

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2009

n°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BRUNEAU Xavier
Né le 9 Janvier 1961 à Le Mans

Présentée et soutenue publiquement le

**TYPOLOGIE DES APPELANTS ET DES PATHOLOGIES RENCONTREES
AU COURS DE LA PERMANENCE DES SOINS EN ZONE RURALE**

A PROPOS DE 2 648 DÉPLACEMENTS MÉDICAUX AU DOMICILE PENDANT UN AN
DANS UNE ZONE MIXTE URBAINE-RURALE DE 69 483 HABITANTS.

Président : Professeur Marc BRODIN
Directeur : Professeur Max BUDOWSKI

RESIDENT

REMERCIEMENTS

Au Professeur Marc BRODIN,

Pour le temps précieux qu'il a bien voulu me consacrer, la pertinence de ses remarques et la gentillesse qu'il a eu de relire les versions successives du manuscrit afin d'en améliorer la clarté.

Pour sa bienveillance et sa disponibilité.

Au Professeur Max BUDOWSKI,

Pour avoir pris le temps de m'aider à affûter le manuscrit et pour sa bonne humeur, qu'il en soit chaleureusement remercié.

Au Professeur Enrique CASALINO,

Pour l'honneur qu'il me fait d'accepter de juger ce travail avec pertinence et sagacité, qu'il trouve ici les marques de mon estime.

Au Professeur Dominique BERTRAND,

Au Professeur Jean MANTZ,

Bien qu'il n'ait pu être mon président de thèse, il m'a orienté vers les maîtres qui m'ont prêté leur expérience et accordé le privilège de leur expertise, qu'il trouve ici les marques de mon respect et de ma gratitude.

Au Professeur Philippe JUVIN,

Pour m'avoir adressé rapidement vers ceux qui m'ont guidé dans la réalisation et la maturation de ce travail, je lui exprime ma dette et je l'en remercie.

Au Docteur Caroline ZANKER-RONSIN

Pour les orientations qu'elle m'a données et le temps qu'elle a bien voulu me consacrer, dès le début de la rédaction de ce travail, qu'elle en soit sincèrement remerciée.

A Madame Chantal GENERAT, A Mademoiselle Frédérique LEPETIT et au personnel administratif de l'Université Paris VII,

Pour tout le soutien et les compétences dont l'Université a bien voulu m'entourer tout au long de mes années d'études.

À Lucile,

«Je pleure ta perte comme la terre semble pleurer celle du printemps au plus mort de l'hiver, mais je n'ai pas peur, car rien ne peut nous enlever notre âge d'or.»

Pour toi, qui habite ma solitude.

Avec tout mon amour.

Toujours ...

À Marie, Thomas, Matthieu, Manon, Emma, Margot,

Mes six merveilleux enfants grâce à qui j'ai toujours espéré en un avenir radieux et joyeux. Pour leur sourire et leur amour.

A vous, toujours présents en moi, pour qui et par qui j'existe.

Je vous aime tendrement.

À Docteur Halima DJEGHOUT,

Pour l'extraordinaire praticien qui m'a appris tout ce que je sais de la médecine. Pour la merveilleuse amie à travers les années qui n'ont cessé de nous souder.

Pour ton intelligence, ton aide et ton attention sans faille.

Tendrement.

À Hervé et Géraldine,

Au frère toujours présent, au compagnon et indéfectible ami.

Affectueusement.

À Mireille,

A la mère intemporelle que je chéris.

À Augustine, Marcel, Jean, Andréa, mes grands-parents.

Parce que jamais je n'ai cessé de penser à vous et que je n'oublie ni ce que je vous dois, ni votre sourire éternellement radieux.

À Claude et Geneviève VALOT,

Pour partager la même blessure de survivre à un être radieux et sublime.

Qu'ils sachent combien je les aime.

À Maître Isabelle FONTENILLE,

Au fidèle soutien des temps de haine et de fureur.

Qu'elle trouve dans ce travail un humble témoignage de ma sincère et profonde affection.

À Jean Pierre et Jacqueline BOUCHAREL,

À mon incomparable ami, humaniste vivant qui accompagne ma vie.

À Frédéric VALOT,

Avec tendresse et amitié. Parce que tu étais là lorsque nous étions perdus.

À Michel MOYRAND,

À un véritable honnête homme, décent et digne.

Hommage d'une sincère admiration et d'une profonde amitié.

À Sir James GOLDSMITH,

À Edward «Teddy» GOLDSMITH

À l'homme extraordinaire avec qui nous avons partagé une mutuelle amitié. Pour avoir eu la grâce de le côtoyer et le privilège de travailler ensemble.

Pour l'honneur qu'il me fit de sa confiance et de son indéfectible soutien.

Malgré son absence, qu'il trouve ici les marques de mon éternelle et filiale affection.

J'y associe tendrement Teddy.

Parce que je n'oublie rien.

À Robert et Sacha VOLDERS,

En souvenir d'un homme lumineux et bon.

Qu'il trouve en ce travail l'empreinte de son irremplaçable présence.

Au Pr Ricardo AVILA-PALAFOX,

Au merveilleux ami et à l'homme de culture et d'esprit.

Au Dr Emeric BODÉ et à Dominique,

Pour partager la même idée de l'éthique et de l'humanité.

Pour leur générosité et leur bienveillance, qu'ils soient ici remerciés.

Au Dr Marie France ROUXEL-BRACOURT,

Au Dr Henri BRACOURT,

Avec amitié et affection, pour leur soutien.

Au Dr Philippe VIALATTE, au Dr François MIKOL, au Dr PASQUIER, au Dr Jerzy MUC-ZINSKY, au Pr Marc BAYER, au Pr Shigehito SATO,
Mes Maîtres.

En fervent hommage pour tout ce que j'ai appris à leur contact, découvrant à leur côté, jour après jour, qu'excellence et maîtrise technique sont indissociables d'humanité et culture. Grâce à eux, fidèles à l'enseignement de William Osler, j'ai appris la médecine au lit du malade.

Qu'ils en soient ici humblement remerciés.

Au Dr Michaël GERMAIN,

Au bon Maître qui m'a appris à savoir ne pas intervenir !
Avec ma fidèle amitié et ma reconnaissance.

Au Professeur Guy KANTOR,

Pour son empathie, ses compétences et la bienveillante gentillesse dont il a bien voulu nous entourer tout au long du chemin, qu'il trouve en ce travail un bien modeste témoignage de mon respect et de ma sincère admiration.

Au Professeur Hugues LOISEAU,

Pour le courage dont il a fait preuve en opérant l'inopérable afin de nous donner encore quelques mois de bonheur ensemble.
Qu'il soit assuré de mon profond respect.

À Jean-Sébastien BACH, Sacha GUITRY, Fernand POUILLON, Michel-Ange, Glenn GOULD, Michel SERRES, Jacques RUFFIE, Pierre de RONSARD et La Pléiade, Elie FAURE, Charles BAUDELAIRE, James GLEICK, Ian STEWART, D'ARCY THOMPSON, Johann VERMEER, Robert VAN GULLICK, James LOVELOCK, Thomas KUHN, Clint EASTWOOD, et bien d'autres fidèles compagnons de voyages et d'aventures.

A Emmanuel et Christophe.

A José et Francis.

A Christian.

Pour notre amitié et tous ces rires insouciantes.

À mes amis du rugby,

À tous mes Frères.

A ceux de mes amis qui ne se soucient pas de ce travail, ne le liront jamais, mais qui eurent à me supporter pendant que je l'écrivais.



De sui ipsius et multorum ignorantia

«Sur sa propre ignorance et celle de pas mal d'autres»

Pétrarque

L'Afrique, Livre IV

OBJECTIFS

- A - Identifier la typologie des appelants conditionnant la demande de soins urgents non programmés dans le cadre de la permanence des soins en médecine générale.
- B - Evaluer la nature des appels ainsi que les orientations données à ces patients, après déplacement médical, avec l'identification des effecteurs opérationnels mobilisés.
- C - Analyser les implications logistiques et économiques de ce travail en proposant une structure innovante de prise en charge de la permanence des soins.



