elle repose sur la médecine de ville et plus principalement sur le médecin généraliste de premier recours<sup>4</sup>. Elle peut prendre la forme d'un conseil téléphonique, d'une téléprescription, d'une consultation au cabinet ou à la maison médicale de garde (MMG), ou d'une visite au domicile du patient.

Cette distinction n'est pas toujours évidente, la définition légale laisse un certain flou et son interprétation peut varier selon les perceptions entre les professionnels de santé et leurs tutelles. En outre, les patients ont du mal à se repérer dans ce dispositif et ont encore tendance à se présenter dans les services d'urgences pour des problèmes de santé mineurs.

Cette étude va essentiellement s'attacher à la permanence des soins ambulatoire (PDSA) et à l'implication de la médecine libérale. En effet, les modalités de cette activité ont fortement évolué ces dernières années et en font toujours un sujet sensible. Il est très difficile de faire évoluer les pratiques d'une profession toute entière sans une forte adhésion de ses professionnels, d'autant plus que la médecine générale est un secteur en « crise »<sup>5</sup>.

La permanence des soins a en effet connu une histoire récente mouvementée. Les anciennes « gardes de nuit » ont subi de profondes mutations au tournant des années 2000. Avant 2003, l'ancien article 77 du code de déontologie médicale disposait : « *C'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit* ». Ce système, qui donnait au médecin le rôle de garant de la permanence des soins (PDS) envers sa propre patientèle, était considéré par les praticiens comme trop exigeant et archaïque, au moment où le reste de la société bénéficiait d'un temps de loisir accru par le passage aux trente-cinq heures de travail hebdomadaires. Cette situation a donné lieu à des grèves des gardes de nuit très suivies par les médecins généralistes, entre novembre 2001 et juin 2002. A la suite de ce mouvement, plusieurs évolutions réglementaires ont vu le jour de 2003 à 2005<sup>6</sup>. Les textes de 2003 ont instauré le découpage du département en secteurs : on parle désormais de sectorisation. Le code de déontologie médicale a également été modifié de sorte que l'on est passé pour la PDS d'une obligation individuelle à un devoir collectif reposant sur le volontariat. En parallèle, le rôle des pouvoirs publics est devenu plus

---

<sup>4</sup> L'article L. 4130-1 dispose que « *les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes : 7° participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'art. L. 6314-1* »

<sup>5</sup> « Démobilisation, désaffection des jeunes pour la médecine libérale, la crise de la médecine générale ne semble pas simplement occasionnelle mais réellement profonde. » Dominique VIRIOT-BARRIAL, op. cit.

<sup>6</sup> Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 et n° 2005-328 du 7 avril 2005 et avenant n° 4 du 22 avril 2005 à la convention médicale du 12 janv. 2005

prégnant au détriment des Conseils de l'Ordre des médecins. Les réformes de 2005 ont quant à elle mis l'accent sur le rôle du SAMU - Centre 15 dans la régulation téléphonique de la demande de soins non programmés et ont donné à l'Assurance Maladie le rôle de financeur de la PDS<sup>7</sup>, tout en revalorisation des rémunérations liée à la PDS, créant ainsi une dichotomie entre le financement et le pilotage départemental.

Enfin, la loi HPST en 2009 vise à donner plus de cohérence à la PDS en confiant son pilotage et son financement à une seule autorité : les Agences Régionales de Santé (ARS). Cette loi confirme aussi la place centrale de la médecine libérale dans le dispositif en modifiant l'article L6314-1 du CSP : les médecins libéraux interviennent non plus « *sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé* », mais « *en collaboration avec* » eux.

Ainsi, « *quatre principes directeurs : le volontariat, la régulation téléphonique préalable à l'acte, le pilotage régional, la rémunération forfaitaire* »<sup>8</sup> commandent l'organisation de la PDS aujourd'hui :

- le volontariat pour assurer une mission de service public et répondre à une obligation collective : l'article L. 6324-1 du CSP réaffirme clairement que la permanence des soins assurée par les médecins libéraux en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux est une mission de service public.
- la régulation qui tient une place centrale : l'article R. 6315-3 du CSP prévoit que « *l'accès au médecin [libéral de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le service d'aide médicale urgente]* ». Les médecins libéraux participent à cette régulation, notamment pendant les heures de permanence des soins ambulatoire.
- un dispositif relevant des soins de premier recours dont le médecin généraliste est le pivot. L'article L. 4130-1 du CSP dispose : « *Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes : [...]*<sup>9</sup> *Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;* »
- un pilotage régionalisé : l'organisation de la PDS est orchestrée au niveau régional et repose sur un cahier des charges rédigé par l'ARS<sup>9</sup>, en cohérence avec les schémas régionaux de l'offre de soins hospitalier et ambulatoire. Cette organisation est basée

---

<sup>7</sup> Avenant n° 4 du 22 avril 2005 de la Convention Médicale

<sup>8</sup> Dominique VIRIOT-BARRIAL, op. cit.

<sup>9</sup> art R.6315-6 du CSP

sur des secteurs ou territoires infra départementaux. Le tableau de permanence des soins est rempli par les médecins ou associations de médecins volontaires. Il est d'abord transmis au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) pour vérification de l'inscription à l'Ordre des médecins volontaires, puis à l'ARS qui saisit le préfet pour activer des réquisitions en cas de besoin.

Néanmoins, cette conception de la PDS reste fragile, notamment en raison de la nécessaire maîtrise des dépenses, de la faible coopération entre les acteurs des premier et second recours, de la question de « l'engorgement » des urgences, et des défis actuels de la médecine libérale que sont la désaffection des jeunes générations et le déficit de médecins dans certaines zones, pouvant remettre en cause certains de ses principes fondateurs (paiement à l'acte, liberté d'installation). Cette fragilité se ressent jusque dans la logique même de la PDS qui a été bouleversée puisque des « *questions traditionnellement déontologiques font à présent l'objet d'une régulation légale* »<sup>10</sup>. En effet, les rôles du législateur et de la tutelle sont grandissants dans le dispositif, et on peut se demander si la réforme de 2003, plaçant le volontariat au cœur du système de la PDSA, ne pourrait pas être remise en cause aujourd'hui pour faire face au déficit de médecins dans certains territoires ou au cours de certaines périodes de garde (la nuit profonde par exemple).

La PDSA se présente encore comme un dispositif en mutation qui reste au cœur de l'actualité car « *une permanence des soins bien organisée, avec des ressources suffisantes, est indispensable pour garantir à la population l'accès aux soins non programmés. ... C'est également un élément d'attractivité des territoires qui peut décider un jeune médecin à s'installer ou non.* »<sup>11</sup>

Il s'agit donc de s'interroger sur les raisons qui rendent ce dispositif paradoxal à la fois problème et solution : une PDSA qui demeure indispensable tout en étant discutable, efficace tout en étant coûteuse, et plus généralement de soulever la question de la place de la médecine libérale dans la recherche d'une permanence des soins efficiente.

Si l'implication de la médecine libérale est indispensable, elle connaît néanmoins un certain nombre de limites (I) qui font l'objet d'une importante réflexion laissant entrevoir des perspectives encourageantes (II).

---

<sup>10</sup> MORET-BAILLY Joël, « La loi HPST et l'accès aux soins. Revue de droit sanitaire et social » 2009, n° 5/2009, p. 820

<sup>11</sup> HUBERT Elisabeth, rapport « Mission de concertation sur la médecine de proximité », 26 novembre 2010



## **I Les fragilités de la permanence des soins : les médecins libéraux en cause**

---

L'effritement de l'implication des médecins libéraux dans la PDSA semble symptomatique de la crise que traverse la profession, elle-même liée aux évolutions de la société (I.1), ce qui rend l'organisation de la PDSA peu efficiente et souvent inégale (I.2).

### **I.1 Evolution de l'implication des médecins libéraux dans la PDS**

#### **I.1.1 Une médecine générale libérale en crise**

A l'origine, la médecine libérale est une construction professionnelle contre la sécurité sociale et la régulation. Les médecins libéraux exercent au sein d'un cabinet médical où ils travaillent seuls ou avec quelques confrères. Ils sont réglementés par la Charte de 1927, et, en général, les pratiques sont peu collectives, coopératives et globales.

Sur le plan juridique, les grands principes relatifs à la médecine libérale (le paiement à l'acte et la liberté d'installation) sont inscrits dans l'article L.162-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Selon les chiffres de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, la PDSA a coûté 350 millions d'euros, en 2007.<sup>12</sup>

La médecine générale traverse actuellement une crise identitaire à la fois financière, sociale et professionnelle et on parle souvent d'une certaine « dévalorisation du statut de la médecine générale ». A ce sujet, le rapport de la mission de concertation sur « la médecine de proximité » demandé à Mme Elisabeth Hubert, ancienne ministre de la santé, remis au Président de la République le 26 novembre 2010, avait pour objectif de faire des propositions permettant de répondre aux « difficultés structurelles que connaît la médecine ambulatoire ». Une série de préconisations visent ainsi à redonner à la médecine générale l'attractivité qu'elle aurait perdue : réforme des études médicales dans le sens d'une meilleure valorisation de cette spécialité, développement des systèmes de télémédecine, soutien aux regroupements de professionnels de santé, aides à l'installation dans les zones de désertification médicale.

De plus, dans son « Atlas de la démographie médicale française 2010 », le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) confirme la perte d'attractivité du secteur libéral : seulement 8,6% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins entre le 1er janvier

---

<sup>12</sup> Statistiques et Publications n°28 Permanence des soins ambulatoires, 25 février 2010

et le 31 décembre 2009 ont choisi d'exercer en secteur libéral. La répartition des médecins par mode d'exercice a peu évolué au cours du temps : en 2012, six médecins sur dix exercent en libéral, une proportion pratiquement stable depuis 2000.

Le début des années 2000 marque un tournant dans la médecine libérale avec des grèves durant l'automne 2001 dénonçant le système inadapté et exigeant reposant sur l'article 77 du Code de déontologie médicale (selon lequel « *c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit* »). Il posait en effet une obligation individuelle au médecin de participer à la continuité et à la permanence des soins. Suite aux mouvements contestataires, une obligation collective basée sur le volontariat s'est substituée à l'ancienne obligation individuelle. De même, la PDSA a été reconnue mission de service public par le Parlement à la demande du CNOM.

Pour celui-ci, « *cette reconnaissance de la fonction essentielle du médecin dans l'organisation de la santé publique engage l'Etat qui doit garantir sa protection aux médecins qui subiraient un dommage lors de cette mission* ». Ainsi, le CNOM revendique l'application d'une responsabilité administrative plus protectrice pour le médecin effecteur qui se positionne en tant que « *collaborateur du service public* » hospitalier, et cela d'autant plus que le médecin régulateur est couvert par la responsabilité de l'établissement de santé au sein duquel il intervient. Or, il convient de rappeler que la Cour administrative d'appel de Paris confirme<sup>13</sup> le principe de la responsabilité personnelle du médecin effecteur lors de son intervention dans le cadre de la permanence des soins. La majorité des médecins rencontrés au cours de nos entretiens plaide d'ailleurs pour une plus grande sécurisation de la PDS, en passant par une meilleure assurance du médecin effecteur. En ce sens, un amendement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 avait été formulé afin de reconnaître une responsabilité administrative « générale », englobant à la fois médecin régulateur et médecin effecteur ; mais cet amendement fut finalement retiré.

### **I.1.2 Une implication déclinante des médecins libéraux dans la PDS dans un contexte sociétal évolutif**

L'enquête 2012 du CNOM relative à la permanence des soins est optimiste. Il en ressort que les médecins continuent à assumer vis-à-vis de la population leurs

---

<sup>13</sup> Arrêt du 10 novembre 2011

responsabilités professionnelles sur l'ensemble du territoire national ; en effet, 60% sont volontaires sur 71% des départements<sup>14</sup>. Les médecins rencontrés dans le département du Morbihan ont confirmé cette position en décrivant une PDSA satisfaisante et efficace sur tout le territoire.

Cependant, le CNOM affirme qu'une analyse plus fine, département par département, révèle une situation inquiétante avec une démographie médicale qui diminue, une reconnaissance insuffisante de la mission de service public, une pénurie de médecins volontaires, et un vieillissement général des médecins de garde. En effet, l'âge médian est passé de 40 à 52 ans entre 1990 et 2012 en France métropolitaine<sup>15</sup> et l'âge moyen de la première installation des jeunes médecins est de 38 ans (les médecins de moins de 35 ans étant majoritairement salariés à l'hôpital<sup>16</sup>).

Ce constat d'une implication déclinante des médecins libéraux dans la PDS intervient en outre dans un contexte sociétal difficile avec des exigences grandissantes de la part des usagers.

#### *a) Les exigences grandissantes des usagers*

De manière générale, on observe une certaine remise en cause des institutions et des fonctions « réputées »<sup>17</sup>, constat qui a été confirmé par notre entretien avec un sociologue de la santé. Auparavant, le médecin de famille était très respecté, écouté et rarement remis en question par son patient et son entourage. Aujourd'hui, les usagers sont des acteurs de plus en plus informés et intéressés, non seulement grâce aux NTIC mais aussi grâce à la médiatisation de nombreuses affaires dans le domaine de la santé. Ainsi, l'utilisateur est devenu un « consommateur » averti et exigeant (l'utilisateur veut « tout et tout de suite ») et toute faute paraît impardonnable. Les médecins ont parfois le sentiment de devenir de simples « prescripteurs ». Toutefois, notamment en matière de santé, cet accès facilité aux informations ne signifie pas un accès à de bonnes informations. En ce sens, la population ne semble pas en mesure aujourd'hui d'identifier les services adéquats s'agissant de la

---

<sup>14</sup> Enquête du CNOM sur « l'Etat des lieux de la PDS en médecine générale », Janvier 2012

<sup>15</sup> Enquête de la DREES, Etudes et Résultats, n°796, Mars 2012

<sup>16</sup> Enquête de la DREES, Etudes et Résultats, n°796, Mars 2012

<sup>17</sup> Rapport BOËNNEC, 22 octobre 2008

PDS et on relève souvent un manque d'informations claires et fiables, relayé par nos rencontres avec des représentants des usagers.

D'autre part, un certain « *consumérisme excessif* » des soins et des biens médicaux est dénoncé aujourd'hui : concernant les urgences, les individus auraient tendance à se rendre trop « systématiquement » à l'hôpital. Les exigences de la population en termes de délai de réponse et de prise en charge sanitaire s'accroissent et la notion d'urgence ressentie, dans une société de l'immédiateté, n'est plus la même que par le passé. Toutefois, les médecins régulateurs du CHU de Brest que nous avons pu rencontrer ont tenu à relativiser cette idée « d'abus ». En effet, toute inquiétude de la part du patient semble légitime, et le régulateur a pour rôle de le rassurer et de délivrer une réponse à ses questionnements. En revanche, le corps médical reconnaît que le vieillissement de la population et le développement de l'hospitalisation à domicile ont accru les demandes de prise en charge.

#### *b) Une attractivité déclinante du métier de médecin généraliste libéral*

Le statut libéral du médecin peut sembler moins attrayant et il peut y avoir une certaine crainte de s'installer seul en libéral, dans un contexte économique et financier difficile. De nos jours, l'individu ne veut plus sacrifier sa vie privée et familiale pour son travail et concevoir sa profession « *comme un sacerdoce* »<sup>18</sup> ; les loisirs occupent une place importante dans la société et la féminisation de la profession médicale se développe. En effet, la part des femmes a progressé entre 1990 et 2012 de 11 points pour atteindre 41%. Depuis 2007, environ deux internes de médecine générale sur 3 sont des femmes, et en 2011 les femmes représentent 62,1% des internes<sup>19</sup>. Cette féminisation de la profession va de pair avec le développement d'une activité à temps partiel sur tout ou partie de la carrière, et un attrait pour un mode d'exercice salarié, aux horaires plus maîtrisés.

Par conséquent, on assiste à l'avènement d'un « *exercice urbain* »<sup>20</sup> de la médecine, où les contraintes nocturnes sont transférées aux urgences hospitalières et aux associations SOS Médecins. Cet élément, conjugué à des évolutions sociétales et démographiques, pourrait expliquer ce déclin de l'implication des médecins libéraux dans la permanence des soins.

---

<sup>18</sup> Rapport BOËNNEC, 22 octobre 2008

<sup>19</sup> Enquête de la DREES, Etudes et Résultats, n°802, Mars 2012

<sup>20</sup> Rapport BOËNNEC, 22 octobre 2008

## I.2 Les faiblesses de la Permanence des Soins ambulatoire

### I.2.1 Un manque d'efficience : la difficile collaboration entre les différents acteurs de la PDSA

Une fréquentation accrue des services d'urgences hospitalières est avérée<sup>21</sup> ; en effet, des statistiques montrent une augmentation annuelle de 5 à 6% du nombre de patients, quand « *les urgences au sens des manuels médicaux représentent moins de 3% des motifs d'intervention des services d'urgence* »<sup>22</sup>. De même, l'ARS Bretagne remarque qu'entre 2007 et 2009, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 8,2% et celui des appels au SAMU de 19,6%. En France, le nombre de visites à domicile (jour et nuit) est passé de 75 à 35 millions en 2011. Ces chiffres dénoncent un certain report des patients de la médecine de ville sur les hôpitaux. Or, ils relèvent de soins non programmés et ne présentent pas de caractère vital.

Aussi, les médecins urgentistes que nous avons rencontrés soulignent une saturation des urgences de l'hôpital par des demandes de « bobologie ». Cela engendre une pression croissante sur les soignants, qui craignent de trop faire attendre les patients ou de mal faire leur travail. En effet, une personne sur deux est prise en charge en moins de deux heures, et une sur quatre en plus de quatre heures<sup>23</sup>.

Toutefois, selon SOS médecins, ce phénomène de transfert de nombreux soins non programmés vers l'hôpital peut bénéficier à ce dernier, en terme de « ressources ». Pour ces médecins, depuis le passage à la tarification à l'activité, les établissements de santé sont incités à multiplier les actes. En ce sens, les directions des hôpitaux trouveraient leur intérêt dans cette implication « timide » de la médecine de ville au sein de la PDS, et ne seraient pas forcément favorables à l'adossement d'une MMG à leur établissement, contrairement aux médecins hospitaliers.

Malgré tout, ce manque de coordination entre hôpital et ville semble préjudiciable pour l'usager qui ne parvient pas à identifier clairement les acteurs de la PDS en fonction de ses besoins. De même, l'absence de collaboration entre ces acteurs indispensables de la PDS s'oppose à une organisation efficiente. Dans ce contexte, le CODAMUPS doit être une instance de concertation et de coordination de tous les acteurs de la PDS, puisqu'il

---

<sup>21</sup> Rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité Sociale, 2007

<sup>22</sup> Article de presse de L'Express, 31 mars 2010 « Quand les urgences évoluent en service de permanence »

<sup>23</sup> Article de presse du Figaro, 5 juillet 2010 « Urgences hospitalières : trop d'attentes »

réunit des partenaires de l'aide médicale urgente (CH, SDIS), des représentants des médecins généralistes libéraux, des représentants d'associations des usagers, et les tutelles.

De plus, le rôle de SOS Médecins semble essentiel dans la PDS, comme a pu nous l'expliquer un médecin libéral du Morbihan. Par exemple, SOS Médecin à Lorient assure la PDS en nuit profonde et les actes médico-administratifs (gardes à vue, certificat de décès...). Cependant, à travers nos entretiens, nous avons pu constater des positions ambiguës vis-à-vis de SOS Médecin<sup>24</sup>, association intervenant en milieux urbains uniquement et ayant une régulation spécifique à part. Certains médecins libéraux dénoncent ainsi une « *déliquescence de la profession avec une logique différente, basée sur une recherche de rentabilité* » : SOS Médecins ne se déplacerait que « *pour certaines pathologies* » et un risque de refus de soins apparaîtrait en cas de non-solvabilité du patient. La conséquence serait là encore un report de ces patients sur les services d'urgence de l'hôpital.

Dans une recherche d'efficience de la PDS et de couverture de l'ensemble du territoire, une collaboration effective de tous les acteurs reste incontournable et la condition sine qua non d'une PDS performante.

### **I.2.2 Une inégale PDSA : l'absence d'homogénéité sur le territoire national**

La PDSA est inégale selon les territoires ou les périodes données.