1 - TYPOLOGIE DES APPELANTS

But : Posséder une meilleure connaissance des caractéristiques socio-démographiques des appelants au cours des plages horaires de la permanence des soins au sein de la population étudiée et évaluer ainsi la nature de leurs besoins :

- Données démographiques générales.
- Conditions socio-économiques de la population concernée.
- Données démographiques propres au secteur de notre étude.
- Répartition démographique selon les tranches d'âge et le sexe propre au secteur de notre étude.
- Répartition et constitution démographique familiale propre au secteur de notre étude.
- Typologie des classes d'appelants.
- Origine géographique des appels.
- Répartition des recours urgents selon l'âge et le sexe des appelants.

2 - TYPOLOGIE DES APPELS

But : Posséder une meilleure connaissance de la nature des motifs d'appel au cours de la permanence des soins et de la réponse médicale qui leur est donnée après déplacement au domicile en identifiant comme paramètres d'analyse :

- Nombre de déplacements
- Motifs des déplacements
- Typologie des actes
 - a - Typologie d'activité selon les plages horaires.
 - b - Typologie des types d'actes pratiqués au cours des plages horaires.

- c - Différents actes techniques réalisés au cours de la permanence des soins.
- Problème spécifique de la période de nuit au cours de la PDS
- Devenir des patients après déplacement médical durant la PDS.
 - a - Orientation des patients
 - I - Données globales.
 - II - Patients adressés aux urgences de l'hôpital.
 - III - Patients adressés dans l'USIC de l'hôpital.
 - Activité des vecteurs opérationnels vers l'hôpital durant la PDS
 - a - Activité spécifique des vecteurs opérationnels dans le cadre de la PDS.
 - I - Rôle du SAMU.
 - II - Rôle des ambulances privées du pool de garde.
 - III - Rôle des autres effecteurs.
 - b - Devenir des patients ayant eu un ECG au domicile au cours de la PDS.
 - c - Devenir des patients vus par l'UMSUD après régulation par le SAMU.

3 - IMPLICATIONS ECONOMIQUES POUR LA SOCIETE

But : Identifier les paramètres économiques liés au travail décrit dans cette étude et les mettre en perspective avec des données comparables issues de la littérature afin de dégager des axes originaux de réflexion pour la mise en place de stratégies innovantes de prise en charge des recours urgents non programmés au cours de la permanence des soins :

- Analyse comparative de l'activité des recours urgents durant la PDS.
 - Nombre d'actes.
 - Montant total remboursable des actes.
 - Prescriptions de médicaments génériques.
 - Montant total remboursable par patient.
 - Typologie sociale des patients (patients en ALD, patients avec la CMU).
 - Typologie comparative selon les tranches d'âge.
 - Astreintes médicales rémunérées.

**INTRODUCTION
ET
PROBLEMATIQUE**

INTRODUCTION

«Oui, la permanence des soins en France fonctionne mal !»¹

«Le dispositif actuel de permanence des soins semble «à bout de souffle» et les seuls aménagements envisageables apparaissent peu nombreux et ne garantissent pas pour autant fiabilité et pérennité.»²

Le constat sévère et le ton alarmant font écho aux observations des usagers et de nombreux effecteurs administratifs qui ont depuis longtemps constaté que trouver un médecin au cours des horaires de permanence des soins ou PDS est devenu un sujet majeur d'inquiétude pour tous. Le Docteur Jean-Yves Grall, conseiller général des établissements de Santé, ne se perd d'ailleurs pas en conjecture lorsqu'il appelle de ses vœux un nécessaire changement de paradigme afin de fournir une réponse efficiente, fiable, pérenne, lisible et adaptée à la demande non programmée de soins urgents, considérant combien le système actuel est «précaire, peu fiable, aléatoire et dispendieux»³.

Nombreux sont ceux qui, à la suite des constats opérés dans divers rapports officiels⁴, se posent légitimement la question du choix entre deux options stratégiques assez opposées concernant la réponse efficiente et adaptée à la demande non programmée de soins ou d'avis médical en urgence. «Certains prônant la consolidation du système actuel, d'autres optant radicalement pour un changement drastique d'orientation stratégique.»⁵

Les membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales ont posé le problème dans les termes suivants : «Le «laisser faire» en la matière ne permet pas d'espérer des évo-

¹ «Rapport d'information sur la permanence des soins», P. Boënnec, Député, présenté au nom de la Délégation à l'Aménagement et au Développement Durable du Territoire, N° 1205, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 octobre 2008.

² Dr J.Y. Grall : «Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins» Rapport remis à Mme Bachelot, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, p. 22, Paris, Août 2007.

³ Cf supra note 2, pp. 2, 6, 11 et 14.

⁴ Rapport IGAS n° 2006-029/IGA n° 06-07-02, mars 2006.

⁵ ibid. note 4.

lutions suffisantes. La mission juge donc indispensable de définir une politique d'innovation dans l'organisation des soins.»⁶

Pour avoir été confrontés intimement à la douloureuse épreuve de la maladie, nous connaissons l'extrême difficulté rencontrée au quotidien pour gérer la souffrance qui sourd de ces situations dramatiques lorsqu'il n'existe pas de structure fiable de prise en charge des patients au domicile au cours des horaires de la permanence des soins. Force est de constater que dans les moments les plus pénibles et désarmants, il n'y a que les seules structures hospitalières qui soient toujours disponibles de jour comme de nuit.

Le recours ultime à ces unités a parfois été plus motivé par des inquiétudes liées à l'angoisse inhérente à ce type d'affection que par de réels motifs médicaux en rapport avec la pathologie incriminée ou les lourds traitements institués afin de tenter d'enrayer, en vain, cette longue blessure au ralenti à laquelle, en définitive, nous ne pouvons jamais nous préparer.

Nous avons pleinement conscience que, devant l'absence de réponse médicale appropriée rapide à une demande exprimée hors de horaires où les praticiens sont disponibles, à savoir pendant les horaires de la PDS, nous avons contribué à accroître la surcharge des services d'urgence de l'hôpital dans certains cas où une consultation médicale à domicile et une écoute bienveillante auraient pu être à même de résoudre simplement l'événement clinique ou dédramatiser la situation.

Il nous est fort logiquement apparu qu'en travaillant à répondre mieux aux besoins spécifiques liés à la demande de soins urgents non programmés dans le cadre de la permanence des soins, nous pouvions contribuer à mieux répondre aux besoins de tous et éviter le recours ultime aux urgences de l'hôpital avec la subséquente surcharge - souvent injustifiée - de ces unités. Derrière cette demande qui paraît fonctionnelle, se cache en effet trop fréquemment un appel au secours pour rompre la solitude, la souffrance et l'angoisse, souvent légitime, ou sortir d'une réalité sociale, voire d'une relation familiale, devenue invivable.

⁶ *ibid.* (*Nous soulignons*) p. 62, mars 2006.

Toute réponse appropriée passe donc par un examen attentif des besoins exprimés, une analyse et une identification précise des demandes verbalisées ou non dans le cadre d'appels urgents non programmés, et un travail méticuleux de décryptage de ces demandes et des problématiques qu'elles sous-tendent.

La réponse à une question se trouve essentiellement dans sa formulation initiale.

L'objet de ce travail a donc consisté à savoir quelle est la typologie des appelants et des motifs d'appels de demandes de soins urgents au cours de la permanence des soins ? Les diverses réponses à ces questions induisent implicitement les propositions innovantes que nous exposerons au cours de la discussion des résultats.

Le travail présenté suivra le plan suivant :

- Exposé des données pertinentes originales permettant d'appréhender la réalité de la demande de soins non programmés en urgence au cours de la permanence des soins en zone rurale,
- Apport de nouvelles informations quant à la connaissance de la réalité complexe que recouvre la demande de soins urgents non programmés,
- Propositions de nouvelles pistes quant à la mise en place de structures innovantes de prise en charge au domicile des patients au cours des horaires de la PDS.