Les disparités régionales et locales en termes de population médicale sont aujourd'hui un fait avéré. En effet, différents rapports, tel que le rapport BOËNNEC de 2008, font état d'une situation préoccupante dans plusieurs départements : près d'un secteur sur 5 comptait moins de 6 médecins généralistes et 80 % de ces secteurs étaient situés en milieu rural, quand le milieu urbain bénéficie de l'offre des associations type SOS médecins ou de MMG. De ce fait, on constate que la PDSA n'était pas assurée de manière égale sur l'ensemble du territoire. Le rapport précisait que le nombre de ces secteurs déficitaires risquait de doubler dans les cinq ans sans tenir compte des médecins âgés de 55 ans et plus.

Afin de pallier le déficit de la démographie médicale, les ARS opèrent donc des resectorisations en fonction des données géographiques et démographiques ainsi que de

---

<sup>24</sup> créée en 1965 par le docteur LASCART

l'offre de soins existante<sup>25</sup>, conduisant à une baisse conséquente du nombre de secteurs. Depuis 2002, le dispositif de PDS a perdu plus d'un tiers des secteurs pour atteindre aujourd'hui 2267 secteurs. Ces redécoupages de secteur ont permis de diminuer le nombre d'astreintes et éviter ainsi un effet dissuasif à l'installation des jeunes médecins.

Les disparités dans la PDSA ne s'arrêtent pas à une simple disparité régionale. En effet, dans presque la moitié des secteurs, la PDSA s'arrête à minuit. Ce phénomène s'étend inexorablement sur l'ensemble du territoire, et principalement dans les territoires où le nombre de secteurs diminuent, comme le souligne l'ARS des Pays de la Loire.

Sans réorganisation de la PDSA, celle-ci risque de ne plus répondre aux besoins et attentes des patients, avec un risque de perte de chance pour ceux-ci. Les préconisations formulées dans les cahiers des charges régionaux devront donc prioritairement répondre aux disparités d'accès aux soins sur le territoire et notamment en nuit profonde.

## **II Perspectives pour une meilleure efficacité de la PDSA**

---

La PDSA souffre donc d'un manque d'efficacité, elle demeure inégale et doit faire face à un effritement du volontariat de la part des médecins libéraux. Face à ce constat, de nombreux rapports précités se sont emparés du sujet afin de proposer des pistes d'amélioration du système, portant notamment sur son organisation.

Cependant, les entretiens que nous avons menés avec des médecins libéraux, des médecins urgentistes, des régulateurs libéraux et hospitaliers, des membres de l'ARS... nous amènent à nuancer ce constat. La situation de la PDSA en Bretagne, dans les Pays de la Loire et en Champagne Ardenne semble plutôt satisfaisante, avec toutefois des insuffisances et des dysfonctionnements récurrents. En outre, nous avons constaté que beaucoup de mesures visant à répondre aux difficultés de la PDSA sont en cours, notamment avec l'élaboration et la mise en œuvre des cahiers des charges régionaux, reprenant plusieurs expérimentations locales intéressantes.

Les expérimentations locales et les cahiers des charges représentent donc une première réponse hétérogène et adaptée aux difficultés conjoncturelles que rencontre la PDSA dans certains territoires ou durant certaines périodes de permanence (II.1).

---

<sup>25</sup> La PDS repose sur une territorialisation par secteur de garde, seul vrai zonage « opposable » de la médecine ambulatoire

D'autres mesures alternatives plus structurelles peuvent également être envisagées pour améliorer la PDSA, à l'image de certains exemples étrangers, en portant davantage sur l'amélioration de l'organisation du système que sur une remise en cause du volontariat ou sur une réelle professionnalisation du métier (II.2).

## **II.1 La refondation actuelle du dispositif de PDSA**

### **II.1.1 Des solutions qui marchent...et des expérimentations en cours**

#### *a) Les maisons médicales de garde (MMG)*

Une maison médicale de garde, ou MMG, se définit comme un lieu fixe d'exercice de la médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. La MMG est un élément important et reconnu dans la prise en charge de la permanence des soins ambulatoire.

Elle répond à un besoin précis et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec l'ARS. Elle s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins et les orientations du SROS dans ce domaine. Son accès est en grande partie médicalement régulé. À l'instar des autres acteurs territoriaux de la prise en charge des soins non programmés, elle peut également participer au Réseau des Urgences<sup>26</sup>. Elle doit signer une convention avec la ou les structures d'urgence de proximité pour définir l'offre de soins proposée à la population sur le territoire et garantir une coordination des structures. Le CODAMUPS doit veiller à l'établissement de cette convention avec les acteurs du Réseau des Urgences.

A titre d'exemple, la Bretagne compte 21 MMG, dont 19 bénéficient d'un financement ARS au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR). Majoritairement, les MMG sont ouvertes sur les horaires de la PDSA à partir de 20 heures et jusqu'à minuit, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés. Néanmoins, certaines (5) ne fonctionnent que les week-ends et jours fériés. Leur accès est principalement régulé par le Centre 15 mais peut-être également direct (numéro de téléphone spécifique).

---

<sup>26</sup> défini à l'article R. 6123-26 du CSP



Lors de nos entretiens, nous avons rencontré les responsables de 2 MMG : l'une adossée à une clinique mutualiste et l'autre adossée à un ex hôpital local ne disposant plus de service d'urgences. Dans le discours des 2 médecins, il ressort que le fait de se trouver dans une structure permet au praticien de garde de se sentir moins isolé. Par ailleurs, un médecin souligne : « *Il ne faut pas que la MMG soit adossée à un service d'urgences car pour le patient il faut de la lisibilité. Les soins urgents doivent être orientés vers les services d'urgences et les soins non urgents non programmés doivent être adressés aux MMG* ».

*b) Les plateformes alternatives d'innovation en santé (PAIS)*

Une des propositions que nous pourrions effectuer est la généralisation des Plateformes alternatives d'innovation en santé (PAIS).

Cette expérience menée depuis 2009 dans le département du Loir-et-Cher (41) a été mise en place par le Dr GBADAMASSI, praticien hospitalier, et Patrick EXPERT, directeur d'hôpital. Elle concerne 12 médecins généralistes assurant la couverture médicale sur un territoire de 48 000 habitants, soit 3 cantons du département. Ce projet est né d'une double inquiétude : l'engorgement des services des urgences en Loir-et-Cher et le départ en retraite de plusieurs médecins généralistes.

Ainsi, lors de la mise en place du projet, il était impératif de prendre en compte deux aspects : les départs prévisibles des médecins généralistes et l'augmentation de la demande de soins due au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques. Les principaux objectifs de la PAIS sont de :

- Préserver et développer la médecine de proximité
- Attirer des jeunes médecins vers cet exercice
- Créer de véritables cabinets territoriaux (dans les cantons)

Au sein de chaque cabinet cantonal, il a été organisé quotidiennement des consultations non programmées (un médecin différent chaque jour) de 8 heures à 20 heures du lundi au vendredi et le samedi de 8 heures à 13 heures. Cela permet de ne pas reporter cette activité sur la PDS. Au préalable, les secrétaires des cabinets médicaux inclus dans le projet PAIS ont été formées par le SAMU au filtrage des appels et à la réorientation en amont de certaines demandes non médicales vers les structures sociales.

Le financement est assuré conjointement par l'ARS, le FIR, les mutuelles et le FNPEIS. Ces financements couvrent :

- Le secrétariat à raison de 430 euros par mois et par médecin ;

- Les journées de consultations non programmées à la PAIS sont indemnisées sur la base de 100 euros en semaine et 50 euros le samedi matin ;
- Les actions de formation (prévention, éducation thérapeutique...) réalisées par les adhérents à PAIS selon qu'ils soient formateurs ou bénéficiaires de la formation.

Après trois années d'expérimentation, la PAIS suscite un grand intérêt chez les jeunes médecins : secrétariat commun aux médecins expérimentateurs d'un même secteur, pas de nécessité d'une présence quotidienne au cabinet, diversité de l'activité (consultations, actions de prévention...), suppression de la PDS en nuit profonde, gain de temps par les médecins (évalué à 1 à 1h30 par jour et par médecin), etc...

Les conditions de travail des médecins sont améliorées permettant d'assurer les consultations sans subir de dérangements inopportuns, tels que la sonnerie du téléphone, et laissant place aux activités personnelles, familiales et de loisirs, en témoigne un médecin exerçant au sein d'une PAIS : « *Depuis 30 ans d'exercice, je peux disposer de ma soirée et dîner avec ma famille quand je n'assure pas la journée d'imprévus [de consultations non programmées]* ». La mise en place des PAIS a incité l'organisation de rencontres entre les médecins et les autres professionnels de santé, et une meilleure implication des médecins libéraux dans l'organisation territoriale de la santé. Enfin, 50% des médecins adhérents à une PAIS sont devenus maîtres de stage pour des internes en médecine.

Concernant l'attractivité médicale, on peut constater que l'offre a progressé de 10 médecins sur l'ensemble des secteurs appliquant PAIS et une nette diminution des transports sanitaires vers les urgences (- 12 %) et du nombre des hospitalisations des personnes, habitant un secteur d'implantation de PAIS et âgées de plus de 70 ans (- 6%) est constatée.

Face aux contraintes financières de l'ARS de la région Centre, les pilotes du projet PAIS se sont tournés vers les présidents de Communauté de Communes pour leur demander de participer au financement des PAIS. Les 2 premiers présidents contactés se sont engagés favorablement dans ce procédé. Selon les promoteurs de ce projet, le coût d'une PAIS pour les Communautés de Communes est estimé à 80000 euros par an pour un territoire de 16000 habitants avec 10 médecins intervenants, soit 5 euros par an par habitant.

L'étape suivante souhaitée par les promoteurs du projet est la mise en place du tiers payant. Cela permet aux patients rencontrant des problèmes financiers de ne pas se tourner exclusivement vers les services d'urgences pour des raisons d'absence d'avance de frais.

### *c) Les médecins mobiles*

Une expérience dite innovante est mise en œuvre depuis avril 2011 dans le département de Loire-Atlantique par l'ADOPS 44. Il s'agit de médecins généralistes volontaires qui interviennent toutes les nuits entre 20h et 8h. Ils sont basés dans cinq hôpitaux locaux et sont sollicités par le médecin régulateur situé au SAMU-Centre 15. Ainsi, 137 médecins généralistes volontaires se partagent les gardes de nuit. De ce fait, il ne reste aucune zone blanche en matière de permanence de soins. Chaque nuit, ce sont 5 médecins qui assurent une garde de nuit pour le département, ils interviennent à domicile, en maison de retraite, en hôpital de proximité et pour des actes médico-légaux. Chaque médecin perçoit une astreinte 828 € par nuit. Ce dispositif a coûté 3,8 millions d'euros en 2011 financés par l'ARS.

« Un médecin réalise, en moyenne, deux actes médicaux par nuit », précise le vice-président de l'ADOPS 44. Sur les 137 généralistes qui se sont portés volontaires, 36% sont des femmes, « revenues à la garde parce que le système est sécurisé ». « Sur les 7,5 actes commis chaque nuit sur le département, 20% sont des actes médico-légaux (garde à vue, certificat de décès...), 80 % des actes médicaux », détaille un médecin pornicais. Principaux motifs : crises de colique néphrétique, d'asthme, sutures, grosse fièvre... Selon le président de l'ADOPS 44, la médecine mobile aurait évité 80% d'hospitalisation.

Dans ce cadre, l'ADOPS de Loire Atlantique a présenté un projet qui consiste notamment en la création d'un pool départemental de cinq médecins mobiles après appel du centre 15 sur des situations identifiées (patient ne pouvant se déplacer, besoin d'une expertise médicale, etc.). Ces médecins mobiles interviennent en dehors des agglomérations nantaise et nazairienne et ne remettent pas en cause le fonctionnement des dix MMG ou de centres d'accueil de la permanence des soins (CAPS) ruraux situés dans le département.

Ces expérimentations locales montrent donc l'intérêt de trouver des réponses innovantes et adaptées aux territoires, dont la plupart devraient être retenues dans les cahiers des charges.

## II.1.2 Les cahiers des charges : un pilotage régionalisé pour plus d'adaptabilité

### a) Un pilotage régionalisé

La permanence des soins connaît actuellement une période de transition entre la parution en 2009 et 2010 des nouveaux textes la régissant et leur application qui ne sera effective dans la plupart des régions qu'à partir du second semestre 2012. En effet, jusqu'à la parution de l'arrêté du Directeur de l'ARS officialisant le cahier des charges organisant la PDS, les modalités de fonctionnement antérieures restent en vigueur. En application de l'article R. 6315-6 du CSP, les cahiers des charges régionaux décrivent « *l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionnent les lieux fixes de consultation.* » Ils décrivent également « *l'organisation de la régulation des appels [et] les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.* » Les cahiers des charges régionaux contiennent un volet évaluation du dispositif et prévoient le recueil et le suivi d'indicateurs de suivi. Enfin, ils précisent « *la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique* » qui peut varier « *en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.* »

L'étude a permis de prendre connaissance des cahiers des charges de deux régions, rédigés en concertation avec les acteurs de terrain : Bretagne et Champagne-Ardenne. En Bretagne, le cahier des charges est arrêté et son entrée en vigueur est prévue au 1<sup>er</sup> juin 2012. En Champagne-Ardenne, il est encore au stade de projet. Enfin, dans la région des Pays de la Loire, deux rencontres avec un responsable de l'ARS et un représentant de l'URPS ont permis d'avoir connaissance de l'organisation retenue dans le cadre des travaux de rédaction du cahier des charges.

Le pilotage régionalisé doit permettre une adaptation de l'organisation de la PDSA aux besoins de la population en tenant compte des spécificités locales historiques, géographiques et à la démographie médicale. Il apparaît donc d'importantes différences au niveau régional, voire infrarégional, avec cependant des similitudes.

Ainsi, dans les trois régions étudiées, il apparaît les similitudes suivantes :

- La régulation est placée au centre de la PDSA. Le cahier des charges de Bretagne définit comme un « *principe régional* » le fait de « *conforter le dispositif de*

*régulation, clef de voûte du système organisé de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire. »*

- Une resectorisation est intervenue dans les trois régions visant à diminuer le nombre de secteurs ou territoires de permanence des soins, et aboutissant à une augmentation de la taille de ces secteurs. C'est ainsi qu'en région Bretagne, le nombre de secteurs est passé de 140 à 58, et en Champagne-Ardenne de 110 à 67.

Cependant, apparaissent également des différences importantes :

- Le maintien d'une effectif sur toute la période de la PDS est érigé en principe régional dans le cahier des charges de Bretagne : « *Une couverture totale des horaires de la PDSA par les professionnels libéraux y compris en nuit profonde* ». La Champagne-Ardenne, quant à elle, prévoit l'abandon de l'effectif entre 00h et 8h avec un relais assuré par les structures d'urgences, et ne conserve qu'une expérimentation temporaire (1 an) d'effectif mobile sur seulement deux départements.
- La région Bretagne a retenu le principe d'une harmonisation de l'organisation de la PDS identique dans l'ensemble de ses départements. La région Pays de la Loire retient quant à elle des organisations différentes dans chaque département : officialisation de l'expérimentation de médecins mobiles dans le département de Loire-Atlantique versus absence de médecins mobiles en Maine-et-Loire où l'accent est mis sur la régulation.
- En Champagne-Ardenne, la régulation repose sur un numéro unique : le 15 (avec une localisation du régulateur libéral soit au SAMU - Centre 15, soit à son cabinet). En Bretagne, le cahier des charges laisse la possibilité d'un numéro spécifique pour la régulation de la PDSA.
- L'ARS de Champagne-Ardenne prévoit une régulation régionale de la PDSA par un régulateur libéral unique pendant la période de nuit profonde, alors que l'ARS de Bretagne maintient un régulateur par département.
- Les rémunérations prévues par les cahiers des charges sont très différentes :
  - Pour la régulation, elles sont de 70€/heure soit 840€ pour une période de 12 heures en Bretagne, et de 90€/heure soit 1080€ pour 12 heures en Champagne-Ardenne.
  - Pour les effecteurs mobiles intervenant la nuit, la Bretagne distingue les secteurs urbains et semi-urbains couverts par les associations SOS Médecins avec un forfait d'astreinte de 150€ la nuit de 20h à 8h, et les secteurs ruraux et semi-ruraux couverts par les médecins généralistes

libéraux avec un forfait de 650€. Les médecins mobiles de Loire-Atlantique sont quant à eux rémunérés 800€ la nuit, quand la Champagne-Ardenne a retenu le minimum réglementaire soit 150€ pour 12 heures.

Les différentes organisations retenues font apparaître des disparités régionales, voire intra-régionales qui sont parfaitement légitimes. Cependant, quelle réponse faut-il apporter aux quelques demandes dans les régions ou départements ne prévoyant pas d'effecteurs mobiles, les structures d'urgences ne pouvant être mobilisées à chaque fois ? Ces disparités ne sont-elles pas sources d'inégalités d'accès aux soins ? Une évaluation de la mise en œuvre des cahiers des charges à 6 mois ou 1 an sera l'occasion de répondre à ces questions et de décider d'éventuels ajustements

#### *b) Le regard des acteurs de la PDSA*

Si les cahiers des charges ne sont pas encore mis en œuvre, les professionnels rencontrés ont exprimé des remarques ou craintes quant aux conséquences des orientations retenues.

Ainsi, il ressort des entretiens avec les médecins, et particulièrement avec les praticiens hospitaliers, que le maintien d'une PDSA est très fortement souhaité. Tous ont notamment évoqué la question des certificats de décès : interventions qui ne relèvent pas de l'urgence, ni même du soin, mais qui revêtent un caractère humain important notamment pour l'entourage de la victime. Quelle réponse souhaite-t-on apporter à ces besoins ? Technique ou humaine ? Selon les médecins rencontrés, le faible nombre de demandes en nuit profonde ne doit pas conduire à supprimer la PDSA.

Les médecins libéraux sont partagés sur la nécessité du maintien de leur participation à la PDSA en nuit profonde, notamment en zone rurale. Par contre, les représentants des usagers demeurent très attachés à son maintien quel que soit l'effecteur.

Le maintien d'une PDSA en nuit profonde pose également la question de l'efficacité. Ainsi, pour la conserver dans le Finistère par exemple, le cahier des charges de Bretagne prévoit une réponse minimale, soit seulement deux effecteurs mobiles pour tout le département. Ceux-ci en seulement deux ou trois interventions peuvent être amenés à effectuer plus de trois cents kilomètres au regard de la taille et des spécificités géographiques de ce département. Selon les professionnels rencontrés au Centre 15 du CHU de Brest, cela n'est pas tenable et n'encourage pas le volontariat.

Au regard de ce qui précède, il apparaît que les organisations prévues dans les cahiers des charges régionaux suscitent des interrogations avant même d'être appliquées. Si l'évaluation de leur application validera ou non celles-ci, d'autres solutions peuvent d'ores et déjà être évoquées.

## **II.2 Nos propositions d'amélioration de la PDSA**

Les entretiens que nous avons menés, complétés par les rapports sur le sujet, nous ont permis de privilégier certaines pistes d'amélioration, et d'écarter certains scénarios. Il nous a paru également intéressant de présenter au préalable les principales organisations de la PDS à l'étranger, qui peuvent être une source d'inspiration pour le modèle français.

### **II.2.1 Regard sur la permanence des soins dans le monde**

Selon le rapport d'évaluation de la HAS « le recours à l'Hôpital en Europe » de mars 2009, l'accès à la PDS, et particulièrement en dehors des jours et heures ouvrables, est jugé difficile dans de nombreux pays (en Europe, aux États-Unis, au Canada...).

A travers une étude comparant la satisfaction des patients en Australie, Nouvelle-Zélande, Grande-Bretagne, États-Unis, Canada et Allemagne, il est démontré que *« l'utilisation des services d'urgences hospitaliers était plus élevée dans les pays où les patients rencontraient le plus de difficulté à obtenir un rendez-vous avec un médecin le jour de l'appel ou en dehors des jours ouvrables (par exemple au Canada et aux États-Unis) »*.

Afin de proposer des réponses à ces difficultés, des structures organisationnelles spécifiques ont été mises en place. Six types de structures sont majoritairement présents à travers le monde :

- Les tours de gardes : les médecins généralistes prennent en charge des patients, même en dehors de leurs jours et heures de consultation. C'est le système majoritairement retrouvé en Allemagne, en Espagne, en Suède et en France. Les consultations se font au cabinet du médecin sous forme de visites (France et Allemagne) ou dans le centre de soins primaires (Suède et Espagne). Dans quelques cas, les praticiens se regroupent en association (comme SOS médecins en France). En dehors des heures ouvrables, en Allemagne, la prise en charge s'opère grâce à des associations régionales de médecins libéraux qui donnent des conseils téléphoniques, assurent des consultations et des visites sur place.