PROBLEMATIQUE

Les modifications sociologiques, économiques et démographiques touchant la société de la seconde moitié du XX^{ème} siècle ont considérablement bouleversé la manière dont doivent dorénavant être appréhendées la pratique médicale et la subséquente mise en place des structures de prise en charge globale impliquées dans l'intervention de praticiens au domicile des patients dans le cadre de l'activité de permanence des soins⁷ sur l'ensemble du territoire. Ce problème n'est pas spécifique à la France.

L'organisation nationale basée sur le volontariat diffère d'une grande partie des systèmes en vigueur dans les autres pays européens, où la permanence des soins reste une obligation pour la quasi-totalité des médecins.

Ainsi, en Allemagne et Belgique, tout médecin libéral relevant de l'assurance sociale y est assujéti. De même, tout médecin employé sous le contrat de service public de base en Espagne se doit d'assurer un minimum de gardes de 50 heures par mois, dont 12 durant les fins de semaine.

En Suède, tous les médecins employés par le secteur public, y compris les spécialistes, participent à la fourniture de services de permanence des soins de manière obligatoire. Pour les médecins du secteur privé, qui sont minoritaires, tout dépend du contrat avec le Conseil de comté.

En revanche, l'Italie a choisi de professionnaliser la permanence des soins en la confiant à un corps médical dédié, les «*medici di continuità assistenziale*», constitué souvent de jeunes médecins qui choisissent ce mode d'exercice pendant quelques années avant de s'installer d'où un fort turn-over.

Au Royaume-Uni, depuis 2005, les autorités n'imposent pas une telle obligation à leurs praticiens car elles ont mis en place un système de délégation de services à des médecins contractant avec les Primary Care Trusts, autorités régionales de santé, à des taux

⁷ La permanence de soins s'exerce de vingt heures à huit heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés (art. R. 6315-1, al. 1^{er}), Nouvelle partie réglementaire du Code de la santé publique. Dalloz, p. 2443, Paris, 2007.

horaires élevés. En Lituanie, la permanence des soins durant la nuit est assurée exclusivement par le secteur hospitalier, les médecins généralistes en étant déchargés.

Et sans doute faut-il rappeler qu'en Belgique, par exemple, où l'obligation reste inscrite dans les textes, les mêmes aspirations sociétales des médecins vers un meilleur aménagement de leur temps de travail se manifestent et se traduisent par une désaffection de la médecine générale classique ou une multiplication des exemptions. Une réflexion en vue de la réorganisation de la permanence des soins autour de points de garde postés est donc également en cours dans ce pays de même qu'en Suisse avec la notion de «cabinets médicaux d'urgences indépendants»⁸.

Depuis presque 20 ans ; si l'on considère, comme point de départ, les premiers rapports remis par le Professeur Steg^{9,10} ; de nombreux travaux, suivis de textes législatifs¹¹ et d'efforts financiers ont été consacrés en France à l'urgence et à la permanence des soins. Ceci a permis, sans conteste, d'améliorer de façon considérable la prise en charge, dans les établissements de santé, des patients présentant un état clinique nécessitant des soins urgents et non programmés mais les résultats semblent plus mitigés en ce qui concerne la permanence des soins de médecine générale.

Si toutes les spécialités médicales peuvent être, de façon plus ou moins importante, concernées par la permanence des soins, la Médecine d'Urgence est la seule dont l'exercice exclusif est l'urgence et la permanence des soins. La prise en charge cohérente d'un patient en situation «d'urgence» ne peut se concevoir sans la cohésion des professionnels impliqués, hospitaliers ou libéraux, et sans leur capacité à former une chaîne humaine et technique.¹² Cette cohésion doit être renforcée en reconnaissant les spécificités de cet exercice médical consacré à ces soins urgents et non programmés tout en identifiant avec précision la nature des besoins exprimés par la population selon

⁸ «Cabinets d'urgences associés aux hôpitaux», W. Hugentobler, Primary Care, 8: n° 11, pp. 209-213, 2008.

⁹ «L'urgence à l'hôpital», A. Steg, Rapport de la section des affaires sociales du Conseil Economique et Social. Paris, 1989.

¹⁰ «La médicalisation des urgences», A. Steg, Rapport de la Commission Nationale de Restructuration des Urgences, Paris, 1993.

¹¹ Ces textes sont présentés dans l'Annexe I, à la fin de ce travail.

¹² «Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins», Rédigé par P. Coriat, Président, F. Braun, J.-P. Genet, P. Goldstein, A. Nazac, B. Pol, J. Remond, p. 6, Mai 2008.

sa typologie sociale en tenant compte de nouvelles contraintes révélées par les études démographiques.

Revenir sur le volontariat en France semble cependant tout à fait irréaliste malgré certaines ambiguïtés juridiques^{13,14} et la confusion sémantique entretenue entre «urgences médicales», «permanence des soins» et «continuité des soins» qui a contribué à favoriser les surenchères ou les désengagements de certains médecins libéraux, comme l'avait mentionné l'Inspection Générale de l'Administration en 2006.¹⁵

Toutes les études disponibles le suggèrent, le fonctionnement de notre système de permanence des soins en médecine générale reste tout à fait insatisfaisant quel que soit l'indicateur pris en considération.

Certaines études notent que le bilan des deux dispositifs de financement de la PDS (FAQSV¹⁶ et DDR¹⁷) est «très décevant et fait s'interroger sur l'opportunité de mettre un terme aux deux fonds. Cette proposition radicale aurait pour effet immédiat de remédier à toutes les critiques émises dans ce rapport, tant sur le plan administratif et financier que sur les résultats très maigres de ces deux fonds, quant à leur plus-value médicale». ¹⁸

L'étude précédemment évoquée note aussi, page 12 : «En dépit d'efforts financiers non négligeables et d'une très forte implication des services de l'Etat et de l'assurance-maladie, bien souvent, le cadre réglementaire et conventionnel prévu pour la permanence libérale des soins n'est pas respectée dans sa totalité. Les bénéfices attendus (désengorgement des urgences hospitalières, service médical rendu à la population, coût pour la collectivité) de la bonne marche de ce dispositif, là où il est en place, sont encore incertains.»

¹³ «La participation à la permanence des soins s'opère sur la base du volontariat.», art. R. 6315-4, al. 1^{er}. Code de la Santé Publique.

¹⁴ «Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit.». Article 77 alinéa 1 du Code de déontologie médicale.

¹⁵ Rapport n° 06-07-002, IGA, p. 33, mars 2007.

¹⁶ FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.

¹⁷ DDR : Dotation de Développement des Réseaux.

¹⁸ «Contrôle du FAQSV et de la DDR», Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales, p. 61, mars 2006.

Le débat public ayant précédé l'adoption de la loi du 13 août 2004¹⁹ avait mis en lumière les difficultés auxquelles notre système de santé était confronté en matière d'organisation de l'offre des soins et notamment de la PDS. Les données mises à la disposition des différents rapporteurs ne permettaient pas une approche pertinente de la réalité du fonctionnement de la permanence des soins. Par exemple, il avait été noté que le taux de volontariat départemental n'était pas révélateur à lui seul du bon fonctionnement de la permanence des soins ambulatoire et ne préjugait en rien de l'efficacité du système *in vivo*²⁰.

La directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins au ministère de la santé, Mme Annie Podeur, précisait, pour sa part, que ce chiffre n'était pas un bon indicateur des difficultés d'organisation de la permanence des soins. Parallèlement, l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2007 reconnaissait explicitement les lacunes du dispositif lorsqu'elle écrivait : «comme l'an passé, là où les carences du tableau sont les plus criantes en raison d'une absence de volontariat généralisée, les préfets n'ont pas ou peu réquisitionné et ont laissé en l'état des secteurs et des tableaux incomplets».