- Le modèle coopératif : pour apporter, à tour de rôle, des soins en dehors des jours ouvrables, les médecins généralistes forment des associations. Il s'agit de médecins volontaires dans une infrastructure commune dotée de moyens spécifiques. C'est un modèle retrouvé aux Pays-Bas et au Danemark dont le but est d'apporter de meilleures conditions de travail aux médecins de famille et de mieux répartir les gardes.
- Des unités de soins de premier recours : ce sont des lieux où les patients peuvent se rendre sans rendez-vous et à tout moment. Ce système, qui traduit la volonté d'organiser la PDS, est amené à se substituer, pour les affections bénignes, aux offres de premier recours, jugées moins accessibles en raison des délais pour y accéder (par exemple afin d'obtenir une consultation avec un généraliste ou pour traiter la petite traumatologie). Ces unités se sont développées notamment en Angleterre.
- Le renforcement de la plate-forme de services adossés à des services d'urgence hospitaliers. On voit apparaître des structures hybrides localisées au sein des établissements hospitaliers ou à proximité, et destinées à traiter les « fausses urgences » : il s'agit de centres de soins sans rendez-vous dans les services d'urgence et de coopératives de médecins.
- Un tri et des conseils par téléphone pour des patients qui peuvent être réorientés si besoin vers la structure la plus appropriée. Les conseils téléphoniques sont de plus en plus couramment dispensés et peuvent l'être par des médecins ou par des infirmières spécialement formées. Quant au tri, il s'organise de manière plus systématique et étendue à tous les recours aux soins en Suède et en Angleterre.
- La délégation de services à des compagnies commerciales ou aux autorités locales qui recrutent des praticiens pour assurer la permanence des soins, notamment en Italie. Cependant, cette organisation ne rencontre pas un grand succès car le médecin de permanence n'est pas titulaire d'un diplôme d'urgentiste et sa rémunération est moins élevée qu'un médecin généraliste. De fait, les volontaires sont peu nombreux et le système génère un fort turnover.

Les structures du type des centres de santé sans rendez-vous et encore les coopératives de médecins ont permis de désengorger les consultations des médecins généralistes, et d'améliorer l'accès aux soins de premier recours. Cependant, le rapport de la HAS n'a pas démontré que ces structures permettaient de limiter le recours aux structures hospitalières.



Enfin, il semble qu'il n'y ait pas de « *perte d'efficacité à instaurer un tri et des conseils par téléphone, via une infirmière, par rapport à un entretien en face-à-face avec cette même infirmière* »<sup>27</sup>.

## **II.2.2 En France, deux scénarios peu envisageables : la question du retour au coercitif et de la professionnalisation**

Concernant le principe du volontariat ou de la nécessité de revenir au coercitif, les acteurs que nous avons rencontré sont plutôt partagés. Les hospitaliers et les représentants des usagers prennent acte de l'échec du volontariat et sont plutôt favorables au retour au coercitif, notamment dans certaines zones sous-dotées (par exemple, en refusant le conventionnement des médecins nouvellement installés dans des zones sur-dotées). Les médecins libéraux sont quant à eux complètement opposés à des mesures coercitives, qui ne seraient selon eux ni possibles ni souhaitables.

Il est vrai, selon nous, qu'un retour au coercitif serait difficilement envisageable. En effet, les mesures de réquisitions par le préfet se sont souvent soldées par des échecs, avec de rares poursuites au pénal, et sont très mal vécues par les médecins. En outre, les médecins trouvent souvent les moyens de contourner leurs obligations, avec le recours à des exemptions et à des remplaçants professionnels<sup>28</sup>. Enfin, le risque d'un retour au coercitif serait de décourager les médecins à aller exercer dans les milieux ruraux et de ce fait, d'augmenter les déserts médicaux. Un représentant de l'URPS tranche le débat avec une pointe d'humour : « *Si on réquisitionne les médecins sur un mode coercitif, ils vont dévisser leurs plaques, les préfets n'auront plus que les vaches à réquisitionner dans leurs campagnes.* » Plus généralement, le principe du volontariat pose la question du rôle des pouvoirs publics face à la médecine libérale, qui n'est pas résolue en France aujourd'hui.

De plus, il nous semble que les difficultés que rencontre la PDSA dans certains territoires ou au cours de certaines périodes peuvent être résolues par des réponses locales et adaptées, à l'instar des nombreuses mesures mises en place dans les cahiers des charges (médecins mobiles, mutualisation avec les urgences). Cependant, le technique ne doit pas prendre le dessus sur « l'humain », qui fait aussi partie des missions essentielles de la

---

<sup>27</sup> Citation extraite du rapport de la HAS

<sup>28</sup> Cf article de SAINT RONAN Henri, « Exemptions dans la permanence des soins - Du pragmatisme de l'Ordre aux petits arrangements entre amis ». Le Quotidien du Médecin, 2012.

permanence des soins et qu'elle doit continuer à prendre en compte (exemple d'un décès à minuit quinze). Plusieurs médecins nous ont fait part de leur envie de s'impliquer dans la permanence des soins, celle-ci faisant selon eux partie intégrante de l'éthique de leur métier. Ils demandent surtout que cette mission soit organisée et structurée afin qu'elle ne devienne pas un sacerdoce.

Enfin, le scénario de la professionnalisation de la PDS, envisageable pour certaines situations critiques, ne nous semble pas être une piste à privilégier ou à généraliser. En effet, il faut davantage compter sur l'implication des médecins généralistes, d'autant que la professionnalisation coûte cher et qu'elle pose des questions en termes de sécurité (manque de pratique car peu d'actes, fatigue...). Cependant, il serait intéressant de réfléchir à d'autres modes de rémunération des gardes, par exemple en remplaçant le paiement à l'acte par une rémunération exclusivement forfaitaire.

Nous écartons donc le scénario de la professionnalisation généralisée ou d'un retour du coercitif, pour privilégier des mesures concernant l'organisation du système, en complément des réponses locales, suffisantes selon nous pour soutenir l'implication des médecins libéraux dans la PDSA.

### **II.2.3 Des mesures plus structurelles visant à améliorer l'organisation du système**

En premier lieu, il s'agit de rationaliser l'offre de PDSA, avec trois objectifs principaux :

#### *a) Une meilleure adaptation aux besoins des usagers*

Il convient en effet de repenser la notion de permanence des soins en fonction de la nature de la demande. Ce point a été souligné au cours d'un entretien avec un sociologue de la santé, mais également au sein du rapport de M. E. Hubert sur la médecine de proximité qui propose de définir 4 niveaux pour lesquels la réponse apportée est différente<sup>29</sup>.

En outre, la généralisation du tiers payant pour la permanence des soins ambulatoires répondrait à un besoin des usagers en difficulté, qui représentent 10 à 20 % des personnes

---

<sup>29</sup> Détail des 4 niveaux issus du rapport précité : niveau 1 pour l'urgence vitale qui nécessite l'envoi d'une équipe SMUR et la mobilisation d'urgences hospitalières ; niveau 2 pour l'urgence non vitale impliquant une orientation vers un service d'urgence, par un transport sanitaire adapté ; niveau 3 pour une demande nécessitant une intervention médicale au sein d'une MMG ou à domicile par un effecteur ; niveau 4 pour les demandes à l'origine d'inquiétudes pouvant être résolues par un conseil téléphonique de la régulation.

les moins favorisées selon les représentants des usagers, et permettrait de les dissuader d'aller aux urgences pour des raisons financières.

Il semble également nécessaire d'apporter des réponses à la demande de soins non programmés durant la journée, qui a souvent tendance à se reporter dans les périodes de permanence des soins. Pour cela, il faudrait développer les centres de soins de premier recours accessibles sans rendez-vous, à l'instar de certains pays ou du projet PAIS précité.

Enfin, une bonne adaptation de la PDS aux besoins des usagers doit être également envisagée sous l'angle qualitatif. L'évaluation prévue dans les cahiers des charges doit comporter des indicateurs de qualité de la réponse (efficacité de la régulation, délais d'intervention des effecteurs au regard des distances et de l'activité, mesure de la perte de chance pour les patients). Dans l'avenir, pourquoi ne pas envisager que l'organisation de la PDS fasse l'objet d'une certification.

#### *b) Un système centré sur la régulation*

Le renforcement et la centralisation de la régulation fait consensus chez tous les professionnels que nous avons rencontré, mis à part ceux de SOS médecins qui ont un système de régulation spécifique. L'enjeu principal serait de centraliser la régulation pour toutes les demandes de soins pendant la PDS, en incluant les associations de permanence des soins type SOS médecin, en lieu et place d'une simple interconnexion avec le centre 15.

En outre, il serait également intéressant de développer de nouveaux outils en appui à la régulation comme la télé prescription, en parallèle du développement du dossier médical personnalisé (avec un fax de l'ordonnance à la pharmacie de garde) afin d'éviter des déplacements inutiles et coûteux<sup>30</sup>. Celle-ci doit cependant être mise en œuvre avec beaucoup de précautions. La généralisation du logiciel GEOGARDE pour la localisation de l'effecteur le plus proche du patient indépendamment du découpage du département serait aussi pertinente.

Enfin, il paraît nécessaire de renforcer les moyens humains et financiers des centres et de développer les formations à la régulation.

---

<sup>30</sup> Avec une réserve : les patients doivent cependant se déplacer pour aller chercher les médicaments. D'ailleurs, les pharmacies de garde sont parfois très éloignées des points fixes de consultations, et il serait souhaitable que les MMG disposent d'un stock de médicaments afin d'éviter des déplacements trop importants pour les patients.

### c) Une offre élargie et mieux formée

Les médecins généralistes doivent pouvoir collaborer avec d'autres professionnels dans l'exercice de la permanence des soins, et cela afin de faciliter leur exercice et de mieux répondre aux besoins du patient. Une mesure intéressante pour les médecins libéraux ou les organismes de tutelle et qui ne fait pas consensus du côté hospitalier<sup>31</sup>, est celle de l'hébergement des MMG au sein des établissements de santé, afin de créer des passerelles entre les urgences et la MMG en fonction de la demande de soins<sup>32</sup>.

D'autres perspectives sont envisageables, avec la participation accrue d'autres professionnels à la PDS, comme les infirmiers ou les pharmaciens, par une délégation de tâche redéfinie. Il conviendrait également de lever les obstacles statutaires ou financiers afin de permettre à davantage de médecins de participer à la PDS : médecins salariés des centres de santé et de la médecine du travail, médecins thésés non installés, remplaçants, jeunes retraités, praticiens hospitaliers, internes en médecine générale. Ces derniers pourraient en effet intervenir comme régulateur ou dans les MMG où ils ne seraient pas seuls. Ils pourraient également, avec une licence de remplacement, prendre le relais des médecins de garde pour les actes médico-administratifs (garde à vue, certificats de décès)<sup>33</sup> ou pour les besoins spécifiques des EHPAD.

En outre, pour les futurs généralistes en formation, il faudrait favoriser une formation théorique et pratique sur la PDS, sur la régulation et rendre obligatoire une expérience de garde ambulatoire.

En second lieu, il s'agit d'agir sur la demande de PDS par une meilleure information des usagers. En effet, le retour des entretiens avec les représentants des usagers est sans équivoque : les usagers manquent d'information sur la PDS, ne comprennent pas vraiment à qui il faut s'adresser et sont souvent mal orienté dans leur parcours de soin... Il faudrait donc renforcer l'information sur les nouveaux dispositifs de la PDSA (MMG, régulation), au moyen d'une vaste campagne nationale en complément de la communication prévue dans les cahiers régionaux.

Concernant la lisibilité du système, il est nécessaire de limiter le nombre de numéro d'accès à la PDS. Deux solutions sont possibles : centrer tous les appels sur le 15, avec des

---

<sup>31</sup> Pour certains, l'activité de la MMG peut menacer celle des urgences, quand d'autres déplorent un manque de coordination : « *une ferme ses portes, l'autre les ouvrent* » déplore un médecin urgentiste.

<sup>32</sup> L'infirmier d'accueil et d'orientation pourrait ainsi réorienter le patient vers le système libéral puisque celui-ci resterait dans l'enceinte de l'hôpital

<sup>33</sup> qui ne font pas considérés comme faisant partie des missions de la PDS, mais pour lesquels les médecins sont souvent sollicités

risques d'engorgement, ou instituer un numéro national à 4 chiffres spécifique à la PDSA, qui soit aisément mémorisable<sup>34</sup> : cette dernière mesure aurait l'avantage de bien distinguer l'offre de PDSA de celle d'AMU pour les usagers, ceux-ci pensant souvent que le 15 ne sert que pour les urgences graves.

Enfin, il convient de développer l'éducation des usagers plutôt que de mettre en place des mesures coercitives contre la surconsommation supposée.

---

<sup>34</sup> A ce sujet, l'expérience a été réussie en Franche-Comté et dans le Morbihan.

## Conclusion

---

Aujourd'hui, il apparaît que la PDSA, si elle est un dispositif essentiel, demeure encore perfectible. En effet, elle répond à un réel besoin de la population en terme d'accès aux soins, toutefois elle reste fragile du fait de disparités locales persistantes, d'un manque de collaboration entre les acteurs et plus généralement d'une crise de la médecine libérale. Face à ces difficultés le législateur a renforcé le cadre réglementaire afin de mieux structurer la PDSA, avec un pilotage unifié, un financement plus pragmatique tout en favorisant des réponses innovantes et locales. D'ailleurs les nombreuses expérimentations mises en œuvre, si elles montrent qu'il semble impossible d'apporter une réponse unique, prouvent que des réponses locales efficaces et efficientes sont possibles.

Ainsi des marges de manœuvre existent pour améliorer l'efficacité et l'égalité d'accès à la PDS, l'action sur la seule PDSA ne saurait suffire. Il semble que la solution ne peut se limiter à une simple réorganisation de la PDSA, compte tenu de la dimension « éminemment politique »<sup>35</sup> du sujet qui ne peut être occultée. Toute réforme touchant à la médecine libérale est délicate, la conciliation entre les objectifs de santé publique de l'État et les principes libéraux de la médecine n'est pas toujours aisée dans un contexte de maîtrise des coûts. Les médecins sont vite braqués devant l'attitude autoritaire des pouvoirs publics tandis que l'État ne peut que difficilement imposer une direction sur ce domaine comme le souligne bien Bruno Palier « Nous savons qu'il n'est pas possible de s'assurer juridiquement que les professions médicales respectent leurs engagements »<sup>36</sup>.

Finalement la PDSA n'est qu'un aspect du problème de l'organisation de la médecine libérale avec une liberté d'installation qui ne peut garantir un égal accès aux soins sur tout le territoire. Ne faudrait-il pas, peut être, aller vers une certaine limitation de cette liberté à l'instar du dispositif mis en place pour les infirmières libérales<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Entretien avec le sociologue de la santé

<sup>36</sup> Bruno PALIER « Gouverner la sécurité sociale : les réformes du système de protection sociale français depuis 1945 », édition PUF, 2005, p.267

<sup>37</sup> Accord septembre 2008 en vigueur au 18 avril 2009 Les infirmiers doivent attendre la cessation d'activité d'une consœur pour s'installer dans certaines régions

---

## Bibliographie

---

### Ouvrage

Bruno PALIER. Gouverner la sécurité sociale : les réformes du système de protection sociale français depuis 1945. Paris : PUF, 2005, p.267

### Rapports

HUBERT Elisabeth, Mission de concertation sur la médecine de proximité. N°104000622. Paris : Présidence de la République, 2010, 183p.

HAS, Le recours à l'hôpital en Europe. Rapport d'évaluation. Paris : HAS, 2009, 116p

ROLLAND Jean-Marie, Rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi numéro 1210 Hôpital Patient Santé territoire, N°1441. Paris : Sénat, 2009, 335p

BOËNNEC Philippe, Rapport d'information fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins. N°1206. Paris : Assemblée Nationale, 2008, 91p.

IGAS – IGA, Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. IGAS n°2006 029 et IGA n°06-007-02. Paris : IGAS – IGA, 2006, 140p.

GRALL Jean-Yves, Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 2006, 46p.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2012. Paris : CNOM, 2012, 50p.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2008. Paris : CNOM, 2008, 32p.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2006. Paris : CNOM, 2006, 33p.

### Articles de périodiques

VIRIOT-BARRIAL Dominique. Les nouvelles obligations de la médecine libérale dans l'exercice de leur profession. Revue de Droit Sanitaire et Social, 2011, Numéro spécial: La médecine libérale : quel avenir ? p73

MORET-BAILLY Joël, La loi HPST et l'accès aux soins, Revue de Droit Sanitaire et Social, 2009, n° 5/2009, p820

Dossier La loi HPST : trente mois après. Cahiers hospitaliers mensuel, 2011, n°283, pp6-7

La PDSA. Objectifs soins, 2011, n°198, 08-09/2011, p17

Gardes : les ARS prennent la main. Le médecin de France, 2011, n° 1167

La prise en charge de l'urgence médicale. Gazette du Palais. 2008, n° 3

### **Articles de quotidiens**

LE MENAHEZE Gwendal. Médecin mobile : « La médecine comme on l'aime. Ouest France, 5 mars 2012.

De SAINT RONAN Henri. Exemptions dans la permanence des soins - Du pragmatisme de l'Ordre aux petits arrangements entre amis. Le Quotidien du Médecin, 2012.

De SAINT-ROAN Henri, Tour de France de la PDS - Les Régions s'organisent. Le Quotidien du Médecin, 2012, n°9096

L'Express. Quand les urgences évoluent en service de permanence [en ligne]. Disponible sur : <http://www.levif.be/info/actualite/sciences-et-sante/quand-les-urgences-evoluent-en-service-de-permanence/article-1194710973448.htm> (Page consultée le 14 mai 2012)

Le Figaro. Urgences hospitalières : trop d'attente [en ligne]. Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2010/07/05/97001-20100705FILWWW00456-urgences-hospitalieres-trop-d-attente.php> (Page consultée le 14 mai 2012)

Midi Libre. Les visites médicales à domicile : un luxe qui disparaît [en ligne]. (Page consultée le 15 mai 2012)

### **Sites internet**

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Code de la Santé publique [en ligne]. Disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890655&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120514&oldAction=rechCodeArticle> (Page consultée le 2.05.2012)

AMELI. Le dispositif de permanence des soins ambulatoire [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/points-de-repere/n-28-permanence-des-soins-ambulatoire.php> (Page consultée le 14 mai 2012)

DREES. Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2012 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er796.pdf> (Page consultée le 14 mai 2012)

DREES. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er802-2.pdf> (Page consultée le 14 mai 2012)

Cour des Comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/12UrgencesMedicales.pdf> (Page consultée le 14 mai 2012)



---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Grilles d'entretien

Annexe 2 : Comptes-rendus des entretiens

ARS Bretagne

ARS Pays de la Loire

URPS Bretagne

URPS Pays de la Loire

Médecin de la MMG de Lorient

Chef du Pôle Réanimation – Urgences - CHU de Dijon

Chef de Service des Urgences - CH d'Eprenay

Médecin urgentiste - CHU de Dijon

Médecin régulateur libéral – Centre 15 Brest

Médecin régulateur hospitalier – Centre 15 Brest

SOS Médecins Brest

Le Comité Inter-associatif Sur la Santé

UFC Que Choisir ?

Annexe 3 : Méthodologie de travail

<b>GRILLES D'ENTRETIEN</b>
----------------------------

Se présenter/ Présentation de l'interlocuteur

**ARS**

- Quelle définition de la PDSA ?
- Quel est votre rôle dans la PDSA ?
- Comment est organisée la PDSA ? Quelles sont vos relations avec les autres acteurs de la PDSA ?
- Le financement de la PDSA est-il adapté aujourd'hui ?
- Quel est votre avis sur les évolutions réglementaires (obligation individuelle à une obligation collective des médecins) ?
- Qu'en est-il de l'implication des médecins libéraux dans la PDSA aujourd'hui ?
- Quelle articulation entre PDSA et PDSH ?
- Quelles solutions pour la nuit profonde ?
- Avez-vous finalisé votre cahier des charges ? Si oui, comment avez-vous procédé (concertation, difficultés rencontrées, acteurs concernés) ?
- Quel avenir pour la PDSA ? Optimisme pour l'avenir de la PDSA ? Quelles solutions souhaitables ? Les médecins libéraux sont-ils « indispensables » à la PDS ?

**URPS/MMG/SOS MEDECINS/MEDECINS LIBERAUX ET HOSPITALIERS**

- Quelle définition de la PDSA ?
- Quel est votre rôle dans la PDS ?
- Comment est organisée la PDS ? Quelles sont vos relations avec les autres acteurs de la PDS ?
- Une resectorisation a-t-elle eu lieu ? La taille du secteur semble-t-elle adaptée aux besoins des usagers ?
- Quel est votre avis sur les évolutions réglementaires (obligation individuelle à une obligation collective des médecins) ? Le système vous paraît-il contraignant ?
- Qu'en est-il de l'implication des médecins libéraux dans la PDS aujourd'hui ?
- Quel doit être le rôle du Conseil de l'Ordre dans la PDS ?
- Pensez-vous que le rôle de l'ARS comme pilote de la PDS est pertinent ?
- Participez-vous à la régulation ? Est-elle efficace sur votre territoire ?
- La rémunération de la PDS est-elle satisfaisante ?

## ANNEXE 1

- Les conditions de sécurité et responsabilité impactent-elles votre implication dans la PDS ?
- Pensez-vous qu'il y a des « abus » dans le recours à la PDS par les usagers (appels « inutiles »)? Faudrait-il des sanctions d'un usage abusif de la PDS ?
- Quel avenir pour la PDS ? Optimisme pour l'avenir de la PDS ? Quelles solutions souhaitables (améliorations à proposer) ?
- Seriez-vous prêts à renoncer à la participation à la PDS ? Est-ce une mission essentielle pour les médecins libéraux ?
- Conseilleriez-vous à un étudiant de médecine générale de s'installer en libéral ?
- Que pensez-vous des propositions de réforme de la formation des futurs généralistes ? (stage dans des structures type SOS ambulatoire, expérience de garde ambulatoire)
- Quels sont les intérêts et limites dans les gardes ?

## USAGERS

- Quelle définition de la PDSA ? (préciser le sens que nous avons retenu de la PDS)  
Quels acteurs de la PDS ?
- Les usagers sont-ils bien informés aujourd'hui ? Visibilité satisfaisante ? Quelles solutions seraient souhaitables ?
- Etes-vous satisfaits des conseils et des relations avec le régulateur ?
- Pensez-vous que la PDS est satisfaisante sur tout le territoire ?
- Pensez-vous qu'il y a des « abus » dans le recours à la PDS ? Faudrait-il des sanctions d'un usage abusif de la PDS ?
- Que pensez-vous des MMG ?
- Quelles sont les limites de la PDS ?

<b>COMPTES-RENDUS DES ENTRETIENS</b>
--------------------------------------

**ENTRETIEN ARS BRETAGNE**

**Présentation des interlocuteurs :**

- La Directrice adjointe de l'Offre ambulatoire et de la coordination des acteurs,
- La responsable du Pôle Offre de soins de 1er recours et gestion du risque.

La directrice adjointe de l'ARS nous rappelle que les ARS sont responsables de l'organisation de la Permanence des Soins Ambulatoires depuis la parution des décrets de Juillet 2010 relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS).

Auparavant, cette prérogative appartenait aux préfets qui présidaient seuls les CODAMUPS-TS. Aujourd'hui cette instance est co-pilotée par le préfet et le Directeur de l'ARS.

Sous la responsabilité du Directeur de l'ARS, une trentaine d'acteurs a participé activement à l'élaboration du nouveau cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire signé le 22 mars 2012 et qui entrera en vigueur le 1er juin 2012.

**Comment est organisée la PDSA ? Quelles sont vos relations avec les autres acteurs de la PDSA ?**

Le cahier des charges régional de la PDSA :

- précise l'organisation et les modalités de rémunération du dispositif de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire en Bretagne. Il est décliné par département. Les orientations stratégiques qui en découlent respectent SROS-PRS ambulatoire et s'articulent avec les dispositifs prévus par le SROS-PRS hospitalier (Médecine d'urgence, articulation avec la permanence des soins en établissements de santé et ambulatoire) ;

- détermine les limites des territoires de PDSA et les modalités d'intervention des effecteurs. Il mentionne également les lieux fixes de consultation, les conditions d'organisation du transport des patients vers les lieux de consultation en cas de nécessité, et les modalités de collaboration des établissements de santé à la PDSA le cas échéant. Ainsi, la région Bretagne qui comptait en 2010 140 territoires de PDSA avec de fortes inégalités d'accès en compte désormais 58 (60 en période estivale) ;

- décrit l'organisation de la régulation des appels (accès au médecin de permanence) ;

- définit la rémunération forfaitaire des professionnels participant aux gardes de PDSA et à la régulation médicale dans le respect de l'arrêté ministériel du 20 avril 2011. Les rémunérations appliquées dans la région doivent ainsi être compatibles avec le montant de l'enveloppe déléguée à la région Bretagne par instruction ministérielle du 20 avril 2011 fixée à 7 571 288 Euros. C'est un budget quasi équivalent à ceux des années passées. En sus de cette rémunération forfaitaire, le praticien reste payé à l'acte par le patient et peut bénéficier d'indemnités kilométriques versées par l'Assurance Maladie.

- fait l'objet d'une communication auprès des acteurs et de la population, ainsi que d'un suivi permettant d'évaluer notamment le fonctionnement de PDSA et son impact sur l'évolution de l'activité des services d'urgences. Sont également définies modalités de recueil, de suivi des incidents et de leur communication à la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et aux CODAMUPS-TS.

L'arrêté fixant le cahier des charges régional a été pris le 22 mars 2012 par le Directeur général de l'ARS Bretagne après avis des quatre préfets de département et des instances suivantes :

CSOS, CODAMUPS-TS, URPS Médecins et CDOM (Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins). Des groupes départementaux ont été créés afin de répondre au mieux aux spécificités du terrain. Ils comprenaient notamment des représentants des EHPAD, des représentants de l'HAD, du SAMU ainsi que des transporteurs. Le cahier des charges a vu le jour après dix mois de travail collectif.

A travers ce cahier des charges régional, les acteurs ont souhaité renforcer le rôle des régulateurs qui interviennent en amont pour orienter le patient au mieux. Le régulateur est le « bras armé » de l'effecteur mobile. Il bénéficie de formations spécifiques. 7 principes régionaux ont été retenus pour l'organisation générale de l'offre de soins de la PDSA :

- Une mission de service public assurée par des médecins volontaires : la permanence des soins est une obligation collective conformément à l'article 77 du code de déontologie médicale fondée sur le volontariat individuel des médecins.
- Une couverture totale des horaires de la PDSA y compris en nuit profonde soit :
  - Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
  - Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
  - Les samedis de 12 heures à 20 heures ;
  - Les lundis lorsqu'ils précèdent un jour férié de 8 heures à 20 heures ;
  - Les vendredis de 8 heures à 20 heures et les samedis de 8 heures à 12 heures lorsqu'ils suivent un jour férié.
- Un dispositif de PDSA reposant sur une régulation médicale préalable : assurée soit par les centres de régulation médicale hospitaliers (SAMU – Centre 15), soit par le numéro des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le CRAA et sous convention avec les Centres 15.
- Un dispositif fondé sur de nouveaux territoires de PDSA définis en adéquation avec les territoires de premier recours présentés dans le volet ambulatoire du SROS-PRS Bretagne.
- Des consultations assurées par le médecin de garde soit à des points fixes de consultation bien identifiés, soit au sein du cabinet médical du médecin de garde.
- Des visites incompressibles assurées par des effecteurs mobiles sur la totalité des horaires de la PDSA y compris en nuit profonde. Sur les territoires ruraux et semi-ruraux, les effecteurs mobiles sont des médecins volontaires dont ce peut être le mode d'exercice exclusif ou non. Sur les territoires urbains et semi-urbains de Brest, Quimper, Rennes, Saint-Malo, Lorient et Vannes, ces visites sont assurées par des effecteurs mobiles libéraux (jusqu'à 00h) et les associations SOS Médecins (20h à 8h). Il est prévu 2 effecteurs mobiles par département en complément le cas échéant des MMG. A partir de minuit, celles-ci s'arrêtent et il n'y a plus alors qu'une seule ligne de permanence réalisée par les effecteurs mobiles.
- Le respect de l'enveloppe annuelle régionale consacrée au financement de la PDSA (effectif + régulation).

Le cahier des charges est décliné par département :

- Le tableau de garde départemental des médecins effecteurs et régulateurs volontaires est élaboré pour une durée de trois mois ou plus soit par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, soit par l'Association de Permanence des Soins, soit par le représentant des médecins du secteur. Il est validé par l'ARS.
- Chaque département fait l'objet d'une organisation de la permanence des soins ambulatoires spécifique et adaptée aux territoires. Par exemple, dans le Finistère, les MMG ne fonctionnent que le week-end et il n'y a pas d'effecteur fixe en semaine. En revanche, en Ille et Vilaine, il y a 13 territoires et 13 points fixes de consultation (dont 2 gérés par SOS Médecins pour Saint-Malo et Rennes) qui ferment à minuit associées à des effecteurs mobiles, puis 2 effecteurs mobiles en nuit profonde sur le département. Autre exemple, les territoires de Carhaix et de Rostrenen (570 000 habitants) situés sur deux

départements différents, ont choisi de mutualiser une maison médicale de garde adossée au Centre Hospitalier de Carhaix en complément d'un effecteur mobile.

**Organisation générale de la régulation des appels :**

Le principe régional retenu est de conforter le rôle de la régulation, clef de voûte du système organisé de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire. Celle-ci doit permettre de garantir à la population une écoute médicale permanente afin de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des besoins et de permettre si nécessaire un accès immédiat aux soins. L'optimisation de l'articulation de la permanence des soins avec les urgences hospitalières doit permettre une bonne complémentarité entre ces deux champs d'intervention. Pour ce faire, l'existence d'une plateforme de régulation commune a été privilégiée en région Bretagne au sein des quatre SAMU – centres 15 bretons installés au sein des CHU de Rennes, Brest et des CH de Vannes et Saint-Brieuc.

Le médecin régulateur décide de la réponse adaptée à la demande, qui peut être :

- Le renvoi de l'appel vers le régulateur de l'aide médicale urgente ;
- L'orientation du patient vers toute structure dispensant des soins non programmés (point fixe de garde de type maison médicale de garde, cabinet médical, service des urgences, y compris déclencher le transport nécessaire au déplacement de la personne) ;
- Le déclenchement de l'intervention du médecin de permanence (effecteur mobile : visite) ;
- Un conseil médical, y compris thérapeutique (approximativement 40% des appels) ;
- Une prescription médicamenteuse par téléphone : télé-prescription.

**La rémunération forfaitaire :**

La rémunération de la PDS se décompose en deux sous ensembles :

- les actes et majorations d'actes qui restent dans le champ de la convention médicale,
- les forfaits d'astreinte et de régulation médicale délégués aux ARS par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé via la Direction Générale de l'Offre de Soins, dont les seuils sont définis par l'arrêté du 20 avril 2011 : 70€ par heure de régulation, 150€ pour une garde d'une durée 12 heures, 50€ pour une garde de 4 heures en première partie de nuit.

Ce qui est prévue dans le cahier des charges de l'ARS Bretagne :

- Pour la régulation la nuit, le samedi, le dimanche ou un jour férié, les médecins libéraux régulateurs percevront une indemnisation :
  - de 70€ par heure travaillée ;
  - majorée de 50% lorsque le médecin régulateur assure la régulation pour deux départements par période de 4 heures en nuit profonde (0h-4h ou 4h-8h) ;
  - minorée de 50% lorsque le régulateur présent sur la même période de nuit profonde (0h-4h ou 4h-8h) au sein du CRRA de l'autre département sera en période de repos.

Sur la base de ce modèle, le montant régional de l'indemnisation des médecins régulateurs pour une année de fonctionnement s'élève à 2 227 400 Euros.

- Pour les effecteurs intervenant en soirée de 20h à minuit, les samedis, dimanches et jours fériés, il est prévu un forfait de 50 Euros pour 4 heures travaillées soit :
  - 50€ pour la période de 20h à 00h
  - 100€ pour la période de 12h à 20h les samedis
  - 150€ pour la période de 08h à 20h les dimanches et jours fériés
- Pour Les effecteurs mobiles assurant les visites et intervenant les samedis, dimanches et jours fériés, il est prévu un forfait de :
  - 150€ pour la période 12h à 20h les samedis
  - 200€ pour la période de 08h à 20h les dimanches et jours fériés
  - 650€ pour la période de 20h à 08h soit : 150€ de 20h à 00h et 500€ de 00h à 08h

## ANNEXE 2

Le montant régional de l'indemnisation des médecins effecteurs sur les territoires semi-ruraux et ruraux pour une année de fonctionnement s'élève à 3 733 050 Euros.

Pour chacune des 9 îles bretonnes, la PDSA est assurée par un médecin généraliste libéral sur la totalité des horaires. Chaque effecteur pourra prétendre à une rémunération des astreintes à hauteur de 50 Euros pour 4 heures travaillées soit :

- 50€ pour la période de 20h à 00h
- 100€ pour la période de 00h à 08h et pour les samedis de 12h à 20h
- 150€ pour les dimanches et jours fériés pour la période de 08h à 20h

En ce qui concerne la PDSA de l'île de Molène, aucun médecin n'étant présent sur place, celle-ci est assurée par le médecin du continent (le Conquet), une rémunération forfaitaire est prévue à hauteur de 45% des astreintes. Par ailleurs, une permanence des soins infirmière est assurée financée en partie par l'ARS au titre du FIR.

Le montant régional de l'indemnisation des médecins effecteurs pour les 9 îles bretonnes pour une année de fonctionnement s'élève à 594 035 Euros.

### **Autres moyens de financement :**

- Association de régulation : le FIR finance le fonctionnement des 4 associations départementales de régulation libérale (ADOPS). Sont essentiellement concernés les postes de dépenses suivants (pour un total régional d'environ 282 000 Euros) : secrétariat, médecin coordinateur, formation des régulateurs, frais de fonctionnement divers.

- MMG: le FIR finance le fonctionnement des 20 MMG de la région pour un montant total en 2012 d'environ 570 000 Euros. Sont essentiellement concernés les postes de dépenses suivants : secrétariat, loyer, frais divers : fournitures médicales, affranchissement, téléphone...

### **Communication :**

Nos interlocutrices nous confirment qu'une communication va être lancée en faveur du contenu du nouveau cahier des charges régional. Une conférence de presse a déjà eu lieu le 29 mars dernier. Dans un premier temps, l'ARS Bretagne adressera au cours de l'année 2012, à l'ensemble des acteurs libéraux, élus et institutionnels, un document de communication synthétisant les orientations du nouveau cahier des charges régional de la PDSA. L'action de communication vers le grand public sera réalisée dans un second temps, une fois l'organisation mise en place, via notamment les médias, les supports des collectivités territoriales, les cabinets de médecine générale, les services d'urgences...

### **Modalités de recueil et de suivi des incidents :**

Les incidents répertoriés et les plaintes des usagers réceptionnées font l'objet d'une traçabilité conformément à l'arrêté du 20 octobre 2011. Ils font l'objet d'une analyse quantitative et qualitative.

### **Evaluation du dispositif :**

Le présent dispositif sera suivi et évalué deux fois au cours de la première année de mise en place, puis annuellement dans le cadre des CODAMUPS-TS.

### **Remarques diverses :**

Aucune réquisition n'est envisagée en cas d'absence d'effecteur mobile en nuit profonde. Un tour de garde nécessite 30 médecins. Le tableau de garde est géré par l'ADOPS. En région Bretagne, selon l'ARS, on ne constate pas de désengagement des libéraux, au contraire !

## ENTRETIEN ARS NANTES

**Présentation de l'interlocuteur :** responsable du département accès aux soins de premier recours de la région Pays de la Loire

### **Quelle définition faites-vous de la permanence des soins ambulatoire ?**

Notre interlocuteur nous indique qu'avant tout la PDSA relève du domaine départemental et qu'elle concerne exclusivement les soins de 1er recours non urgent.

La PDSA, avec le soutien de l'ARS, revêt en effet une dimension territoriale. Avec le temps, son champ de compétence s'est élargi à d'autres professions (dentaire, pharmacie, kinésithérapie, mais aussi médecins salariés depuis la loi HPST).

Selon lui, il ne faut cependant pas s'éloigner de la définition législative de la PDSA, fixant notamment ses horaires, afin de ne pas faire un glissement vers la question de la continuité des soins.

La PDSA s'appuie sur deux acteurs majeurs que sont le médecin effecteur de la consultation et le médecin régulateur. Selon lui, il faut renforcer la régulation afin de répondre au mieux à une PDSA dont le champ de compétence s'étend.

### **Comment est organisée la PDSA dans la Région ?**

Le Cahier des charges régional est quasiment finalisé. Il nous indique que trois départements sur cinq ont des dispositifs expérimentaux, notamment celui des médecins mobiles dans en Loire-Atlantique. Il est d'ailleurs prévu que le nouveau cahier des charges régional s'inspire de cette expérimentation.

Notre interlocuteur nous précise ensuite le dispositif de Loire-Atlantique. Les médecins mobiles ont été mis en place il y a un an afin de répondre à la demande de PDSA en nuit profonde. Ils prennent également en charge certaines missions spécifiques : interventions en EHPAD et actes médicaux légaux. Une enveloppe fermée est allouée par département afin de mettre en œuvre ce dispositif, l'objectif final étant de maintenir le plus possible de personnes à domicile, et ainsi éviter des hospitalisations inutiles. Cela est notamment pertinent pour les personnes âgées. Il rappelle tout de même que certains critères doivent être respectés afin que le médecin mobile ne soit pas débordé, comme par exemple l'impossibilité du patient à se déplacer. Il y a donc des protocoles bien précis pour déclencher l'intervention de l'effecteur mobile.

Notre interlocuteur admet toutefois que c'est un système coûteux (800 € la nuit), mais que c'est peut-être le prix à payer pour assurer pleinement les objectifs de la PDSA. Il précise toutefois que le dispositif est encore jeune et qu'il sera nécessaire de l'évaluer lorsque l'on aura plus de recul. Pour l'instant, le retour d'expérience est plutôt positif : les enveloppes allouées sont respectées et les médecins mobiles interviennent en complémentarité des MMG. Il indique cependant que le principe du paiement à l'acte pour la PDSA peut parfois avoir des effets pervers, comme le report sur les urgences des actes les moins intéressants financièrement pour le médecin mobile. Il faut donc être vigilant sur ce point.

### **La responsabilité qu'assume le médecin effecteur pour vous constitue-t-elle un frein à la mise en place des médecins mobiles ?**

Selon lui, elle n'est pas un frein, les médecins libéraux y sont plutôt habitués.

### **Quelles sont les autres expérimentations qui ont été mises en place ?**

Dans le Maine et Loire et la Mayenne les attentes sont différentes. Pour lui, la régulation n'y était pas suffisamment développée, c'est pourquoi un effort y a été porté ; l'ARS a donc décidé que les régulateurs seront payés sur la base de quatre consultations de l'heure (contre trois auparavant).



D'autre part, avec certaines re-sectorisations, des MMG ont été créées avec des rémunérations d'astreintes incitatives.

Dans le Maine et Loire, il n'y a pas de médecin mobile car c'est la coordination avec le secteur hospitalier qui permet de faire le relai. Même s'il rappelle que les services d'urgences ne sont pas destinés à gérer la PDSA, cette organisation permet de bien optimiser les moyens entre les urgences et la PDSA en nuit profonde, où il y a très peu d'actes. Cependant, il précise cette organisation doit rester marginale, que le métier de généraliste n'est pas celui d'urgentiste et qu'il est conscient de l'intérêt, pour les petites urgences, de prendre le relais de la PDSA, notamment depuis le passage à la tarification à l'activité. Il pense d'ailleurs que le problème de l'engorgement des urgences est déconnecté de la PDSA, que c'est surtout un manque de structures d'aval, et qu'il est nécessaire de repenser l'organisation des urgences en parallèle de la PDSA (retour sur la loi Veil ?).

**Les médecins libéraux sont ils indispensables à la PDSA ?**

Oui, car ce qui pose problème en réalité aujourd'hui, c'est la faible démographie médicale et pas autre chose.

**Que pensez-vous des idées émises par le corps médical sur la remise en cause du volontariat ?**

Il est contreproductif de procéder à des réquisitions. La question de la remise en question du volontariat est un problème complexe selon lui, comme celle d'un retour sur la liberté d'installation. Il pense donc qu'il faut davantage accompagner les médecins dans cette obligation collective et de bien organiser la PDSA pour les inciter à y participer : il faut l'utiliser comme un élément structurant de l'offre de premier recours, ce qui favoriserait un développement spontané des Maisons de Santé. Il fait donc un lien entre les problématiques de permanence et de continuité des soins, qui doivent être traitées ensemble.

**Faut-il continuer à assurer la nuit profonde ?**

Oui, mais par différents modèles. Aujourd'hui les demandes sont faibles car il n'existe pas d'offre pour y répondre mais des besoins existent bien.