Notons que, selon une récente enquête menée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) du Ministère de la Santé, sur les 4 539 réquisitions préfectorales qui avaient été prises sur la période d'août 2006 à mars 2007²¹, les deux tiers des réquisitions ont été prises pour la couverture des secteurs de nuit profonde.

La réquisition, sous sa forme actuelle²², est donc un outil inadapté à la résolution de situations structurelles. Mais les interrogations qu'elle soulève et l'utilisation qui en est faite témoignent de la fragilité et de l'inadéquation du système de permanence des soins tel qu'il existe de nos jours compte tenu des modifications sociétales auxquelles nous assistons.

¹⁹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, Conseil constitutionnel : Décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 publiée au Journal officiel de ce jour.

²⁰ «Rapport d'information sur la permanence des soins», P. Boënnec, enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 21 octobre 2008, p. 15, n° 1205.

²¹ Ce qui représente une moyenne de 15 par mois, moyenne ayant sensiblement baissé par rapport à la période mars/juillet 2006 qui s'élevait à 26 réquisitions par mois et département.

²² Selon la loi, une réquisition doit être faite pour chaque secteur concerné et renouvelée à chaque période de la permanence des soins (première et seconde partie de nuit pour chaque jour de la semaine, journée du dimanche, jours fériés, etc.). Elle requiert parfois la mobilisation de forces de l'ordre, et de fait, reste mal perçue par les effecteurs de soins, spécialement en zone rurale.

En outre, à l'incomplétude patente des tableaux de garde créant de véritables «zones noires», s'ajoute l'existence de «zones grises», dans lesquelles la disponibilité des médecins effecteurs inscrits aux tableaux de garde n'est pas effective ou n'est pas assurée à certaines périodes comme nous l'avons déjà mentionné. Dans son rapport d'août 2007, le docteur Jean-Yves Grall note que cet aléa crée un doute dans les centres de régulation des appels, puis *in fine* au sein de la population.

Ces «zones grises et noires» se comportent, dans les faits, comme des territoires où se rompt le pacte républicain de l'accès aux soins égal pour tous et à toute heure sur tout le territoire²³.

Le manque d'effecteurs entraîne aussi des problèmes pour la réalisation des actes médico-administratifs comme lors des certificats de décès ou en cas de découverte de cadavre²⁴ - parfois effectués par défaut par des équipes du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ce qui n'est pas leur fonction²⁵, le déroulement des gardes à vue, ou les interventions psychiatriques telles que l'établissement d'un certificat médical pour hospitalisation à la demande d'un tiers voire pour hospitalisation d'office en hôpital psychiatrique.

Même si ces interventions ne relèvent pas à proprement parler de la permanence des soins²⁶ mais constituent davantage des actes médico-administratifs, répondant à des cir-

²³ Article L1110-1 du Code de la Santé Publique, créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002 "Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, *garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.*" (Nous soulignons - NDA).

²⁴ Les principes de la réquisition judiciaire d'un médecin en ce cas sont analogues en cas d'examen médical (art. 74 du Code de Procédure Pénale).

²⁵ Avec le risque sous-jacent, dans le cas de mobilisation d'une équipe dans ce cas, de voir les services du SAMU manquer de moyens disponibles lors de la survenance d'un fait nécessitant leur intervention, et de réserver l'action de secours aux cas graves.

²⁶ Les dispositions législatives et réglementaires concernant la PDS sont distinctes de celles relatives aux réquisitions judiciaires et relèvent, tant par leur financement que leur mise en œuvre d'autorités administratives différentes :

1 - L'examen médical sur réquisition judiciaire :

- Est soumis à l'article 63-3 du Code de Procédure Pénale avec le choix du médecin à l'appréciation de l'officier de police judiciaire ou du procureur de la République en accord avec l'alinéa 4 de la circulaire générale C. 63-3.
- Les tarifs d'honoraires dans ce cas sont fixés par l'article R.117 du Code de Procédure Pénale.

cuits financiers différents, celles-ci correspondent cependant à un besoin de médecin de la part de la communauté, auquel il faut impérativement répondre en offrant une réponse adaptée, rapide et fiable, sans attendre la réouverture des cabinets médicaux.

Ainsi la faillite du système de permanence des soins n'est-elle pas exclusivement due à un problème d'organisation et de mobilisation des professionnels de santé généralistes mais elle dépend également de l'existence et de l'efficacité de relais efficaces (proximité de structures hospitalières publiques ou privées ; couverture par des structures de type SOS Médecins qui jouent un rôle incontournable dans les villes et leurs agglomérations, notamment en seconde partie de nuit, ...).²⁷

Chaque territoire possédant ses composantes spécifiques, les acteurs administratifs, politiques et médicaux incriminés présentent l'identification des caractéristiques démographiques et des besoins médicaux de la population selon les divers secteurs incriminés (personnes âgées, isolement, dépendance, présence d'établissements pour personnes handicapées, familles monoparentales...), comme un préalable incontournable avant de mettre en place une structure de permanence des soins efficace, adaptée, fiable et économiquement viable. C'est à l'analyse de ces paramètres dans une zone mixte urbaine et principalement rurale qu'est consacré ce travail.

Nous nous sommes attachés, dans un premier temps, à l'identification de la typologie des appelants dans le cadre de demandes urgentes non programmées au cours de la permanence des soins de médecine générale.

-
- Le règlement en est assuré par le ministère de la Justice au titre de frais de justice.
 - Le refus de déférer aux réquisitions est sanctionné par l'article R.642-1 du Code Pénal et l'article L.4163-7 du Code de la Santé Publique.

2 - L'examen médical sur réquisition dans le cadre de la PDS :

- Est régi par l'article L. 6315-1 du Code de la Santé Publique, le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003, qui fixe les conditions de participation des médecins à la PDS, et les articles R.730 et suivants, fixés par le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 qui en précisent les modalités d'organisation.
- Les tarifs d'honoraires dans ce cas sont fixés dans le cadre conventionnel prévu à l'article L.162-5 du Code de la Santé Publique du 12 janvier 2005.
- Le règlement en est assuré par le budget de l'Assurance-Maladie.
- Le refus de déférer à une réquisition préfectorale dans le cadre de la PDS est régi par les dispositions de l'article L.4163-7 du Code de la Santé Publique.

²⁷ L'étude de l'IGAS/IGA n° 2006 029 et n° 006-07-02 note que la réponse libérale à la demande de soins est variable selon les départements, mais elle estime cette réponse comme inefficace dans 20% des cas et peu efficace dans 60% des cas., p. 1/5, mars 2006.

Cette étude a été menée pour les départements suivants : Ardèche, Calvados, Haute-Garonne, Isère, Manche, Nord, Pas-de-Calais, Yvelines et Tarn.

Dans une deuxième phase parallèle, nous avons tenté d'identifier la typologie des motifs d'appels aboutissant à un déplacement médical au domicile en étudiant le type de pathologie incriminé, le nombre d'appels selon les différentes phases de la période de PDS ainsi que le type de pathologies rencontrées au sein des trois segments horaires découpant la PDS.

Nous avons ensuite étudié les impacts logistiques et économiques liés à notre pratique spécifique en mettant en perspective nos résultats avec ceux d'études comparables menées sur le territoire national ou en Europe, mais aussi avec les données comparatives d'activités régionales fournies par l'URCAM ainsi qu'avec certains travaux récents menés outre-atlantique.

Nous avons enfin, fort succinctement, tenté de dégager les conclusions les plus pertinentes nous paraissant pouvoir être extraites de ce travail en les intégrant dans la perspective d'un monde en pleine mutation tant sur le plan sociétal que médical.



1 - TYPOLOGIE DES APPELANTS

Tous les changements actuels et les rapides mutations que subit la société modifient considérablement la nature du rapport au soin médical d'urgence non programmé, qu'il affecte les patients, le corps médical ou le système institutionnel dans son ensemble (préfecture, autorités de Santé, collectivités locales, mairies, conseils généraux et régionaux, collectivités de communes, acteurs de la vie associative).

Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), créé par la loi de financement de la sécurité sociale²⁸, a été mis en place afin de tenter de répondre à cette réalité et son fonctionnement a été régulièrement contrôlé et évalué par divers rapports²⁹.

Depuis 2002, ce fonds intervient sur la permanence des soins^{30,31} - (exprimée sous l'acronyme PDS) - définie à partir des travaux de la commission présidée par M. Charles Descours, sénateur honoraire³², avec des résultats pour le moins mitigés puisque, malgré la mise en place de ce dispositif censé, en autres objectifs, réguler le flux de patients se rendant aux urgences de l'hôpital, le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004, passant de 7 à 14 millions³³ dans un con-

²⁸ Art. 1^{er}. - «Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville ou (FAQSV), créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés par l'article 25 de la loi du 23 décembre 1998 sus-visée, participe à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville et contribue au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation, à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé...», J.O. Numéro 264 du 14 Novembre 1999, page 16 917, Textes généraux, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Décret N° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville NOR : MESS9923393D.

²⁹ «Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)», Inspection Générales des Affaires Sociales - Rapport n° 2006-022, présenté par C. Daniel, B. Delpal et C. Lannelongue, Paris, Mai 2006.

³⁰ La réforme de l'organisation de la permanence des soins a donné lieu, successivement, au décret n° 2003-800 du 15 septembre 2003 et au décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 ainsi qu'à l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005, signé le 22 avril 2005 et approuvé par arr. du 26 mai 2005 (J.O., le 1^{er} juin 2005).

Les dispositions de ces deux décrets ont été insérées, depuis lors, sous les art. R. 6315-1 à R. 6315-7 de la nouvelle partie réglementaire du Code de la santé publique. Dalloz, p.2443-2444, Paris, 2007.

³¹ Evaluation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) - Eurecal C 3 E - 2005.

³² «Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins» Rapport remis par M. Charles Descours, sénateur honoraire, au ministre de la Santé le 22 janvier 2003.

³³ «Les urgences médicales : constats et évolution récente» Rapport de la Cour des Comptes basé sur sept de ses chambres régionales (Aquitaine, Ile de France, Rhône Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur, Nord Pas de Calais, Haute Normandie et Champagne Ardenne), p. 313, Paris, 2006.

texte de croissance sensible du nombre d'appels (+12% en 2006 pour l'ensemble des appels de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins)³⁴.

La Cour des Comptes, comme l'ORU-MIP³⁵, notent que les services d'urgence sont désormais considérés par les deux tiers des Français comme un lieu où ils peuvent se faire soigner 24 heures sur 24 par des professionnels qualifiés, en toute sécurité, et bénéficier rapidement de tous les moyens modernes d'investigation.

Corollaire de cette surutilisation par défaut, nous assistons à un accroissement régulier des insatisfactions rapportées tant par les personnels incriminés, du fait des difficultés à gérer les flux des patients à l'intérieur du service ou de l'établissement, que par les usagers, conséquence des temps d'attente jugés, à juste titre, trop souvent excessifs³⁶.

C'est ainsi que l'augmentation de la durée moyenne de passage aux urgences se poursuit inexorablement puisqu'elle est passée de 138 minutes en 2001 à 185 en 2006, ce qui représente un accroissement de 34% en 5 ans avec, pour la seule période s'étendant entre 2005 et 2006, une augmentation de +11%. De plus, il a été établi que le temps de passage, facteur pluridimensionnel, augmente proportionnellement avec la gravité, la pathologie et l'âge des patients³⁷.

Pourtant, dans 80% des cas environ, les patients retournent à leur domicile après consultation aux urgences³⁸. Selon la DREES, seuls 20% des patients sont hospitalisés suite à leur passage dans les services d'urgence ; chiffre en stabilisation depuis 2001 malgré la mise en place du système de permanence des soins.

³⁴ «Rapport d'information sur la permanence des soins», P. Boënnec, N° 1205, 21 octobre 2008.

³⁵ «Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville», Rapport final ORU-MIP, URML Midi-Pyrénées, DEESSE Toulouse, ORU-MIP, octobre 2004.

³⁶ «Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale». Dominique Baubeau, Valérie Carrasco. Etudes et résultats DREES, n° 212, janvier 2003.

³⁷ «Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées», ORU-MIP, 145 pages, Section 1/7, p. 9, 2006.

³⁸ «Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières» Dominique Baubeau, Valérie Carrasco. Etudes et résultats DREES, n° 215, janvier 2003.

Pour la population retournant au domicile après s'être présentée dans les services d'urgence hospitalière, 16% font l'objet d'une simple consultation, et 65% subissent des examens complémentaires (biologie, radiologie, prélèvements divers). Parmi ces patients, 5% correspondent à des visites programmées consécutives à un premier soin d'urgence antérieur comme une surveillance de plâtre ou une ablation de fils sur suture préalable ; gestes qui seraient redevables de consultations externes hospitalières ou de ville mais certes pas des services d'urgence.³⁹

Pour autant, toute extrapolation doit rester prudente car nombre de patients, surtout âgés, sont hospitalisés en passant par les services d'urgence, souvent par leurs familles faute d'avis médical, non pour un motif médical avéré mais dans l'attente d'une solution plus satisfaisante faute de mieux ou malheureusement suite à l'extrême dénuement social et personnel auquel se résume trop souvent leur fin de vie. «Cette situation d'enfermement progressif conduit à des conséquences dommageables, qui vont s'accroissant, car on vieillit plus vite quand on est coupé des autres. Préjudiciable à chaque individu, cette évolution est inacceptable au plan collectif, dans le pacte social où chacun doit avoir sa place»⁴⁰.

Il apparaît ainsi que le mot «urgence», au sens vernaculaire, se comporte comme une vaste entité floue embrassant des situations très diverses qui mêlent tout à la fois des cas exigeant la mobilisation immédiate et rapide de moyens pour sauver un malade au pronostic vital en jeu avec une multitude de patients n'ayant pas pu avoir accès aux services de la médecine de ville et se réorientant vers l'hôpital en désespoir de cause.

Dans le sens précis que lui donne la littérature médicale officielle, les urgences «vraies» représentent ainsi moins de 3% des motifs d'intervention des services d'urgence.

³⁹ «L'activité des services d'urgence en 2004», Etudes et résultats DREES n° 524, Paris, septembre 2006.

⁴⁰ «Citoyenneté et services aux personnes vieillissantes», Séminaires Villes et Vieillir, 7-8 juillet 2004, Saint-Denis. La documentation française, Collection Villes et société, 2004.

A la lecture de ces chiffres, de nombreux auteurs ont insisté sur le fait que, malgré les caractères d'une mission de service public et «d'intérêt général»⁴¹, l'amélioration du fonctionnement de la chaîne des urgences, de l'amont à l'aval, restait insatisfaisante tant sur le plan logistique que financier comme l'on fait apparaître plusieurs rapports en 2006⁴² et 2007⁴³ en «dépit des bonnes intentions apparemment affichées par tous les acteurs de la stratégie de gestions des soins urgents non programmés».⁴⁴

La multiplicité des acteurs aux missions diverses intervenant dans le système de la permanence des soins avec «les positionnements ambigus de certains représentants professionnels, les comportements individualistes ou hégémoniques, les cloisonnements entre professionnels de santé, entre ville et hôpital, entre prise en charge médicale et médico-sociale, entre soins et prévention, ...» évoqués dans le rapport de l'IGAS de mai 2006⁴⁵ ne permettent pas de promouvoir une politique globale en matière d'innovation et d'amélioration de la qualité de l'offre de soins dans le cadre de la permanence des soins.