**Et que faire pour plus de lisibilité pour les usagers ? Faut-il un numéro unique ?**

Oui, il serait plus logique d'avoir un numéro unique pour la PDSA plutôt que des numéros départementaux à dix chiffres. Pourquoi pas le 15 ou un autre numéro à 4 chiffres national spécifique à la PDSA. Concernant SOS médecins, nous pensons qu'ils doivent avoir les mêmes référentiels de régulation, afin d'éviter une surconsommation. Cependant, c'est un problème complexe, il faut être prudent sur ce sujet car ils nous évitent aussi des hospitalisations. Il faudrait procéder à une réelle évaluation de cette régulation.

**Etes-vous optimiste pour l'avenir de la PDSA ?**

L'évolution démographique ne lui permet pas d'être optimiste dans l'immédiat. Les solutions actuelles sont fragiles et ne sont que des solutions pour le court ou le moyen terme.

Le financement aussi pose problème car le principe de l'enveloppe fermée, qui a pour objectif de responsabiliser les acteurs, ne permettra certainement pas de pouvoir déployer de moyens suffisants pour une stabilisation de la PDSA sur le long terme. Il pense aussi qu'à l'avenir, il faudra développer le principe de gestion par les pairs. C'est pourquoi à l'ARS, ils travaillent en étroite collaboration avec les représentants des médecins (URPS).

---

**ENTRETIEN URPS RENNES**

**Présentation de l'interlocuteur :** Médecin généraliste à Auray et médecin nutritionniste. Secrétaire de l'URPS, 10 ans de remplacement dans la PDS, 45 WE par an. à l'initiative de la création de la MMG d'Auray (80 médecins libéraux). Plus grande MMG rurale de France en nombre de médecins associés à la PDSA.

**Quelle définition de la PDSA ?**

Il est nécessaire de dissocier la période de 8h-20 heures : période de continuité des soins, et celle de 20h-8 heures : période de PDS

**Quel est votre rôle dans la PDSA ?**

L'URPS a un rôle de représentation des médecins libéraux. C'est un organe politique. C'est le parlement des médecins libéraux de Bretagne. L'URPS a participé à l'écriture du cahier des charges de la PDSA avec le CDOM et les associations SOS Médecins.

**Comment est organisée la PDSA ? Quelles sont vos relations avec les autres acteurs de la PDSA ?**

Les appels sont régulés par le médecin régulateur situé au Centre 15 qui envoie le patient vers une MMG ou déclenche un effecteur mobile. Les médecins généralistes participent à la régulation.

**Une resectorisation a-t-elle eu lieu ? La taille du secteur semble-t-elle adaptée aux besoins des usagers ?**

Oui, depuis 2004 on assiste à une diminution du nombre de secteurs de garde et à l'augmentation corrélative de leur taille. Dans le Morbihan, nous sommes passés de 57 secteurs en 2004 à 24. Cela s'est fait grâce au dialogue et à la concertation en tenant compte des spécificités locales. On a écouté les gens du terrain ;

**Quel est votre avis sur les évolutions réglementaires (obligation individuelle à une obligation collective des médecins) ? Le système vous paraît-il contraignant ?**

Le volontariat est la solution. *« Si on réquisitionne les médecins sur un mode coercitif, ils vont dévisser leur plaque, les préfets n'auront plus que les vaches à réquisitionner dans les campagnes ».* *« Si les moyens sont là (financiers) ... le volontariat arrive ! »*

**Qu'en est-il de l'implication des médecins libéraux dans la PDS aujourd'hui ?**

Il y a une bonne implication des médecins libéraux. La PDS fait partie du travail. *« Si j'ai fait médecine, c'est pour rendre service à la population. Le MG a une responsabilité sur son propre territoire. Il a une responsabilité, il doit s'impliquer ».*

**Quel doit être le rôle du Conseil de l'Ordre dans la PDS ?**

Le Conseil de l'ordre a un rôle d'accompagnateur, de veille, de vigilance et de contact avec l'ARS en cas de carence de volontaires. Il n'a pas de rôle dans l'organisation de la PDS

**Pensez-vous que le rôle de l'ARS comme pilote de la PDS est pertinent ?**

L'ARS a eu un vrai rôle de décloisonnement entre les différents acteurs de santé. La démarche de l'ARS de rassembler les différents acteurs de la santé est bonne mais elle n'a aucune légitimité pour s'occuper des libéraux. Ce n'est pas à l'Etat d'intervenir dans la régulation de la PDSA qui est assurée par des libéraux. C'est aux libéraux de s'organiser ensemble. C'est à l'URPS d'impulser la dynamique

**Participez-vous à la régulation ? Est-elle efficace sur votre territoire ?**

Oui.

**La rémunération de la PDS est-elle satisfaisante ?**

Non, car on gagne moins la nuit que le jour, c'est aberrant. Un meilleur financement doit être un levier de l'Etat pour améliorer la PDS.

**Les conditions de sécurité et responsabilité impactent-elles votre implication dans la PDS ?**

Oui, il faut vraiment organiser les conditions matérielles de la garde. Pour les consœurs, il faut qu'elles se déplacent uniquement en EHPAD ou sur des déplacements sécurisés.

Il faut tenir compte des femmes car il est essentiel, au regard de leur nombre, qu'elles s'impliquent. « *Toutes les énergies sont bonnes à prendre.* » Si on veut garder les femmes dans la garde, il faut que les visites soient organisées et régulées.

Les leviers sont une meilleure protection juridique et une régulation de PDSA décentralisée

**Pensez-vous qu'il y a des « abus » dans le recours à la PDS par les usagers (appels « inutiles »)? Faudrait-il des sanctions d'un usage abusif de la PDS ?**

Non, c'est un terme qu'il ne faut pas utiliser. C'est normal de faire appel à un médecin, c'est la réponse qu'il faut organiser. « *Puisque l'Etat offre le service à la population, c'est normal que les usagers se saisissent de cette offre.* » « *Une femme qui a 3 enfants et qui travaille, c'est normal qu'elle veuille consulter le soir et le WE. Cela ne me choque pas. Il faut organiser la réponse* »

**Quel avenir pour la PDS ? Optimisme pour l'avenir de la PDS ? Quelles solutions souhaitables (améliorations à proposer) ?**

« *Je suis optimiste car les médecins veulent soigner. Ils ont une éthique. S'ils n'étaient intéressés que par l'argent, ils auraient fait HEC !* » Mais il est nécessaire de continuer à développer des outils comme les MMG ou la régulation décentralisée et maintenir le volontariat.

**Seriez-vous prêts à renoncer à la participation à la PDS ? Est-ce une mission essentielle pour les médecins libéraux ?**

Non, cela fait partie des missions des médecins libéraux et les associations SOS médecins ne seront pas assez nombreuses. Elles ne sont qu'une partie du système.

**Conseilleriez-vous à un étudiant de médecine générale de s'installer en libéral ?**

« *Oui, c'est un métier formidable !* »

**Que pensez-vous des propositions de réforme de la formation des futurs généralistes ? (stage dans des structures type SOS ambulatoire, expérience de garde ambulatoire)**

Il s'agit du compagnonnage. Il faut absolument que les internes fassent des stages dans les MMG, dans les régulations, dans les pôles de santé. Il faut qu'ils saisissent la dimension de référent territorial de santé. La PDS n'est qu'une partie du travail. Il faut développer d'autres missions (éducation thérapeutique).

**Autres idées exprimées pendant l'entretien :**

Les MMG doivent être indépendantes : elles doivent être implantées en dehors des hôpitaux pour une meilleure lisibilité pour les usagers :

- Urgences : Hôpital
- Soins non urgents : MMG

Il faut travailler sur l'éducation des usagers car 65 % des gens n'ont rien à faire aux urgences des centres hospitaliers.

Il doit y avoir un système de tri à l'entrée de l'Hôpital et remettre en cause la loi Veil qui oblige aux praticiens hospitaliers à assurer la prise en charge de tout usager se présentant aux urgences. Il faut disposer de logiciels permettant aux Infirmiers d'accueil et d'orientation des urgences de réorienter les patients vers le système libéral (MMG) en ayant connaissance des disponibilités. Aujourd'hui les visites ne sont pas très utiles. C'est aux personnes de se déplacer pour rendre le système efficace. Ce n'est pas aux médecins. On peut organiser des visites (décès...), mais en fin de garde et en dehors de tout contexte d'urgence vitale.

---

### **ENTRETIEN URPS PAYS DE LA LOIRE**

**Présentation de l'interlocuteur** : médecin de santé publique, président de l'URPS Pays de la Loire

#### **Quelle est l'organisation de la PDSA dans votre région ?**

Aujourd'hui, dans les Pays de la Loire, nous n'avons pas de problèmes particuliers avec la PDSA : 60 à 70% des médecins libéraux font des gardes, ce qui est largement suffisant, et l'ARS demande même de ne pas être volontaires dans les villes de Nantes ou de Saint-Nazaire qui sont couvertes par SOS médecins. Il n'y a donc pas de crise majeure et le manque de volontariat est rare. En effet, nous avons bien réorganisé la PDSA dans notre région suite aux grèves de 2002, et nous avons été choisis comme région expérimentale. Notre organisation est différente et adaptée aux territoires, et c'est certainement pour cela que nous ne rencontrons pas de problèmes particuliers.

Pour que vous compreniez mieux, je vous présente brièvement les différentes organisations départementales de la permanence des soins.

- En Mayenne, département rural avec peu de médecins, il y a une forte régulation libérale, délocalisée à domicile et centralisée sur le 15, de grands secteurs, une ADOPS (Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des soins) organisant le système et suffisamment de médecins qui font des tours de garde. Ce système fonctionne bien pour plusieurs raisons : tout d'abord parce que nous avons fait une resectorisation massive permettant de limiter les tours de garde par médecin, ensuite parce que les astreintes ont été revalorisées, et enfin parce qu'il y avait plusieurs médecins moteurs prêts à coopérer pour mieux organiser la permanence des soins. Le caractère plutôt familial de la communauté médicale du département (200 médecins, ruraux, de la même génération) a également aidé à la mise en place de ce système.
- En Loire Atlantique, il y a deux SOS médecins (Nantes et Saint-Nazaire) et des maisons médicales de garde qui maillent tout le département. Celles-ci s'arrêtant à minuit, nous avons initialement mis en place une mutualisation avec les urgences pour la permanence des soins ambulatoires en nuit profonde, avant de l'arrêter du fait de la faiblesse de la demande (0.5 actes pour 100 000 habitants). Cependant, depuis un an, nous avons mis en place une expérimentation de médecins mobiles sous l'égide de l'ADOPS 44, sorte de « service SOS médecin de campagne ». Concrètement, les 5 médecins mobiles prennent la garde après minuit sur 5 secteurs différents, leurs interventions sont régulées par le 15 et ils ont un équipement spécial pour cette mission. Ils sont également chargés de la permanence des soins en EHPAD, dans les hôpitaux de proximité et des gardes médico-administratives. Pour l'instant nous ne sommes qu'au stade de l'expérimentation, et nous allons faire une évaluation afin de voir s'il faut pérenniser ce système.

- En Vendée, il y a quelques maisons médicales de garde, les secteurs sont de taille inégale, et certains médecins continuent de faire des visites à domicile à l'ancienne. Ce système est peu satisfaisant et il faudrait regrouper des secteurs. Nous avons d'ailleurs eu quelques cas de réquisitions.
- En Maine et Loire, c'est à peu près pareil, mais les médecins font leurs gardes sans problèmes. Il y a une mutualisation avec les urgences après minuit.
- Enfin dans la Sarthe, c'est un peu plus désordonné, il n'y a pas vraiment d'organisation de la permanence des soins ambulatoire car il y a beaucoup de petits hôpitaux dotés de petites urgences. Il faudrait faire une resectorisation, créer des maisons médicales de garde et centrer le système sur la régulation. C'est l'idée de l'ARS, mais cela suscite aussi des inquiétudes du côté des urgences de proximité.

**En effet, la PDSA de votre région est hétérogène. Vous la trouvez donc satisfaisante ? Il n'y a pour vous aucune raison de remettre en cause l'équilibre législatif actuel, centré autour du volontariat ?**

Tout d'abord, bien qu'il n'y ait plus d'obligation individuelle de participer à la permanence des soins, il existe toujours une obligation collective, avec des possibilités de réquisitions de médecins. C'est donc une forme particulière, encadrée, de volontariat.

Ensuite, je ne pense pas qu'il soit possible, ni souhaitable, de revenir sur le volontariat. Pas possible car maintenant que les médecins sont organisés, notamment au sein des ADOPS, ils refuseraient en bloc le retour du coercitif et il n'y aurait plus du tout de permanence des soins ! Et pas souhaitable car, à mon avis, l'insuffisance de volontariat dans certaines zones révèle plus une désorganisation du système qu'un désengagement des médecins. Vous savez, il faut être concret dans ce genre de situation : lorsque la PDSA est bien organisée, avec une forte collaboration des médecins, que les secteurs sont suffisamment grands pour que la garde n'ait lieu qu'une fois par mois, que les maisons médicales de garde sont bien conçues, que la régulation est efficace de sorte que le médecin n'est pas appelé pour rien, et qu'ils sont correctement rémunérés, ils sont volontaires ! Il n'y a pas de secret ! Les médecins libéraux savent que la permanence des soins fait partie de leurs devoirs, et ils acceptent souvent de la faire si cela n'est pas un sacerdoce pour eux. Ils demandent juste que l'on pense mieux le système afin d'avoir de bonnes conditions de travail, et de ne pas faire des gardes pour rien. C'est d'ailleurs pour cela que dans de nombreuses zones, la permanence des soins ambulatoires s'arrête à minuit, tout simplement parce qu'il n'y a quasiment pas d'actes, et qu'il n'est donc pas facile de mobiliser pour presque rien. Donc je dirais oui pour le volontariat en première partie de la nuit, mais pas forcément pour la nuit profonde.

**Alors comment fait-on en nuit profonde ?**

Cela dépend des besoins de la population. Il peut y avoir une mutualisation avec les urgences, et les hôpitaux sont souvent contents de prendre le relais depuis le passage à la tarification à l'activité, ou bien des médecins mobiles. Il faut surtout avoir une réponse adaptée à la demande. C'est comme pour les visites à domicile, qui ont été remplacées par les maisons médicales de garde. Que fait-on alors quand la personne ne peut pas se déplacer ? Cela veut donc dire que c'est grave, et qu'il vaut mieux l'envoyer à l'hôpital.

**Votre bilan est donc plutôt positif. Auriez-vous cependant quelques préconisations pour l'amélioration du système de la permanence des soins ambulatoires ?**

Je pense vraiment que les problèmes éventuels de la PDSA peuvent être réglés par deux moyens principaux : son adaptation aux territoires et sa bonne organisation, pour laquelle la collaboration des médecins libéraux est essentielle. C'est pourquoi nous travaillons avec l'ARS

sur le futur cahier des charges régional. Concernant l'adaptation, j'ai un exemple concret : en effet, les médecins régulateurs de Maine-et-Loire sont mieux rémunérés que ceux de Loire Atlantique, car leur tâche est plus complexe. Il faut donc de la souplesse dans la rémunération (par exemple, elle doit être valorisée quand il y a moins de secteurs).

Certaines pistes peuvent être cependant explorées. Par exemple, la ville est moins régulée que la campagne, du fait du système ad hoc de SOS médecins. C'est une question complexe, car SOS médecins rend beaucoup de services, mais la question d'une régulation renforcée en ville mérite d'être posée.

Nous avons aussi quelques interrogations sur la pérennité du financement de la permanence des soins.

**Et que pensez-vous de l'idée de faire appel à d'autres ressources pour la permanence des soins, comme les internes par exemple, qui seraient moins cher que les médecins mobiles? Une idée de réforme serait en effet de leur permettre de faire un stage en médecine ambulatoire avec une participation aux gardes. Ils pourraient prendre le relais par exemple pour les actes médico administratifs ?**

Oui pourquoi pas, mais il faut qu'ils soient encadrés par un sénior, ce qui n'est pas toujours facile pour les gardes en ambulatoire. L'idée est pertinente toutefois. Pour les actes médico administratifs, c'est compliqué, puisqu'ils ne font pas légalement partie des missions du médecin de garde, mais qu'en réalité, ce n'est pas aussi clair.

**Et que faire pour la permanence des soins dans les zones moins dotées en médecins ?**

Attention, ce n'est pas parce qu'un territoire est dépouillé que la garde n'est pas organisée. Et puis il faut aussi être conscient que la demande est moindre dans les zones rurales moins peuplées, et qu'il y a davantage de garde à l'ancienne (par le médecin de famille). Sur l'île d'Yeux par exemple, il n'y a pas de médecins, mais il n'y a pas beaucoup d'habitants non plus. Alors il faut avoir recours à des moyens exceptionnels, comme le recours au SAMU, à l'hélicoptère. Cela demeure marginal, car nous n'avons pas un territoire comme le Canada !

Cependant, il est vrai que le problème de la permanence des soins rejoint parfois celui de la continuité des soins. Ainsi, dans les zones menacées par les déserts médicaux, je pense qu'il faut poursuivre des mesures incitatives à l'installation des médecins libéraux (comme la défiscalisation...) plutôt que de revenir sur le principe de la liberté d'installation. Néanmoins, l'argent n'est souvent pas le premier moteur, et c'est plutôt les conditions de vie et de travail parfois difficiles dans certaines zones qui peuvent faire obstacle à l'installation de jeunes médecins. C'est d'ailleurs pourquoi il est essentiel de bien organiser la permanence des soins ambulatoires dans ces zones, afin qu'elle ne soit pas un repoussoir, mais plutôt qu'elle encourage les médecins à venir exercer

---

### **ENTRETIEN MMG LORIENT**

**Présentation de l'interlocuteur :** Médecin généraliste libéral installé à Lorient, Président de la MMG de Lorient

**Présentation de l'interlocuteur :** Médecin généraliste libéral installé à Lorient, Président de la MMG de Lorient

### **Constats/Organisation de la PDS**

**Comment est organisée la PDS ? Quelles sont vos relations avec les autres acteurs de la PDS ?**

## ANNEXE 2

L'organisation de la PDS est départementale ; dans le Morbihan, il y a 5 MMG (Locminé, Vannes, Lorient, Auray, La Roche Bernard). Le principe est une permanence de médecins libéraux de 20H à 00H, et non des visites. L'accès est censé être régulé ; d'ailleurs un **numéro unique** a été mis en place : **68 42 42**. Le centre d'appel se situe à Vannes.

Ce numéro a bien été intégré par la population grâce à la distribution de cartes, réalisées par la préfecture. Aujourd'hui, seuls 20% des cas sont d'accès direct (la majorité provient de la régulation).

Un appel à ce numéro particulier peut déboucher sur un conseil médical (60% des cas), sur une orientation vers les urgences ou vers le médecin généraliste de garde (l'effecteur).

Lorient est une conurbation représentant 135 000 habitants ; c'est une population qui bénéficie donc d'une faculté de choix importante : urgences/SOS médecins (depuis 1996)/ MMG (depuis le 4 janvier 2010).

La MMG enregistre environ 3 000 passages en 2010 ; on tend vers 5 000 passages en 2012.

### **Une resectorisation a-t-elle eu lieu ? La taille du secteur semble-t-elle adaptée aux besoins des usagers ?**

Oui, en 2004 : 50 secteurs/ en 2005 : 24/ aujourd'hui le cahier des charges prévoit 17 secteurs. Cette resectorisation est positive puisqu'elle permet des gardes moins récurrentes.

### **Quel est votre avis sur les évolutions réglementaires (obligation individuelle à une obligation collective des médecins) ? Le système vous paraît-il contraignant ?**

Ce passage est à un système incitatif avec une liberté de choix du médecin est souhaitable ; en Bretagne, il n'y a pas de problème au niveau du volontariat. Le coercitif est à exclure.

### **Qu'en est-il de l'implication des médecins libéraux dans la PDS aujourd'hui ?**

L'implication est très bonne dans le Morbihan puisque 60% des médecins participent à la PDS.

Il précise que l'implication des médecins libéraux n'est pas LA solution face aux engorgements des urgences à l'hôpital ; il faudrait revenir sur la loi Veil (qui impose aux urgences d'accepter toute personne qui se présente)...

### **Critique du système actuel**

#### **Quel doit être le rôle du Conseil de l'Ordre dans la PDS ?**

Le CNOM est une autorité de terrain, « compréhensive » et surtout légitime pour impulser dans le domaine de la PDS. C'est un soutien essentiel pour les médecins libéraux.

#### **Pensez-vous que le rôle de l'ARS comme pilote de la PDS est pertinent ?**

Il apparaît logique que l'ARS joue ce rôle de pilote dans la PDS avec la loi HPST ; ce sont les mêmes acteurs qui interviennent depuis 2001 sur la PDS.

#### **Participez-vous à la régulation ? Est-elle efficace sur votre territoire ?**

Oui. Cette régulation est incontournable et la clef de voûte du système. C'est un changement très important pour les médecins libéraux qui ne sont plus en « 1<sup>ère</sup> ligne » ; la régulation est **protectrice** pour le médecin. Dans le Morbihan, le principe retenu est que tout régulateur est effecteur.

#### **La rémunération de la PDS est-elle satisfaisante ?**

Oui !

#### **Les conditions de sécurité et responsabilité impactent-elles votre implication dans la PDS ?**

La sécurisation, l'organisation et la structuration de la PDS est indispensable pour favoriser l'implication des médecins libéraux, notamment grâce à un travail en binôme. La MMG semble être une organisation pertinente. Soutien de la demande du CNOM d'aligner le système de responsabilité administrative dont bénéficient les régulateurs, aux effecteurs.

A Lorient, c'est SOS Médecin qui s'occupe des actes médico-administratifs (gardes à vue...), ce qui les arrange. Pour lui, SOS Médecin est la « déliquescence de la profession » ; c'est une logique différente avec une recherche de rentabilité, un régime particulier (une régulation à part). SOS Médecin reste un acteur indispensable de la PDS pour assurer les visites après minuit par exemple.

**Pensez-vous qu'il y a des « abus » dans le recours à la PDS par les usagers (appels « inutiles »)? Faudrait-il des sanctions d'un usage abusif de la PDS ?**

On ne peut pas parler d'abus ; les usagers sont inquiets, c'est légitime et on ne peut le reprocher. En revanche, il faut un travail de **prévention, éducation, formation, information**.

### Avenir/Préconisations

**Quel avenir pour la PDS ? Optimisme pour l'avenir de la PDS ? Quelles solutions souhaitables (améliorations à proposer) ?**

Le pilier de la PDS est la **REGULATION** ; les divers leviers peuvent être la défiscalisation et la rémunération pour motiver les jeunes médecins, l'**ORGANISATION** des gardes et la sécurisation du métier (intervention en binôme...). Il faut **fournir des moyens** tels que des MMG, le médecin ne doit pas être seul. Par exemple, à la MMG de Lorient, 4h de secrétariat par jour sont utilisées (20H-00H) et la dispense d'avance de frais fonctionne.

**Seriez-vous prêts à renoncer à la participation à la PDS ? Est-ce une mission essentielle pour les médecins libéraux ?**

Non, la PDS fait partie des missions du médecin libéral (70% pensent que c'est une mission essentielle). Toutefois, la PDS reste un fardeau, il faut donc un **AMENAGEMENT, adapter la PDS** (MMG...)

**Conseilleriez-vous à un étudiant de médecine générale de s'installer en libéral ? Que pensez-vous des propositions de réforme de la formation des futurs généralistes ? (stage dans des structures type SOS ambulatoire, expérience de garde ambulatoire)**

Aujourd'hui, le libéral peut apparaître comme un « poids économique » (investissement pour s'installer...). Le tarif arrêté à 23 euros est trop faible. En comparaison à l'Allemagne et la GB, la médecine générale en France coûte très peu (que 3% des dépenses d'assurance maladie et moins de 0,4 ETP). L'attrait pour le salariat peut se comprendre aux vues des évolutions sociétales avec la féminisation de la profession, la place des loisirs...

En Bretagne, des actions de formation à la PDS pour les étudiants en dernier cycle sont mises en œuvre. Il faut redéfinir le métier, raisonner en perte de chance pour le patient et s'adapter.

### Avenir/Préconisations

**Quel avenir pour la PDS ? Optimisme pour l'avenir de la PDS ? Quelles solutions souhaitables (améliorations à proposer) ?**

Le pilier de la PDS est la **REGULATION** ; les divers leviers peuvent être la défiscalisation et la rémunération pour motiver les jeunes médecins, l'**ORGANISATION** des gardes et la sécurisation du métier (intervention en binôme...). Il faut **fournir des moyens** tels que des MMG, le médecin



ne doit pas être seul. Par exemple, à la MMG de Lorient, 4h de secrétariat par jour sont utilisées (20H-00H) et la dispense d'avance de frais fonctionne.

**Seriez-vous prêts à renoncer à la participation à la PDS ? Est-ce une mission essentielle pour les médecins libéraux ?**

Non, la PDS fait partie des missions du médecin libéral (70% pensent que c'est une mission essentielle). Toutefois, la PDS reste un fardeau, il faut donc un **AMENAGEMENT, adapter la PDS** (MMG...)

**Conseilleriez-vous à un étudiant de médecine générale de s'installer en libéral ? Que pensez-vous des propositions de réforme de la formation des futurs généralistes ? (stage dans des structures type SOS ambulatoire, expérience de garde ambulatoire)**

Aujourd'hui, le libéral peut apparaître comme un « poids économique » (investissement pour s'installer...). Le tarif arrêté à 23 euros est trop faible. En comparaison à l'Allemagne et la GB, la médecine générale en France, ne coûte très peu (que 3% des dépenses d'assurance maladie et moins de 0,4 ETP). L'attrait pour le salariat peut se comprendre aux vues des évolutions sociétales avec la féminisation de la profession, la place des loisirs...

En Bretagne, des actions de formation à la PDS pour les étudiants en dernier cycle sont mises en œuvre. Il faut redéfinir le métier, raisonner en perte de chance pour le patient et s'adapter.

---

**ENTRETIEN AVEC LE CHEF DU PÔLE URGENCES DU CHU DE DIJON**

**Présentation de l'interlocuteur :** Chef de pôle Anesthésie-Réanimations Chirurgicales, Urgences et Médecine Légale, a participé activement au projet d'installation de la MMG.

**Contexte :** MMG adossée à la structure des urgences, ouverte en mars 2012.

- la médecine d'urgence est une spécialité, elle est détachée de la médecine générale
- la médecine générale est une discipline à part entière
- d'où : intérêt du filtre du généraliste. C'est un plus. Chacun fait son métier différemment (en dehors des grandes urgences bien orientées vers l'hôpital)

**Quelle définition de la PDSA ?**

Il s'agit de l'exercice de la médecine en dehors de la prise en charge des urgences. Aux urgences hospitalières, 2/3 de l'activité relèverait de la PDSA, activité qu'il faudrait donc externaliser.

**Comment est organisée la PDS ? Quelles sont vos relations avec les autres acteurs de la PDS ?**

Deux structures sont en concurrence : SOS Médecins et SOS 21. Elles représentent un lobbying qui pousse à une inflation d'activité. Le système est autorégulé. Les médecins se déplacent systématiquement. Cela répond aux attentes des patients : c'est confortable d'avoir un médecin qui se déplace. Cette organisation est pour lui une très mauvaise solution qui est onéreuse pour l'Assurance Maladie. Pour régler ce problème financier, « *je rêve d'une case visite non justifiée sur la feuille de soins* ».

A l'exception de SOS médecins, il n'y a pas d'astreinte en nuit profonde. L'activité de nuit profonde est peu importante. Pour une ville comme Dijon (agglomération : environ 250 000 habitants), il serait certainement possible de supprimer l'astreinte en nuit profonde car il n'y a plus de besoin effectif. Les besoins exceptionnels pourraient être pris en charge aux urgences.

A titre de comparaison, à Chalon-sur-Saône (environ 100 000 habitants) où il n'y a pas de SOS médecins, la population s'adresse à la MMG. Et il n'y a aucune activité en nuit profonde.

La MMG est une bonne solution. De nouveaux besoins sont nés, essentiellement liés au développement de l'urbanisation (horaires de travail jusqu'à 18h,..)

Il y a deux voies d'accès à la PDSA/MMG :

- La principale : le 15, numéro d'appel gratuit,<sup>38</sup> avec un assistant de régulation qui oriente les patients soit vers un médecin libéral de la MMG soit vers la structure des urgences.
- Autre voie : la structure d'accueil des urgences. Une régulation est effectuée par l'infirmier d'orientation et d'accueil (IAO). Le patient peut être réorienté vers la MMG qui se trouve sur le site de l'hôpital (l'IAO ne pourrait pas réorienter une personne hors de l'hôpital !). La question qui guide l'orientation est : « Est-ce que ce patient aurait pu voir son médecin traitant ? »

Les Urgences entretiennent de bonnes relations avec les autres acteurs de la PDS ; « chacun fait son travail ». Il y a une autorégulation. Il faut juste le bon médecin.

### **Qu'en est-il de l'implication des médecins libéraux dans la PDS aujourd'hui ?**

On pourrait penser que la PDSA telle qu'elle est organisée répond aux besoins de la population car chaque demande est honorée. Mais en fait, il y a des dysfonctionnements. En effet, en ville, un appel qui aurait pu attendre le lendemain sera pris en charge par SOS Médecins. En zone rurale par contre, une demande risque de ne pas être exprimée (ex : personne âgée) et en définitive conduire plus tard à une hospitalisation. Il n'y a pas assez de médecins en zone rurale.

### **Quel est votre avis sur les évolutions réglementaires (obligation individuelle à une obligation collective des médecins) ? Le système vous paraît-il contraignant ?**

Le volontariat est une ineptie et n'est pas compatible avec le serment d'Hippocrate.

### **Quel doit être le rôle du Conseil de l'Ordre dans la PDS ?**

Auparavant, l'Ordre des Médecins était essentiellement constitué de médecins libéraux. Orn y voit de plus en plus de médecins hospitaliers, ce qui contribue à créer des liens entre médecins. Le rôle du Conseil de l'Ordre serait de rappeler aux médecins leurs obligations déontologiques.

### **Pensez-vous que le rôle de l'ARS comme pilote de la PDS est pertinent ?**

L'ARS est autorité étatique. Son rôle comme pilote de l'organisation de la PDS est pertinent.

### **Participez-vous à la régulation ? Est-elle efficace sur votre territoire ?**

Il serait nécessaire d'évaluer la régulation en fonction des secteurs. Il conviendrait de définir des indicateurs de qualité.

### **La rémunération de la PDS est-elle satisfaisante ?**

Pour la PDS en établissement de santé : NON, une IADE d'astreinte gagne plus qu'un urgentiste. Pour la PDSA : OUI, surtout pour les médecins de SOS Médecins qui « gagnent bien leur vie »

---

<sup>38</sup> Le numéro de SOS Médecins est un numéro surtaxé.

**Pensez-vous qu'il y a des « abus » dans le recours à la PDS par les usagers (appels « inutiles »)? Faudrait-il des sanctions d'un usage abusif de la PDS ?**

OUI, il y a des « abus » dans le recours à la PDS. Des sanctions seraient une solution.

**Quel avenir pour la PDS ? Optimisme pour l'avenir de la PDS ? Quelles solutions souhaitables (améliorations à proposer) ?**

Un retour à une obligation serait solution, surtout dans les secteurs ruraux.

---

### **ENTRETIEN CHEF DE STRUCTURE D'URGENCES - CH d'Épernay**

**Présentation** : Praticien hospitalier en médecine d'urgence, chef d'une structure d'urgences et président de la Commission Médicale d'Établissement.

**Quelle est pour vous la définition de la PDSA ? Comment est-elle organisée ? Une resectorisation a-t-elle eu lieu dans votre région et est-elle adaptée ?**

Un grand changement a eu lieu au cours des années de 2003-2005 : « *Désormais, la Permanence des Soins des Médecins Généralistes est fondée sur le volontariat. Elle bénéficie d'une régulation. L'amplitude de la permanence de nuit n'est plus obligatoirement de 20Hs à 8H du matin, elle peut être fractionnée. Les secteurs de garde sont modifiés selon les besoins de la population.* »

Il doit pouvoir être proposé à toute personne qui en a le besoin d'accéder à une réponse médicale adaptée sans délai. Cela ne signifie pas pour autant en urgence. Il peut s'agir d'une demande pour apaiser une inquiétude. L'organisation de la PDSA doit être pyramidale, structurée et interconnectée entre tous les acteurs.

L'esprit du changement opéré depuis 2003 et de la nouvelle réglementation est une rationalisation de la PDSA basée sur une régulation médicale forte, apportant une réponse adaptée et graduée aux demandes et besoins des usagers :

- Conseil médical par téléphone
- Prescription à distance (télé-prescription : ordonnance faxée à la pharmacie de garde)
- Consultation au cabinet ou Maison Médicale de Garde
- Visite au domicile

En Champagne-Ardenne, la régulation de l'ensemble de la PDS est effectuée par le Centre 15 avec la présence de médecins libéraux aux heures de la PDSA. Le Centre 15 fait un premier tri entre les demandes relevant de l'urgence dite hospitalière et celles relevant de la PDS ambulatoire, orientée vers un médecin libéral. Il tempore, donne des conseils médicaux. Notre interlocuteur nous précise que le 15 n'est pas propre à la PDS, il intervient toute la journée. La régulation en Champagne-Ardenne est bi départementale : un Centre 15 pour les 2 départements du nord de la Région et un Centre 15 pour les 2 départements du sud.

En nuit profonde, il y a un report automatique de la PDS ambulatoire sur la PDS hospitalière. Selon ses termes, nous sommes à l'époque de la génération spontanée.

Avant 2003, la réponse aux appels des usagers était fonction de l'implication médecin de garde : soit déplacement au domicile, soit consultation au cabinet, soit conseil téléphonique.

Depuis la réforme, il nous précise que les interventions (déplacements au domicile et consultation au cabinet) ont chuté de 50 à 70 % sur certains secteurs. Cette baisse est principalement constatée sur le nombre de visites à domicile du fait de la régulation. En effet, un appel au Centre 15 ne signifie pas obligatoirement un déplacement au domicile de la personne.

**Quel est votre avis sur les évolutions réglementaires (d'obligation individuelle à une obligation collective des médecins) ? Le système vous paraît-il contraignant ?**

Il y a un paradoxe. Dans le code de déontologie des médecins, l'article 77 du Code de Déontologie Médicale précise qu'« Il est du devoir du Médecin de participer à la Permanence des Soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent », alors que dans le code de la santé publique, la PDS est basée sur le volontariat ;

L'obligation est donc ordinale, de même que la responsabilité. Les tableaux de garde sont réalisés par les CDOM. En cas de difficultés, il fait appel aux URPS qui lancent des appels auprès des médecins. En cas d'échec, le tableau incomplet est transmis à ARS, qui demande au Préfet de procéder à des réquisitions. Cependant, malgré les réquisitions, un certain nombre de médecins libéraux ne répondent pas favorablement. La population a pris l'habitude de ne plus avoir de médecins libéraux de garde.

**Qu'en est-il de l'implication des médecins libéraux dans la PDS aujourd'hui ?**

L'implication des médecins libéraux est différente du fait :

- diminutions des secteurs, les secteurs sont trop grands
- changement de philosophie du médecin de garde, c'est le patient qui se déplace. Le patient réfléchit donc à deux fois avant d'appeler.
- se pose le problème de la pharmacie de garde après la consultation du praticien : Dans le sud du département de la Marne par exemple, il n'est pas rare de devoir faire 30 à 40 km pour aller voir le médecin, puis autant pour aller à la pharmacie de garde.
- la régulation a changé les modes d'interventions
- les raisons financières

**Le financement de la PDS est-il satisfaisant ?**

Il existe une opposition de logiques : la PDS est une mission de service public mais on l'oppose à une contrainte financière qui va à l'encontre de l'objectif (égalité de soins pour tous). Pour une personne seule, il est régulièrement fait appel à une ambulance pour la transporter à l'hôpital parce qu'aucun médecin libéral ne s'est déplacé. Entre service public et efficacité, le traumatisme peut être important pour l'utilisateur notamment lorsqu'il s'agit d'une personne âgée. L'objectif de la PDSA est-il atteint ?

On peut se demander où sont passés les malades qui faisaient appel aux médecins libéraux de garde. Il y a un lobbying médical important. Certains médecins demandent encore à leurs patients de les appeler en cas de besoin, agissant ainsi en dehors de toute régulation et donc de la PDS « officielle ».

Le débat sur la PDSA est tronqué, on a autorisé aux médecins ce qu'ils voulaient, ils font ce qu'ils veulent au prix qu'ils veulent.

SOS Médecin est une organisation qui crée son offre de soins : un appel donne lieu à un déplacement de médecin quasi systématiquement. Cette association a une place particulière en dehors de l'offre de soins classique et a un mode de régulation qui lui est propre. Le paiement se fait à l'acte. La plupart du temps, le médecin ne touche pas le forfait d'astreinte prévu par les textes, SOS Médecins ne s'inscrivant pas dans la PDS « officielle ». Ils ont un pouvoir important auprès des politiques.

**QUID des actes médico-légaux ?**

Selon le nouveau schéma directeur, il faut distinguer deux structures dédiées à la médecine légale (thanatologie et médecine du vivant) qui sont redéfinies dans la circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale :

- la médecine légale du vivant (Unité médico-judiciaire - UMJ),
- la médecine légale du mort (Institut médico-légal - IML).

Ces structures sont implantées dans les établissements publics de santé. Elles font dorénavant l'objet d'un paiement forfaitaire annuel sur les crédits du Ministère de la Justice. Une convention entre les ministères de la santé et de la justice définissent les crédits nécessaires au financement et sont gérés directement par le ministère de la justice.

La médecine médico-légale est faite (en cas de garde à vue et/ou de mort suspecte) sur réquisition. Dans les secteurs ruraux, cela est problématique quand il y a qu'un seul médecin en IML pour un large secteur géographique.

Lorsqu'il s'agit d'un décès naturel, il n'y a pas d'urgence. Cela ne relève donc pas de l'aide médicale urgente. Mais, pour éviter au médecin libéral de garde de sortir pour constater un décès, il est précisé au Centre 15 que le patient est en arrêt cardiaque, le SMUR est alors déclenché.

### **Quelles sont les relations entre la PDS ambulatoire et l'Hôpital dans votre région ?**

En région Champagne-Ardenne, la PDSA couvre la période de 20H à minuit, puis l'hôpital prend le relais de minuit à 8H. Il n'y a pas d'augmentation d'activité significative aux urgences, moins 5 %. Le volume d'activité reste faible en nuit profonde. 2 urgentistes sont présents à l'hôpital : un pour l'activité au sein du service des Urgences, l'autre pour assurer les sorties SMUR.

Toutefois, il nous fait part de son inquiétude pour les sujets âgés qui ne peuvent plus se déplacer, selon lui il serait bien de préserver un effecteur ambulatoire. Il regrette également qu'il n'y ait pas de coordination entre la PDSA et le l'hôpital. « L'une ferme ses portes, l'autre les ouvrent » Il déplore qu'il n'existe pas de passerelles entre la médecine de ville et l'hôpital.

Les Maisons Médicales de Garde dans les locaux de l'hôpital ne sont pas toujours plébiscitées. Peut être s'agit-il de la peur « de perdre des malades », de la patientèle ? Il se crée une peur de la concurrence. Pourtant, cette organisation a du sens, elle offre une disponibilité, adaptée aux patients dont une partie consulterait aux urgences l'autre à la MMG. S'implanter à côté des urgences de proximité permet un transfert de la MMG à l'hôpital et vice et versa, une complémentarité jouant dans les deux sens, une filière d'ensembles de soins, logique.

Au CH d'Épernay, une Maison Médicale de Garde est située à 50 m des Urgences dans des locaux mis à disposition par l'hôpital. Chaque week-end, environ 2 personnes sont orientées par la Maison Médicale de Garde aux Urgences et 2 le sont des Urgences vers la Maison Médicale de Garde. Il n'a été constaté aucune perte d'activité pour le service des urgences.

### **Un médecin interne peut-il exercer dans le cadre de la PDS ?**

OUI, dès lors que l'interne dispose d'une licence de remplacement qui lui est attribuée en fonction de son ancienneté dans son cursus. Dans ce cas précis, l'interne agit seul.

---

## **ENTRETIEN MEDECIN URGENTISTE CHU BREST**

**Présentation de l'interlocuteur :** médecin urgentiste, a été médecin libéral pendant 5 ans

### **Comment est organisée la PDS ? Quelles sont vos relations avec les autres acteurs de la PDS ?**

Le médecin urgentiste nous explique le rôle crucial que détient SOS Médecins sur Brest. Toutefois, il dresse aussi les limites de ce dispositif : ces médecins interviennent uniquement dans les grandes villes et seulement pour certaines pathologies. Il nous décrit un système saturé, et un nombre de passages aux urgences qui ne cesse d'augmenter. Les places en urgences chirurgicales font notamment défaut.