De plus, l'évolution de la démographie médicale⁴⁶ et la féminisation croissante de ce corps professionnel^{47,48}, la répartition hétérogène des praticiens selon le territoire^{49,50} influent sur la mise en place d'une permanence des soins fiable et de qualité tandis

⁴¹ Art. R. 6315-1, al. 1^{er}, Nouvelle partie réglementaire du Code de la santé publique. Dalloz, p.2443, Paris, 2007.

⁴² «Les urgences médicales : constats et évolution récente» Cour des Comptes, Paris, 2006.

⁴³ «Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins» Dr J.Y. Grall, Paris, Août 2007.

⁴⁴ ibid. supra.

⁴⁵ IGAS - Rapport n° 2006-022, p. 61, Paris, Mai 2006.

⁴⁶ «Rapport de la commission nationale sur la démographie médicale», Berland Y., Paris, Mai 2005.

⁴⁷ 56,4% des médecins généralistes en activité en 2030 seront des femmes. «La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales», Attal-Toubert K., Vanderschelden M., Etudes et résultats DREES n° 679, Paris, Février 2009.

⁴⁸ 67% des médecins remplaçants sont des femmes. «Féminisation et exercice médical, apports et conséquences», Carton M., Cerruti F., Le Guern H., CNOM, Paris, Juin 2000.

⁴⁹ «L'exercice médical à l'horizon 2020», Carton M., Cerruti F., Le Guern H., CNOM, Paris, Juin 2000.

⁵⁰ La DREES estime qu'entre 2006 et 2030, la densité médicale chutera fortement en Corse (-35%), en Languedoc-Roussillon (-30%), en Ile-de-France (-26%), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (-26%) et en Midi-Pyrénées (-22%).

Les composantes de l'évolution de la densité médicale d'une région donnée sont l'évolution de la population régionale que donnent les projections de population de l'INSEE, et l'évolution du nombre de médecins actifs dans cette région.

L'évolution projetée de certaines populations régionales entre 2006 et 2030 sera particulièrement marquée et aggraverait l'effet de la baisse des effectifs projetés de médecins en activité dans la région (ou limiterait, voire annulerait l'effet de leur hausse). Ainsi, en Languedoc-Roussillon, le nombre de médecins en activité diminuerait de 8% d'ici 2030, tandis que la population devrait croître de 30% : on observerait par conséquent une réduction de 30% de la densité médicale.

qu'augmentent les contraintes liées à la raréfaction des services publics en zone rurale⁵¹, des commerces de proximité, au vieillissement de la population, à l'isolement social et la précarité ainsi qu'à la recherche du maintien à domicile autant que faire se peut.

Ainsi, parallèlement aux déséquilibres de l'offre de soins libéraux, le flux de demandes pendant les horaires de la PDS est mécaniquement appelé à s'amplifier ne serait-ce qu'en raison du vieillissement de la population et de la politique de maintien à domicile des personnes dépendantes.

«Comment faire de ces populations des citoyens à part entière et non pas des citoyens entièrement à part ?» reste une des questions centrales à laquelle la PDS doit répondre.

Concernant le recours à l'urgence non programmée dans le cadre de la permanence des soins, une large partie de la population dans l'impossibilité de se déplacer se trouve de fait privée de sa liberté de choix, qui reste cependant un droit fondamental, parce qu'elle est trop âgée, trop isolée ou trop vulnérable. Bertrand Dufourcq, président de la Fondation de France, laissait poindre la magnitude du problème lorsqu'il pointait «le paradoxe d'une société qui prône et développe la culture et le culte de l'autonomie et qui, dans la pratique, réduit le droit au choix et le droit au risque ?»⁵². La dépendance, qu'elle soit liée à la maladie, au handicap, au grand âge ou aux aléas de la vie, doit se traiter de la même manière dans un projet de société juste et équitable.

De nombreux travaux ont précisé que la majorité des retraités vieillissent là où ils ont passé leur vie, notamment dans les zones périurbaines - ce qui va poser des problèmes de transport et d'accessibilité des services, même dans des zones urbanisées, à quelques kilomètres des centres-villes. Mais surtout, ils vivent fréquemment seuls voire isolés.

⁵¹ «Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 - Les départements du Sud et du littoral atlantique gagnants au jeu des migrations internes», Degorre A., direction régionale du Nord - Pas-de-Calais, Redor P., département de l'Action régionale, INSEE Première N° 1116, janvier 2007.

⁵² «Villes et Vieillir», La documentation française, Collection Villes et société, p.2, Paris, 2004.

Selon Françoise Cribier, chercheuse en sciences sociales au CNRS, 20% des gens très âgés n'ont pas de famille et 30% n'ont pas ou plus d'enfants. Depuis 1980, on estime que seulement 7% des personnes âgées ont quitté leur département, 5% leur région. Nous n'avons trouvé dans la littérature, aucune donnée concernant le pourcentage de personnes âgées n'ayant plus quitté leur domicile avec la perte d'accès à tous les services que met la société à leur disposition.

Aujourd'hui, près d'une commune sur deux (18 000) se trouve sans aucun commerce de proximité. Si l'on tient compte des fermetures simultanées de plusieurs magasins, les plus petites communes ont vu disparaître les deux tiers de leurs commerces de proximité en trente ans, et les communes de 250 à 500 habitants environ la moitié⁵³.

Dernièrement, sont venues se greffer sur ce problème structurel de nouvelles et dramatiques situations sanitaires et sociales liées à la très grande précarité qui affecte ou menace une large majorité de nos concitoyens⁵⁴, et parmi eux les plus jeunes, les plus vieux, les plus démunis, les plus pauvres, les plus isolés, les plus précaires, ceux là même qui ont tendance à s'éloigner des villes dont les loyers sont devenus trop chers⁵⁵.

Intervient également un nouveau phénomène social contribuant à la mise sous tension du système de la PDS. C'est celui de ces couples dont les deux conjoints travaillent avec l'allongement concomitant des temps de transport travail-domicile ce qui déplace vers le début de soirée les demandes de soins et de consultations, auquel s'ajoutent, dans un contexte de «déprise médicale»⁵⁶, les demandes qui n'auront pu être satisfaites en journée. Ce nouveau phénomène, également constaté pour les

⁵³ «Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030», M. Godet, M. Mousli, Conseil d'analyse économique, p. 17- ISBN : 2-11-00xxx-x (?), © La Documentation française. Paris, 2006.

⁵⁴ La population ayant recours au médecin d'astreinte appartient très majoritairement à des catégories fragiles dont les politiques de santé cherchent à améliorer l'accès aux soins. Les utilisateurs de la permanence des soins se distinguent sensiblement de la moyenne de la consommation de soins, comme le montre une étude l'URCAM Nord-Pas-de-Calais conduite en 2004. Dans ce travail, la part de la population totale ayant recours au médecin de garde est de 1,2% mais elle est de 3,2% pour la population couverte par la CMU, de 2,7% pour les personnes âgées de 80 ans et plus et de 2,4% pour les patients en ALD. «La santé des habitants : Un enjeu permanent pour le Nord-Pas-de-Calais 2004-2010», M. Autiès, Conseil Général Nord-Pas-de-Calais, 10 février 2006.

⁵⁵ «Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005 - La croissance démographique s'étend toujours plus loin des villes» Morel B., Redor P., INSEE Première n° 1058, janvier 2006.

⁵⁶ Rapport IGAS/IGA n° 2006-029 et 06 07 002, p. 34, mars 2006.

foyers monoparentaux avec enfants, se trouve amplifié par les mutations démographiques que nous avons déjà évoquées et qui éloignent les patients des centres urbains où se concentrent les effecteurs du système de soins au cours de la PDS. Nous y reviendrons.

L'existence d'une permanence des soins effective et fiable est donc un enjeu majeur de survie pour ces territoires et leurs habitants mais la nature réelle et l'importance de la demande de soins non programmés reste encore peu identifiée.

Habitat, transports, aides et soins à domicile : autant de domaines que les collectivités locales doivent désormais traiter à la lumière du vieillissement de la population. En réponse à l'apparition de ces nouveaux besoins, elles ont considérablement élargi leurs champs d'intervention et développé des politiques spécifiques. Les dépenses qu'elles supportent ont fortement augmenté en conséquence.