Il observe une pression croissante qui pèse sur les soignants, liée à l'attente trop longue aux urgences et à la peur de mal faire leur travail.

**Qu'en est-il de l'implication des médecins libéraux dans la PDS aujourd'hui ?**

Il constate une démobilité grandissante des médecins de ville depuis les 35 heures, mais aussi en raison de la féminisation (exercice à temps partiel...) et de la désacralisation du métier de médecin.

**Participez-vous à la régulation ? Est-elle efficace sur votre territoire ?**

Selon lui, la régulation se résume à un métier de « standardiste ».

**La rémunération de la PDS est-elle satisfaisante ?**

Les gardes devraient être rémunérées au forfait, et non à l'acte, afin d'éviter toute tentation de « rendement ». Il compare les rémunérations des régulateurs et des effecteurs proposées dans le cahier des charges récemment arrêté par l'ARS, à celles d'un médecin urgentiste qui ne perçoit qu'un complément de 250 euros brut pour 14 heures, en plus du salaire.

Par ailleurs, il nous explique que le mode de paiement aux urgences, basé sur le tiers payant mutuelle, évite aux patients de faire des avances de frais, alors que dans un système type SOS médecins, le patient est tenu de rémunérer le médecin 70 euros, juste après avoir reçu les soins.

**Pensez-vous qu'il y a des « abus » dans le recours à la PDS par les usagers (appels « inutiles »)? Faudrait-il des sanctions d'un usage abusif de la PDS ?**

Il dénonce la mauvaise coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. En effet, il souligne que l'accueil des urgences représente seulement 5% de cas « graves » : le reste pourrait être pris en charge par la médecine de ville. Toutefois, il reconnaît que l'hôpital trouve son intérêt dans la prise en charge de cas moins lourds, ce qui lui permet de prendre en charge plus de patients et possiblement d'accroître ses recettes depuis l'instauration de la tarification à l'activité (T2A).

Il estime que l'hôpital hérite des patients « non rentables ».

**Quel avenir pour la PDS ? Optimisme pour l'avenir de la PDS ? Quelles solutions souhaitables (améliorations à proposer) ?**

Pour lui, la solution serait de proposer une forme de salariat aux médecins qui assurent la PDS. Par exemple, dans les régions d'outre-mer, les effecteurs mobiles sont salariés d'un dispensaire.

Il n'est pas certain que des mesures coercitives puissent améliorer le système de PDS. En effet, il doute de la qualité de soins qui pourraient être dispensés par des médecins qui ne seraient pas volontaires.

---

**ENTRETIEN MEDECIN REGULATEUR LIBERAL SAMU CHU BRETAGNE**

**Présentation de l'interlocuteur :** un médecin régulateur libéral du CHU. Il est chargé de réguler les demandes de permanence des soins (PDS). Il travaille en collaboration avec un médecin régulateur hospitalier qui est chargé de réguler les demandes d'intervention sur les soins d'aide médicale urgente (AMU). Une secrétaire médicale est chargée de trier les appels des patients et de les orienter vers l'un des deux médecins régulateurs.

**Comment est organisée la PDS ? Quelles sont vos relations avec les autres acteurs de la PDS ?**

Le médecin nous a évoqué la place importante que tenait SOS médecins en milieu urbain. Toutefois, il nous a aussi parlé des limites de ce dispositif, puisque les médecins ne parviennent

plus à répondre à toutes les demandes. Par ailleurs, il évoque le risque de refus de soins de la part de SOS médecins lorsque les patients ne sont pas solvables.

Il nous a parlé de l'importance de la régulation dans l'efficacité du système de permanence des soins français. En effet, il souligne qu'il est moins cher d'avoir un régulateur sur le département plutôt que d'avoir des médecins dans chaque commune pour répondre aux appels des patients.

**Une resectorisation a-t-elle eu lieu ? La taille du secteur semble-t-elle adaptée aux besoins des usagers ?**

Le médecin partage les doutes du médecin régulateur hospitalier sur la mise en œuvre du cahier des charges, et notamment sur le fonctionnement d'une permanence des soins avec des effecteurs fixes et mobiles.

**Pensez-vous que le rôle de l'ARS comme pilote de la PDS est pertinent ?**

Il estime que l'ARS prend des décisions sur la base de « statistiques » et les généralise sur tout le territoire. Il dénonce un manque de connaissance du terrain. Pour lui, l'objectif de la nouvelle organisation de la PDS est de faire des économies, en oubliant sa mission première qui est de répondre aux besoins de soins non programmés.

**La rémunération de la PDS est-elle satisfaisante ?**

Il constate que les délais de paiement se sont allongés.

**Les conditions de sécurité et responsabilité impactent-elles votre implication dans la PDS ?**

Il a souligné les risques qu'encourt un effecteur qui serait appelé sur un autre secteur que le sien pour compenser l'absence de médecin de garde sur ce territoire. En effet, les assurances pourraient ne pas le dédommager en cas d'incident.

Par ailleurs, les médecins prennent des risques en se déplaçant seuls la nuit. La taille des secteurs est bien trop grande.

**Pensez-vous qu'il y a des « abus » dans le recours à la PDS par les usagers (appels « inutiles »)? Faudrait-il des sanctions d'un usage abusif de la PDS ?**

Il a constaté que la régulation recevait moins d'appels. Il en conclut que le patient sait désormais qu'il ne peut plus faire appel à un médecin la nuit pour des soins non urgents. Les usagers pensent que leur interlocuteur est un médecin d'astreinte qui va se déplacer à leur domicile.

En revanche, il nous explique que les patients sont plus en plus procéduriers. Il est nécessaire de conserver les enregistrements des communications, afin de pouvoir justifier de la réponse apportée au patient en cas de litige.

**Seriez-vous prêts à renoncer à la participation à la PDS ? Est-ce une mission essentielle pour les médecins libéraux ?**

Il justifie son implication dans la PDS par une éthique personnelle et professionnelle. Il reconnaît aussi que la régulation lui permet d'avoir un revenu complémentaire tous les mois.

**Conseilleriez-vous à un étudiant de médecine générale de s'installer en libéral ?**

Pour lui, la professionnalisation de la PDS ne doit pas intervenir dès la sortie de l'université. Le jeune médecin doit d'abord « faire ses armes » et consolider ses compétences. Il trouve important que des externes accompagnent le SMUR dans les gardes.

**Présentation de l'interlocuteur :** un médecin régulateur hospitalier du CHU de Brest. Il est chargé de réguler les demandes d'aide médicale urgente (AMU). Il travaille en collaboration avec un médecin régulateur libéral qui est chargé de réguler les demandes d'intervention sur les soins non programmés non urgents (PDS). Une secrétaire médicale est chargée de trier les appels des patients et de les orienter vers l'un des deux médecins régulateurs.

**Quel est votre rôle dans la PDS ? Comment est organisée la PDS ? Quelles sont vos relations avec les autres acteurs de la PDS ?**

Le médecin nous explique que le département du Finistère est à ce jour divisé en 67 secteurs où la permanence des soins est assurée de manière hétérogène : certains médecins effecteurs assurent la garde toute la nuit, d'autres finissent à minuit. Dans ce contexte, la présence de SOS médecins en milieu urbain évite un afflux trop important de patients aux urgences. Par ailleurs, le médecin nous a indiqué qu'il existait des « zones blanches » sur le département. Dans ces « secteurs », les patients sont à plus de trente minutes d'un système médicalisé d'urgence et de réanimation (SMUR).

Le médecin régulateur hospitalier s'interroge sur la prise en compte de l'humain dans le système actuel: quid des personnes décédées à 00h15 alors que le médecin termine sa garde à minuit? Il dénonce un système de plus en plus « technique, technocratique, déshumanisé».

**Une resectorisation a-t-elle eu lieu ? La taille du secteur semble-t-elle adaptée aux besoins des usagers ?**

Le médecin a évoqué le nouveau cahier des charges arrêté par l'ARS en mars 2012, qui entrera en application le 1 juin 2012. Lors des négociations, l'association départementale de l'organisation et de la permanence des soins du Finistère (ADOPS 29) souhaitait que les médecins n'effectuent pas de garde après 20h. Les trois autres ADOPS de la région Bretagne souhaitaient que la PDS se termine à minuit. Selon le médecin régulateur que nous avons rencontré, les revendications de l'ADOPS29, qu'il qualifie d'« excessives », avaient pour objectif de montrer à l'ARS que son projet ne répondait pas aux attentes des médecins libéraux.

Selon lui, l'ARS a voulu harmoniser l'organisation de la PDS sur l'ensemble de la région, sans tenir compte des disparités territoriales. Or, il a insisté sur les spécificités du département du Finistère qui est très étendu et qui est le deuxième département de la région en termes de population.

Dans son nouveau cahier des charges, l'ARS a arrêté une nouvelle sectorisation du territoire. Le département du Finistère passe de 67 secteurs à 13. Il estime que ce chiffre n'est pas adapté aux besoins des habitants puisque ces nouveaux secteurs sont trop étendus, ce qui empêchera le médecin effecteur de pouvoir assurer ses interventions en toute sécurité et dans des délais raisonnables. Par ailleurs, le nouveau cahier des charges prévoit la présence de 2 effecteurs fixes et mobiles dans chaque département, à l'image de l'expérimentation de la Loire-Atlantique qui dispose de 5 effecteurs volants. Pour lui ce nombre d'effecteurs mobiles est insuffisant. Il préconise qu'un effecteur fixe arrête à minuit et qu'un effecteur mobile continue jusqu'à 8h dans chaque secteur.

**Quel doit être le rôle du Conseil de l'Ordre dans la PDS ? Pensez-vous que le rôle de l'ARS comme pilote de la PDS est pertinent ?**

Le médecin régulateur nous explique que le Conseil de l'Ordre devrait être aux « premières loges » du pilotage de la PDS mais qu'il se cantonne à constituer les tableaux de garde.

**Les conditions de sécurité et responsabilité impactent-elles votre implication dans la PDS ?**



Le médecin que nous avons rencontré a évoqué avec nous la possibilité d'un « professionnalisation de la nuit profonde », et notamment des jeunes médecins. Il nous a exprimé ses craintes pour la sécurité du médecin effecteur et pour la qualité des soins. En effet, en nuit profonde, l'activité est réduite et le risque est de faire face à un manque de pratique de la part de ces praticiens. De plus, il considère que la fatigue et le nombre de kilomètres parcourus en nuit peuvent mettre en danger le médecin comme le patient.

---

### **ENTRETIEN SOS MEDECINS BREST**

**Présentation des interlocuteurs :** deux médecins généralistes exerçant à SOS Médecins depuis sa création à Brest (environ 15 ans).

#### **Quel est votre rôle dans la PDS ?**

SOS Médecins est créé 1965 par le Dr Lascart constatant qu'il était plus simple de recourir à un plombier qu'à un médecin en-dehors des heures d'ouvertures des commerces et cabinets. L'objectif premier de SOS Médecins était donc de répondre aux appels des patients en-dehors des heures d'ouverture des cabinets. Aujourd'hui, SOS Médecins fonctionne 24h/24 et non uniquement en période de permanence des soins (PDS) sinon cela ne serait pas viable financièrement et peu performant car les médecins feraient peu d'actes. L'organisation et le nombre de médecins sont adaptés en fonction de l'activité (ex : pic épidémique...). En période « normale », cela nécessite six médecins pour couvrir 24 heures.

#### **Comment est organisée la PDS ? Quelles sont vos relations avec les autres acteurs de la PDS ?**

L'organisation de la PDS est basée sur le cahier des charges régional arrêté par l'ARS et en cours d'application.

SOS Médecins est reconnu dans ce document comme un acteur « officiel » de la PDS. SOS Médecins apparaît donc sur les tableaux de garde constitués par le Conseil de l'ordre. Ils couvrent les secteurs urbains de la Bretagne (sauf dans les Côte d'Armor où est implantée une Maison Médicale de Garde), et conservent donc leurs secteurs antérieurs.

Le week-end, un partenariat a été conclu avec une association de médecins libéraux de Brest pour assurer des consultations dans les locaux de SOS Médecins.

Les locaux de SOS Médecins sont localisés directement à la sortie du CHU de Brest, cependant aucun partenariat n'existe à ce jour avec les Urgences du CHU. En application de la réglementation, une convention régit l'interconnexion du standard de SOS Médecins avec le Centre 15. Dans les faits, les médecins libéraux assurant la régulation de la PDS ambulatoire dans les locaux du Centre 15 redirigent un certain nombre d'appels (environ 4000) sur le standard de SOS Médecins. Mais pour les médecins de SOS Médecins, les médecins libéraux régulateurs n'ont pas la même philosophie de l'activité non programmée : soit il s'agit d'une urgence qui relève de l'aide médicale urgente (AMU), soit ce n'est pas une urgence et le patient peut donc attendre le lendemain.

#### **Une re-sectorisation a-t-elle eu lieu ? La taille du secteur semble-t-elle adaptée aux besoins des usagers ?**

Une re-sectorisation est effectivement prévue dans le cahier des charges régionales.

Celle n'aura pas d'impact sur l'activité de SOS Médecins dans la mesure où leurs secteurs n'ont pas été modifiés. Ceux-ci ne souhaitent donc pas se prononcer sur la bonne adéquation de la taille des secteurs.

Il semble que cela pose plus de difficultés pour les secteurs ruraux qui ont vu leur taille augmenter (passage de 67 secteurs à 13) et donc pour les associations de médecins libéraux concernés.

**Quel est votre avis sur les évolutions réglementaires (obligation individuelle à une obligation collective des médecins) ? Le système vous paraît-il contraignant ?**

Nos interlocuteurs nous expliquent que l'instauration du volontariat en 2003 a conduit selon eux à un changement d'idéologie des médecins libéraux qui privilégient une réponse par téléphone (régulateur) sur les déplacements au chevet du patient (effecteur).

**Qu'en est-il de l'implication des médecins libéraux dans la PDS aujourd'hui ?**

Selon SOS Médecins, il y a une démobilisation des médecins libéraux orchestrée par les ADOPS. En effet, la PDS est définie comme une mission de service public dans les textes, donc ce n'est plus aux médecins libéraux de l'assurer.

De plus, auparavant les médecins libéraux utilisaient la PDS pour constituer leur patientèle et avoir des revenus supplémentaires. Aujourd'hui, le nombre de médecins généralistes libéraux a fortement diminué dans certaines régions, à tel point que les patients ont du mal à trouver un médecin traitant. Les médecins libéraux n'ont donc plus besoin d'effectuer des gardes pour constituer leur patientèle.

Nos interlocuteurs nous précisent que les médecins de SOS Médecins ne sont pas médecins traitants. Il n'existe donc pas selon eux de lien de clientélisme avec les patients.

Ils estiment également que les conditions de sécurité dans certains quartiers peuvent décourager certains libéraux à exercer une activité de PDS.

Enfin, selon eux, les incitations financières proposées dans le cahier des charges de l'ARS n'attirent pas les médecins libéraux qui aspirent à une qualité de vie et se satisfont de leur rémunération liée à leur activité principale.

**Pensez-vous que le rôle de l'ARS comme pilote de la PDS est pertinent ?**

Selon eux, l'ARS est certainement l'institution la plus pertinente pour organiser la PDS. Elle est « désyndicalisée » au niveau médical et apparaît neutre.

**Participez-vous à la régulation ? Est-elle efficace sur votre territoire ?**

SOS Médecins ne participe pas à la régulation de la PDS ambulatoire. Leur activité n'est pas régulée par le Centre 15. Cependant, leurs standards sont interconnectés : le médecin libéral régulateur transmet le numéro de téléphone de SOS Médecins aux patients ou passe directement la communication.

**La rémunération de la PDS est-elle satisfaisante ?**

Les médecins de SOS Médecins sont payés à l'acte, comme tout autre médecin participant à la PDS.

Etant reconnu officiellement dans le cahier des charges régional, les médecins de SOS Médecins perçoivent également un forfait d'astreinte. Ils ont demandé à percevoir le montant réglementaire soit 150€.

A contrario, ils nous précisent que les médecins libéraux ont négocié un montant de 750€ pour le médecin libéral effecteur et de 850€ médecin libéral régulateur.

**Pensez-vous qu'il y a des « abus » dans le recours à la PDS par les usagers (appels « inutiles »)? Faudrait-il des sanctions d'un usage abusif de la PDS ?**

Selon eux, il y a encore quelques abus mais beaucoup moins qu'il y a 20 ans.

**Quel avenir pour la PDS ? Optimisme pour l'avenir de la PDS ? Quelles solutions souhaitables (améliorations à proposer) ?**

SOS Médecins est optimiste sur l'avenir de la PDS ambulatoire.

Les conditions d'exercice à SOS Médecins permettent de répondre aux craintes d'isolement professionnel des jeunes médecins. En effet, le médecin de garde peut à tout moment contacter l'un de ses confrères pour toute question.

**Que pensez-vous des propositions de réforme de la formation des futurs généralistes ? (stage dans des structures type SOS ambulatoire, expérience de garde ambulatoire)**

SOS Médecins accueille désormais des étudiants en médecine.

La formation des médecins à « l'urgence » a évolué : création d'un DESC Médecine d'Urgence et d'un DU Urgence à domicile.

---

**ENTRETIEN UFC-QUE CHOISIR ?**

**Présentation de l'interlocuteur :** chargé de mission Santé au sein du département des études.

**UFC Que Choisir :** association de consommateur et d'usagers de la santé depuis 60 ans, 150000 adhérents -150 associations locales- 120 salariés au siège.

Notre interlocuteur appartient au service économique-questions de santé, est économiste de la santé de formation et vient du secteur des mutuelles de santé.

En préparation de l'entretien, il a interrogé les antennes locales et ses réponses sont basées sur ces retours.

**Ses constats :**

« **Manque d'information de la population sur la PDSA** »: comment ça fonctionne? Quand on appelle le 15, qui répond? Quel lien avec les urgences ? Qu'est-ce qui relève de la PDSA et des urgences? Il faudrait aussi faire connaître les MMG.

« **Manque de lisibilité de la PDSA** »

Cette information permettra également de sensibiliser les personnes sur le bon usage de la PDSA et permettre le recours à bon escient (ne pas aller aux urgences si inutile).

Il faut communiquer pour faire connaître et expliquer la PDSA au public.

« **Dédramatiser le recours à la PDSA** »

Pour beaucoup d'usagers, appeler le 15, "c'est pour les urgences graves".

Il faut dédramatiser le recours à la PDSA en expliquant que la réponse peut se limiter à un appel (conseil).

**Les autres points d'améliorations:**

**Tiers payants :** son absence peut être un obstacle pour les 10-20% des personnes les moins favorisées pas pour la majorité de la population qui préfère éviter l'attente aux urgences, encore fut il que le système soit clair/lisible.

**Médecins volants :** l'expérimentation sur les Pays de Loire est à priori coûteuse mais fonctionne bien.

**MMG :** les professionnels ont le sentiment que les MMG adossées aux hôpitaux sont utilisées comme variable d'ajustement des urgences non pas selon les besoins médicaux mais selon le degré de saturation de celles-ci (les patients qui devraient aller à la MMG sont vus aux urgences

quand il y a peu d'activité). Donc nécessité de définir plus clairement les rôles respectifs MMG/Urgences

**Transports** : les patients pensent que si ils utilisent un transport sanitaire celui-ci sera pris en charge si ils se rendent aux urgences, et pas pour aller à une MMG. Est-ce une croyance ou bien la réalité? Il faut clarifier cela.

**Médicaments** : il faudrait que les MMG disposent d'un "stock" de médicaments pour éviter d'aller à la pharmacie de garde parfois très éloignée (surtout en milieu rural).

**Disparités entre territoires** : le temps d'attente pour accéder à la PDSA est très variable selon le territoire, par exemple entre des villes disposant d'un "SOS médecins" et les campagnes. C'est un facteur d'inégalité.

**Déserts médicaux** : sur ce point (et pas uniquement pour l'aspect PDSA), l'UFC Que Choisir considère que le financement public de la santé (SS) crée, outre la déontologie, une obligation de service public pour les médecins et que le conventionnement ou non des nouveaux installés devrait dépendre de la densité médicale sur le territoire concerné.

**Devoir des usagers** : le bon usage du système de soins, y compris la PDSA, doit aussi être un axe de communication

**ARS**: en général, plutôt un bon retour des associations locales sur le niveau de concertation avec les usagers (cela n'est pas spécifique à la PDSA).

**PDSA en nuit profonde** : nous l'avons questionné sur la spécificité de la PDSA en nuit profonde, notamment suite à la décision de 3 ARS de ne pas poursuivre la PDSA en nuit profonde. Pas de position tranchée sur le sujet mais il disposait de données de 2007 qui montraient la disparité des besoins. Le nombre d'actes en nuit profonde sur les secteurs de Nantes/Saint-Nazaire (agglomération et présence de SOS médecin) était de 5/100000 habitants vs 0,3/100000 en Mayenne (rural essentiellement).

**En conclusion** : le besoin principal identifié porte sur l'information du public

---

### **ENTRETIEN CISS (Téléphonique)**

**Présentation de l'interlocuteur** : Mme L. Chargée de mission Assurance Maladie CISS –

**Présentation de l'interlocuteur** : chargée de mission Assurance Maladie CISS – Collectif Interassociatif Sur la Santé

**Présentation du CISS** : le CISS est un collectif de 37 associations.

Le CISS est plutôt critique sur le niveau de l'organisation de l'offre de soins en ville (ce qui englobe la PDSA) en raison de la désertification médicale. Le CISS souhaiterait que l'installation des médecins soit régulée en interdisant celle-ci dans les zones « sur denses ».

En raison de son rôle de collectif, le CISS n'a pas de contact direct avec les membres des associations sauf dans le cadre des appels reçus sur sa plateforme téléphonique « santé info Droit ». Les usagers qui appellent cette plateforme reçoivent des conseils de juristes.

Les typologies des appels sont enregistrées et le CISS constate/ressent une augmentation des témoignages concernant les problèmes d'accès aux soins (cependant valeur absolue et évolution du nombre de témoignages non connue). Les usagers auraient en effet de plus en plus de problème d'accès aux soins quand les cabinets médicaux sont fermés. Cela est lié selon eux à la baisse de la démographie médicale et à la mauvaise connaissance du circuit de la PDSA par les usagers. Le CISS craint que cette dégradation puisse entraîner un risque de perte de chance.

En ce qui concerne les relations avec les ARS, elles sont plutôt bonnes mais très variables selon les régions, notamment pour les conférences de territoires.

### ENTRETIEN SOS MEDECIN NANTES

La structure SOS Médecins est implantée à Nantes depuis 1976. Elle couvre la permanence des soins ambulatoire de 15 communes (environ 600 000 habitants). Elle travaille en étroite collaboration avec SOS Médecins Saint-Nazaire qui couvre une zone d'environ 200 000 habitants. Au global, ces deux structures couvrent les deux tiers de la population de Loire Atlantique (1 250 000 habitants). SOS Médecins n'intervient qu'en milieu urbain.

En milieu rural, c'est l'ADOPS, une association de médecins généralistes, qui prend en charge les secteurs non couverts par SOS Médecins soit une population d'environ 450 000 habitants. Le système fonctionne avec un effecteur mobile et une maison médicale de garde désignée comme point fixe.

Monsieur GUERIN nous indique qu'une zone expérimentale non couverte par SOS Médecins est prise en charge par des effecteurs mobiles qui se déplacent sur un territoire assez vaste. Ces effecteurs mobiles bénéficient de forfaits d'astreinte plus élevés en contrepartie d'actes moins nombreux.

SOS Médecins Nantes dispose de 2 centres de consultations fixes pour lesquels travaillent 41 médecins et d'un centre de consultation pour SOS Médecins Saint-Nazaire pour 15 médecins. Ces centres accueillent le public pendant les heures de la permanence des soins. Des effecteurs mobiles avec des véhicules identifiés s'ajoutent à ce dispositif. Les médecins salariés de SOS médecins travaillent exclusivement pour cette structure.

Nantes et Saint-Nazaire possèdent chacun un centre d'appel particulier reconnu en tant que centre de régulation médicale de la permanence des soins (numéro de téléphone : 3624). Cependant, les régulateurs SOS Médecins ne sont pas rémunérés comme le sont les régulateurs du 15, ils sont payés par leur structure et effectuent leur permanence de régulation à tour de rôle (1 fois tous les 20 jours environ). Quant aux effecteurs, ils bénéficient d'une indemnité d'astreinte versée via l'Agence Régionale de Santé en plus de leur rémunération à l'acte.

Une convention existe entre SOS Médecins et le SAMU du centre 15, validée par l'ARS.

#### **Pour les usagers qui appellent le centre 15 :**

Intervention du régulateur de l'Aide Médicale Urgente (AMU)	
<u>OU</u>	
Intervention d'un régulateur généraliste libéral	} Conseil téléphonique
	} <u>OU</u>
	} Envoi ambulance / pompiers
	} <u>OU</u>
	} Transfert appel au 3624
	} Conseil téléphonique
	} <u>OU</u>
	} Effecteur mobile
	} <u>OU</u>
	} Centre de consultation fixe

Le Docteur GUERIN indique ne pas souhaiter fusionner leur régulation avec celle du centre 15 car les interventions seraient communes.

Selon lui, le taux d'hospitalisation relevé suite à l'intervention de SOS Médecin est d'environ 6 à 8 % et le taux de conseil sans déplacement serait de 20%.

L'intérêt de SOS Médecins réside dans la prise en charge des patients à domicile face à une population vieillissante. Il met en avant le service rendu ainsi que le moindre coût de prise en charge.

Les praticiens SOS Médecins sont des médecins conventionnés en secteur 1 tout comme la médecine de ville traditionnelle.

Le système ne pourrait, selon lui, pas être mis en œuvre dans les zones rurales étendues et à faible densité de population. Dans ce cas, les effecteurs mobiles sont plus adaptés.

Il est admis qu'il y a une inégalité d'accès aux soins en milieu rural et urbain mais il n'y a plus guère de médecin généraliste volontaire pour assurer la permanence des soins ambulatoire en milieu rural depuis une dizaine d'années. Les médecins n'ont plus envie de s'installer à la campagne.

---

## **ENTRETIEN SOCIOLOGUE DE LA SANTE**

**Présentation de l'interlocuteur :** Il a été Président du Comité de Qualité et de Coordination des Soins en Bretagne en tant que personne qualifiée (3 ans 2007-2010). Cet organisme en place avant les ARS et qui réunissait URCAM, professionnels libéraux, avait pour mission l'organisation des réseaux de santé, les expérimentations, la PDS et la coopération ainsi que de gérer des crédits du FIR. Il est actuellement une des Personnalités qualifiées siégeant au Conseil de Surveillance de l'ARS Bretagne. Il a mené des enquêtes avec l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) et notamment une sur la question de savoir si les MMG ne pouvaient pas être des noyaux de coopération future ?

Il a aussi écrit un ouvrage sur la médecine générale : « Singulier généraliste. Sociologie de la médecine générale »

### **Historique de la PDS :**

C'est un problème récent qui s'accompagne d'un changement dans la conception de la pratique. Depuis 2003, la PDS ne figure plus dans le code de déontologie médicale, ce retrait devait permettre à la sécu de rémunérer et indemniser la PDS (alors qu'auparavant ça dépendait de leur conscience professionnelle) c'était aussi une des revendications des médecins dans le mouvement de grève de 2001-2002. Par la suite le nombre de visites diminue drastiquement, les médecins ne veulent plus se déplacer, ils ne veulent plus être au service de leur patientèle.<sup>39</sup> Il évoque l'existence d'un Observatoire de la PDS en Midi-Pyrénées (au sein de l'ARH) qui a proposé une importante réflexion sur le sujet. Il évoque aussi comme source possible l'observatoire national de la démographie des professions de santé et la DREES.

### **Ses réflexions sur la PDS :**

Il cite une enquête réalisée en Bretagne qui montre que 46% de l'activité de PDS est réalisée en dehors du dispositif de PDS c'est-à-dire sans régulation.

---

<sup>39</sup> Selon des chiffres du syndicat de généralistes MG France, le nombre de visites à domicile (jour et nuit) est passé de 75 millions en 2002 à 35 millions en 2011

Il s'étonne de la position de SOS médecin en dehors du dispositif (alors qu'ils gèrent presque toute la PDS en ville), et donc pas soumis à la régulation : « c'est invraisemblable » précise t'il. La PDSA en ville échappe au système, c'est un véritable marché. Il évoque la dimension éminemment politique de la question. Il est difficile de réguler un système avec 2 autorités compétentes. Longtemps le Ministère de l'Intérieur a pesé sur la PDS, jusqu'à la création des ARS. La régulation se faisait par le préfet : il donne l'exemple du Morbihan où la régulation était impossible car les libéraux avaient le soutien du préfet.

Selon lui, le grand absent de la réflexion est le malade. Les médecins disent être dérangés pour n'importe quoi. Il s'interroge sur la nature de la demande et la question des demandes jugées indues (Enquête en Bretagne a jugé qu'il y avait 7% de demandes jugées indues).

Il cite le livre « Gouverner la sécurité sociale » de Bruno Palier notamment sur l'attachement au principe de liberté des médecins libéraux et des patients.<sup>40</sup>

### **Son avis sur la position des médecins**

Il faut revenir à la définition du métier de médecin. En France il y a longtemps eu un rejet de l'automédication ce qui donne une place centrale au médecin. Il soulève la spécificité de la relation médecin - patient : c'est un échange, un don contre don avec un paiement à l'acte. Le modèle libéral est-il la fin de tout ?

Les jeunes générations de médecins ont une nouvelle conception du métier : ils sont contre la surprescription. Il y a des effets de génération, de genre (homme/femme), conception de la pratique entre médecin minimaliste (uniquement pathologies) et le médecin qui prend en compte « *l'homme total* ».

Il évoque l'impasse du volontariat et de la coercition.

Il rappelle que la société ne supporte plus l'échec, la mort. Les médecins libéraux ont de se tromper, de passer à côté. Or la régulation est à ce titre une activité très difficile.

Il soulève la question du sens du travail, s'interrogeant sur un dispositif public qui passe par la réquisition qui est difficile à accepter pour la « *mentalité libérale* ».

Il faut dépassionner le débat (« Les mouvements sont très sonores ») et il souligne qu'il y a des lieux où cela se passe bien car on ne s'arque boute pas sur quelques mots pour avancer. Il faut objectiver les choses.

On est dans une période de transition où on remet en cause le métier de médecin de 1<sup>er</sup> recours : question de la redéfinition du métier de médecin généraliste de 1<sup>er</sup> recours.

Il rappelle le ressenti des médecins avec le sentiment qu'on demande trop de choses au médecin qui se sent instrumentalisé par la demande sociale. Mais il souligne la diversité de conception de la pratique, les idéaux contradictoires (partenariat, contact avec la personne/mais aussi l'indépendance, l'autonomie)

---

<sup>40</sup> Ce dernier évoque dans son ouvrage les difficultés à faire passer l'idée de maîtrise médicalisée des dépenses auprès du secteur ambulatoire, il rappelle que le plan Juppé prévoyait des sanctions financières pour les médecins ne respectant pas les engagements conventionnels que cela a déclenché des grèves et une censure par le Conseil d'Etat de ce type de sanction. Depuis lors l'auteur estime qu'il est impossible de sanctionner les médecins ne respectant pas ce type d'engagement. Les professionnels de santé sont braqués devant l'attitude autoritaire de l'état « Nous savons qu'il n'est pas possible de s'assurer juridiquement que les professions médicales respectent leurs engagements » p.267. Il évoque comme obstacles la non coopération des médecins le paiement à l'acte et la liberté de circulation des patients.

### **Les défis de la PDS**

L'efficacité est un sujet sensible politiquement, médiatiquement, et il y a peu de marge de manœuvre pour les pouvoirs publics. Aussi, il pose la question de la division du travail (certains MG feraient actes dans EHPAD, gardes à vue... et d'autres PDS traditionnelle) estimant que le métier de la PDS est pluriprofessionnel. Il s'interroge sur la situation des EHPAD ? Les médecins se déplacent-ils ? Les EHPAD conventionnent-ils avec les hôpitaux ?

Il rappelle que dans le département d'Ille-et-Vilaine, il y a 10 actes en moyenne par nuit. Quelle pertinence de garder un système important pour peu de demandes ? Question de la garde en nuit profonde ?

Il évoque aussi des changements sociétaux : le fait que les individus démocratiques ont moins de respect pour le travail, pour l'institution ; que les médecins se sont structurés en syndicats contre les assurances sociales, ce qui laisse un vieux fond idéologique dans les débats.

Il évoque les évolutions récentes avec les dernières lois. Si le SROS ambulatoire n'est pas opposable, il a un rôle majeur (fléchage des crédits gérés par l'ARS qui devient pilote et financeur). La rédaction des SROS permet la rencontre des différents acteurs qui peuvent ainsi mieux se comprendre. Il évoque certaines pistes comme les outils partagés (DMP) ou encore la question de la téléprescription (et ses limites la question des déplacements et de la récupération des médicaments).

Enfin quand on l'interroge sur l'avenir de la PDS il souligne son importance en rappelant qu'en milieu rural la santé est le dernier service de l'état qui reste, c'est soit l'hôpital local soit le médecin. En leur absence, la population a un sentiment d'abandon



## METHODOLOGIE

D'un commun accord et sur les conseils des deux animateurs, le travail du groupe a retenu le calendrier et la méthodologie suivants :

➤ **Phase n°1 du 2 au 4 mai : Concept et organisation**

Après une présentation faite par les animateurs le premier jour, l'ensemble du groupe a mené un travail de réflexion commune, type « brainstorming » visant :

- à une compréhension partagée du sujet et de sa problématique,
- à la délimitation du sujet et à la définition d'une **problématique commune**,
- à l'ordonnancement des idées en 2 axes de réflexion,

Le groupe s'est ensuite organisé en sous-groupes afin d'approfondir les deux axes de réflexion. Après une mise en commun des travaux, une première ébauche de plan est élaborée, ainsi que trois **grilles d'entretien** : acteurs de la PDS, institutions (ARS, URPS), usagers. Ces documents sont transmis aux animateurs pour avis et recommandations.

D'un point de vue organisationnel, deux référents chargés du lien avec les animateurs et un référent logistique ont été désignés. Les entretiens programmés par les animateurs ont été confirmés auprès des professionnels. Des entretiens supplémentaires ont été organisés par le groupe avec d'autres acteurs importants pour l'étude de la problématique (SOS Médecins à Nantes et Brest, des Associations d'usagers : CISS et UFC Que choisir, un chef de service des Urgences d'un centre hospitalier de proximité (Epernay), une personne qualifiée au sein du Conseil de Surveillance du CHU de Rennes).

Les entretiens ont été répartis entre les membres du groupe. Chaque entretien a été réalisé par 2 à 3 personnes sur la base des grilles entretiens validées par le groupe. La logistique des déplacements a été finalisée ainsi que le budget prévisionnel. Enfin, les premiers travaux de rédaction ont été répartis par binôme à partir du plan.

➤ **Phase n° 2 du 9 au 11 mai : Recherche et investigation**

La phase 2 a été consacrée aux entretiens, à l'étude de la littérature et aux premiers travaux de rédaction.

Chaque entretien a donné lieu à l'élaboration d'un compte-rendu, transmis par mail à l'ensemble du groupe pour que chacun puisse en prendre connaissance rapidement.

Les premiers travaux de rédaction des binômes ont été réalisés essentiellement en télé-travail. Ils sont transmis à un membre du groupe en charge de les colliger et de les harmoniser au sein d'un même document. C'est travaux ont servi de base au travail collégial de rédaction de la phase 3.

➤ **Phase n°3 du 14 au 18 mai**

La phase 3 a débuté par un débriefing des entretiens et des travaux effectués en phase 2.

Un point sur les premiers travaux de rédaction a été réalisé afin d'effectuer les ajustements nécessaires. L'ensemble du groupe a participé ensuite à l'harmonisation du document et aux derniers travaux de rédaction.

Un premier jet du rapport final a été transmis à Mme QUENTEL et M GRAMOULLE pour avis, remarques et conseils.

Les travaux se sont terminés par un relecture commune du rapport final avant envoi aux animateurs et mise en ligne sur la plateforme REAL.

<b>PHASE 1 : PREPARATION ET ORGANISATION</b>		
<p><b>Mercredi 2</b></p> <p>Présentation du sujet par les animateurs</p> <p>Désignation d'un référent logistique et de 2 référents en charge du lien avec les animateurs</p> <p>Répartition et organisation des entretiens : confirmation des RDV programmés, prise de RDV supplémentaires.</p>	<p><b>Jeudi 3</b></p> <p>Finalisation du budget prévisionnel et de l'organisation logistique des entretiens</p> <p>Brainstorming autour du sujet</p> <p>Elaboration d'une problématique commune</p> <p>Organisation des idées en 2 axes de réflexion et constitution de 2 sous-groupes.</p>	<p><b>Vendredi 4</b></p> <p>Elaboration d'une première ébauche de plan et des grilles d'entretien. Envoi aux animateurs pour avis et conseils. Répartition des travaux de recherche et rédaction</p> <p>13h : entretien avec une personne qualifiée du Conseil de Surveillance du CHU de Rennes</p> <p>16h : Entretien avec le chef de service des urgences d'un CH de proximité d'Epernay</p> <p>17h : entretien téléphonique avec le responsable de SOS Médecins Nantes</p>
<b>PHASE 2 : RECHERCHE ET INVESTIGATION</b>		
<p>Mardi 8</p> <p>Entretien avec le Chef de service des Urgences du CHU de Dijon</p>	<p><b>Jeudi 10</b></p> <p>9h : Entretien avec le représentant de l'URPS de Bretagne</p> <p>9h30 : Entretien avec les personnes en charge de la PDS à l'ARS Bretagne</p> <p>11h : Entretien avec le responsable de SOS Médecin Brest</p> <p>14h30 : Entretien avec le responsable de la Maison Médicale de Garde de Lorient</p> <p>21h : Entretien avec un médecin libéral régulateur au Centre 15 de Brest</p> <p>Soirée aux Urgences du CHU de Brest</p>	<p><b>Vendredi 11</b></p> <p>9h30 : Entretien avec le responsable de l'URPS Pays de la Loire</p> <p>14h30 : Entretien avec la personne en charge de la PDS à l'ARS Pays de la Loire</p> <p>Travaux de recherche et de rédaction</p>
<p><b>Mercredi 9</b></p> <p>10h : Entretien avec un représentant de l'association UFC Que choisir ?</p> <p>Travaux de recherche et rédaction</p>		
<b>PHASE 3 : REDACTION</b>		
<p><b>Lundi 14</b></p> <p>Débriefing et mise en commun des entretiens et des travaux de recherche et de rédaction</p> <p>Rédaction commune du rapport</p> <p>15h : Entretien téléphonique avec une chargée de mission du CISS</p>	<p><b>Mardi 15</b></p> <p>Rédaction commune du rapport</p> <p>Envoi aux animateurs du rapport.</p> <p>Préparation de la présentation orale (power point)</p>	<p><b>Mercredi 16 et vendredi 18</b></p> <p>Finalisation du rapport</p> <p>Préparation de la présentation orale</p>

## **La permanence de soins : quelle implication des médecins libéraux dans la prise en charge des soins non programmés ?**

*Osman CANIBEK (AAH), Louise COLAS (DH), Marilynne DESSERT (AAH),*

*Véronique FOUCHE (DESSMS), Claire GABORIEAU (IASS), Pierre GAVARA (DESSMS), Marine*

*JOSLET (DESSMS), Maria KAELEBEL (DS), Rémi LECOENT (MISP),*

*Catherine MISSEL – (IASS), Marc PENTECOUTEAU (DS)*

### **Résumé :**

La permanence des soins, mission des médecins généralistes de premier recours, vise à apporter une réponse rapide et organisée à une demande de soins non programmés, par des moyens structurés, adaptés et régulés, la nuit et le week-end. Or, il ressort des entretiens menés auprès de professionnels une dégradation du système de PDSA, liée à des évolutions tant sociétales que juridiques, financières et organisationnelles qui ont conduit à une certaine démobilité des médecins généralistes libéraux.

A l'aube de l'entrée en vigueur des cahiers des charges régionaux définissant la nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), il est donc pertinent de s'interroger sur la place et le rôle actuels de la médecine libérale dans la permanence des soins.

S'inspirant des expérimentations locales et étrangères, ces cahiers de charges ne font cependant pas l'unanimité des acteurs de terrain : entre efficacité et efficience, quelle place pour les considérations humaines, patients et médecins, dans l'organisation de la PDSA aujourd'hui ? Face à ce constat, des pistes d'amélioration de la PDS sont d'ores et déjà envisageables.

**Mots clés : permanence des soins, médecine libérale, médecin généraliste, cahier des charges, organisation des soins, soins non programmés, ARS.**

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*