«Aujourd'hui, tous les départements sont confrontés à une augmentation des charges liées aux personnes âgées» reconnaît Bernard Cazeau, sénateur et président du conseil général de la Dordogne, président de la commission des politiques sociales et familiales à l'Assemblée des Départements de France (ADF).

Principaux acteurs en matière d'action sociale et de santé, les départements ont vu leurs compétences s'accroître avec la loi de décentralisation du 13 août 2004⁵⁷. Et leur engagement financier a encore augmenté avec la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), depuis 2002. A l'origine, les conseils généraux devaient financer la mesure à hauteur de 50%. Mais, aujourd'hui, ils financent souvent de 60% à 65% du dispositif, en raison du désengagement de l'Etat selon Mr Cazeau.

La charge qui pèse ainsi sur chaque département dépend de sa démographie et du nombre de personnes âgées qu'il abrite. Certains départements et leur population sont ainsi plus affectés que d'autres. Après s'être longtemps préoccupées des enfants et des jeunes, les collectivités et les mairies développent aujourd'hui des politiques en direction du troisième âge.

⁵⁷ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. NOR: INTX0300078L, Version consolidée au 29 mai 2009.

«Les municipalités ont un rôle essentiel à jouer pour briser la tendance à l'isolement, au repli sur soi, pour encourager tout ce qui vise à la mixité sociale, culturelle, au cloisonnement des classes d'âge», reconnaissait Patrick Braouezec, député et président de la communauté d'agglomération de Plaine-Commune (Seine-Saint-Denis), lors d'un séminaire, organisé en juillet 2004, par l'Institut des Villes sur le thème "Villes et vieillir"⁵⁸. Mais cette politique exige de l'attention et de l'imagination une fois identifiés les besoins et la nature de ces derniers en fonction des classes de population considérées.

«Les personnes âgées ne sont pas toujours revendicatrices. Il faut donc aller de l'avant, tout en étant à l'écoute de leurs aspirations» estime Bernard Labbé, maire de Gorcy (Meurthe-et-Moselle) et président du comité qui a piloté le projet de l'Institut des Villes⁵⁹. Lors de notre travail, à travers les demandes de soins urgents collectées, nous avons tenté d'identifier la typologie des appelants et les demandes, parfois non exprimées ou non verbalisées qu'elles laissaient sourdre.

Les personnes âgées, dans leur immense majorité, souhaitent vivre chez elles le plus longtemps possible, même lorsqu'elles ont un léger handicap. Aujourd'hui, l'âge moyen d'entrée en maison de retraite est de 85 ans. Il faut donc concevoir les activités et les services de manière à ne pas les exclure de la vie sociale. La diversité des situations des personnes vieillissantes doit conduire à ne pas standardiser l'offre de services, mais à l'adapter aux besoins de chacune d'elles. Il y a nécessité à privilégier, en la matière, la logique de la demande plutôt que la logique de l'offre, à faire du «sur-mesure» plutôt que du «prêt-à-porter».⁶⁰

En 2002, selon une enquête réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique (DREES), 80% des municipalités développaient des actions en faveur des personnes âgées. «Le vieillissement de la population nous

⁵⁸ «Citoyenneté et services aux personnes vieillissantes - Une vieillesse de plus en plus plurielle», Séminaire de Saint-Denis, 7-8 juillet 2004.

⁵⁹ L'Institut des Villes, créé en 2001 et présidé par Edmond Hervé, maire de Rennes, président de Rennes métropole, est un groupement d'intérêt public dont les membres fondateurs sont six ministères, six associations nationales d'élus locaux et la Caisse des dépôts et consignations.

⁶⁰ «Villes et Vieillir», La documentation française, Collection Villes et société, 388 pages, Paris, 2004.

oblige à rester très actifs, estime Michel Destot⁶¹. Les équipements ont vieilli, les normes ont changé. Et, surtout, le développement du maintien à domicile implique de développer de nombreux services, comme le portage de repas ou les plates-formes d'écoute téléphonique, entre autres». Sur dix communes, huit avaient mis en place un service de portage de repas, et six un service d'aide ménagère. Notons le caractère centrifuge de toutes ces actions, c'est-à-dire amenant le service, issu du centre de la communauté, vers l'utilisateur.

En ce qui concerne l'hébergement, 96% des personnes de plus de 60 ans vivent encore chez elles. Mais 500 000 d'entre elles éprouvent des difficultés pour accéder à leur logement. Sur les 4 millions de plus de 75 ans, 1,5 million vivent seules. Par ailleurs, 670 000 personnes sont hébergées dans les 10 526 établissements spécialisés (maisons de retraite, foyers, unités de soins longue durée)⁶². Vouloir maintenir ces personnes âgées à leur domicile le plus longtemps possible compte tenu des pathologies qui les affectent et du contexte géographique et social dans lequel elles désirent continuer à vivre requiert la mise en place de structures de recours aux urgences médicales non programmées plus efficaces et plus fiables. Pour ce faire une meilleure connaissance de la nature des besoins et des appels en fonction des plages horaires est nécessaire. C'est un des objectifs auxquels s'est attelé notre travail.

Avec le vieillissement de la population émergent de nouvelles affections dont la prise en charge requiert des structures médicales adaptables et mobiles. Une étude menée pendant 10 ans en Gironde et Dordogne a permis de montrer que l'incidence des démences (dont la maladie d'Alzheimer représente 80%) triple tous les dix ans après 65 ans pour atteindre 1% entre 65 et 74 ans, 10% après 85 ans et 37% après 95 ans⁶³. Ces chiffres qui sont retrouvés dans plusieurs études épidémiologiques internationales font de cette maladie un problème de santé publique de par le coût de la dépendance qu'elle entraîne après quelques années d'évolution. De son côté, la prévalence des syndromes parkinsoniens augmente régulièrement également pour atteindre

⁶¹ Député-maire de Grenoble.

⁶² «Les collectivités locales doivent faire face au vieillissement de la population», Valentin Bontemps, *Le Monde*, 13 décembre, 2007

⁶³ *Epidémiologie du vieillissement*, M. Rainfray, Centre de Gériatrie Henri Choussat, Université Bordeaux 2, *Néphrologie* Vol. 21 n° 6, pp. 273-274, 2000,

2,5% de la population de plus de 90 ans vivant à domicile et 13% de la population du même âge institutionnalisée.

De nouvelles formules d'hébergement apparaissent (foyers temporaires, unités de vie, centres d'accueil de jour spécialisés) et les municipalités s'efforcent d'adapter l'offre à une demande de plus en plus variée, en trouvant une alternative aux maisons de retraite traditionnelles, où les personnes âgées se retrouvent parfois isolées. «Le vieillissement de la population nous pousse à trouver des solutions innovantes», reconnaît M. Destot, dont la ville a mis en place un système qui permet à une personne âgée et à un étudiant de partager le même domicile.

Ainsi, la grande majorité des personnes âgées vit à domicile, avec ou sans aide, pendant que les maisons de retraite et établissements de long séjour accueillent une population de plus en plus âgée, malade et dépendante, ce qui pose des problèmes d'adaptation des structures existantes à cette population dont l'existence d'une PDS fiable, efficiente et adaptée à la demande non programmée de soins et d'avis médical dans le cadre d'un dispositif d'aide médicale permanente à la population (AMPP) est un élément essentiel. Les représentants de la Fédération Hospitalière de France se sont déclarés préoccupés par cette question auprès de la mission IGAS/IGA notamment en ce qui concerne le cas des interventions en EHPAD.^{64, 65}

A ces nécessités nouvelles, s'ajoutent les problèmes de prise en charge financière, la dépendance n'étant actuellement que peu et inégalement financée. On peut certes vivre «jeune», bien portant et autonome de plus en plus longtemps, mais dans la tranche d'âge des plus de 80 ans, on estime que le taux de dépendance sera de 15% en 2035.⁶⁶

⁶⁴ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Dans son rapport de mars 2006, la mission d'étude conjointe associant l'IGAS et l'IGA a noté que la visite à domicile dans le cadre de la permanence des soins resterait nécessaire devant l'impossibilité de déplacement ou de transport de certaines personnes, la nécessité d'intervenir en EHPAD et le développement des prises en charge à domicile (HAD, soins palliatifs, etc.).

⁶⁵ Dans son rapport de mars 2006, la mission d'étude conjointe associant l'IGAS et l'IGA a noté que la visite à domicile dans le cadre de la permanence des soins resterait nécessaire devant l'impossibilité de déplacement ou de transport de certaines personnes, la nécessité d'intervenir en EHPAD et le développement des prises en charge à domicile (HAD, soins palliatifs, etc.).

⁶⁶ Calculs «Geste», Commissariat général du Plan, 2004.

Il est donc de toute première importance d'identifier avec précision la nature, le nombre d'appels et la typologie des appelants dans le cadre d'urgences non programmées au cours de la permanence des soins afin de mieux appréhender la réalité des besoins et, de fait, proposer de nouvelles alternatives de réponse aux recours à l'urgence pour la population et notamment sa fraction la plus âgée. Répondre à ces nombreuses questions a constitué un des objectifs principaux de ce travail eu égard aux lacunes que comporte la littérature à ce sujet ; principalement en zone rurale.

Un des objets de notre étude est d'évaluer, au sein d'un secteur de garde, la nature et le nombre de demandes de recours aux urgences dans le cadre de la permanence des soins de médecine générale tout en étudiant la typologie des appelants au cours de cette période. Aucune étude disponible actuellement n'a évalué la probabilité d'avoir recours à une demande de soins en urgence dans le département de la Dordogne ou un de ses secteurs de garde. Peu d'études existent d'ailleurs à ce sujet au niveau national. L'étude ORU-MIP de 2006⁶⁷ est à notre connaissance la seule ayant évalué cette probabilité établie à près d'un habitant sur trois dans les Hautes-Pyrénées, un sur quatre dans le Tarn et le Tarn-et-Garonne et un sur dix dans le Gers.

Le secteur d'activité au sein duquel nous avons réalisé cette étude comprend Périgueux, préfecture et pivot du système sanitaire du département avec son centre hospitalier. Nous avons voulu évaluer si l'éloignement du service d'urgence central du dispositif conditionnait la plus ou moins grande consommation de soins d'urgence sur ce secteur géographique donné et vérifier si, ce que présentent les conclusions de l'étude de l'ORU-MIP, à savoir que les agglomérations de la région Midi-Pyrénées, à l'exception de Auch, semblent plus consommatrices que les zones rurales qui les environnent, était applicable à notre secteur d'activité de la Dordogne.

Comme l'a souligné le rapport Grall, la consommation de soins médicaux d'urgence ne dépend pas que de l'existence d'un système de PDS fiable mais elle est en partie liée à la plus ou moins grande lisibilité et à la compréhension du système de santé de

⁶⁷ «Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées», ORU-MIP, 145 pages, Section 1/22, p. 24, 2006. «Dans chaque département, des variations de recours aux urgences en fonction des secteurs géographiques sont également observées : recours plus important pour les secteurs proches d'un service d'urgence. La zone de recrutement des services d'urgence est également très variable.»

la part des usagers. La très récente obligation imposée par le ministère de la Santé de ramener le nombre de secteurs de garde en Dordogne de 48 à 18 a, semble-t-il, amplifié le mouvement de désengagement des gardes de nuit entamé par 110 des 360 médecins périgordiens participant à la permanence des soins accroissant l'incompréhension d'un nombre croissant d'usagers qui rencontrent de plus en plus de difficultés pour trouver un médecin de garde qui se déplace - quand il existe - ou font face à de sérieux problèmes de maintien à domicile.

Cette situation n'est pas exclusive à la Dordogne et s'applique à tout le territoire national mais elle trouve dans ce département, de part ses problèmes de démographie générale, sociale et médicale, une résonance tout à fait particulière. Ces difficultés, qu'elles portent sur leurs proches ou qu'elles s'appliquent à leur propre situation, sont d'autant plus mal vécues par les habitants que le taux de citoyens âgés de 75 ans est extrêmement élevé dans le département⁶⁸.

Actuellement, 12 millions de Français ont aujourd'hui plus de 60 ans. En 2020, selon les prévisions de l'INSEE, ils seront 17 millions. Et 24 millions en 2050. A cette date, 5 millions de personnes auront plus de 85 ans. Or, à 80 ans, 60% des patients sont hospitalisés à l'issue de la prise en charge aux urgences. Après 90 ans, ce pourcentage atteint 65%⁶⁹. Autant dire que le vieillissement attendu et déjà constaté des patients aux urgences de l'hôpital induira inévitablement une augmentation du nombre et de la durée des hospitalisations, situation qui sera d'autant plus difficile à gérer que l'âge des patients augmentera.

En conséquence, il est d'autant plus important et urgent de repenser dès à présent les filières d'aval des urgences.

Pour ce faire, une meilleure connaissance de la typologie des appelants dans le cadre de la permanence des soins constitue un élément incontournable. Mieux définir ces paramètres portant tout autant sur l'âge, la localisation géographique, le sexe, le statut social, a constitué un des objectifs principaux de ce travail.

⁶⁸ Selon l'INSEE, les plus de 75 ans y représentent plus de 12% de la population, ce taux pouvant dépasser les 15% sur le canton de Hautefort, alors que la moyenne nationale n'est que de 7,7%.

⁶⁹ «Rapport ORU-MIP» Section 1/41, p. 43, 2006.

2 - TYPOLOGIE DES APPELS

Après avoir tenté de mieux spécifier la typologie des patients présentant une demande de soin urgent non programmé au cours des horaires de la permanence des soins, nous nous sommes attachés à mieux définir la typologie des appels que nous avons régulés et qui ont amené à un déplacement médical au domicile.

Les paramètres ainsi identifiés permettent d'envisager une réflexion quant à la mise en place d'alternatives organisationnelles innovantes⁷⁰ dans le cadre de la permanence des soins parmi lesquelles on peut citer des alternatives centrifuges ayant pour objectif d'aller vers les patients à mobilité réduite ou dans l'incapacité de se déplacer pour des raisons diverses à l'inverse de schémas centripètes tendant à mobiliser le patient vers des structures centralisées comme les maisons médicales de garde dont l'efficacité et l'utilité font débat^{71,72}.

Les maisons médicales de garde ne sont par ailleurs pas réparties de façon uniforme sur le territoire français : les départements les mieux pourvus étant situés à l'ouest et au nord de la France. Parallèlement, leur activité est variable pendant les différentes périodes de la permanence des soins : ces structures ne sont généralement pas ouvertes en nuit profonde et leur activité est souvent concentrée le week-end, le nombre de consultations étant, selon certaines études, faible la semaine en première partie de nuit.

Le rapport de l'IGAS de mai 2006 avait par ailleurs noté combien «l'impact des maisons médicales de garde sur les visites à domicile et le flux aux urgences sont peu mesurés et pas toujours significatifs.»⁷³ en s'interrogeant sur «l'efficacité de structu-

⁷⁰ Mises en avant dans les conclusions du Rapport Grall d'août 2007 ou le rapport IGAS/IGA de mars 2006.

⁷¹ «... leur impact positif sur les visites à domicile et le flux aux urgences sont peu mesurés et pas toujours significatifs... La mission s'est interrogée aussi sur l'efficacité de structures fortement consommatrices de ressources au regard de l'activité observée». Evaluation du nouveau dispositif de permanence de soins en ambulatoire, IGAS - Rapport n° 2006 029, IGA - Rapport n° 06-007-02, Blanchard P., Dupont M., Ollivier R., Ferrier C., M. Prétot X., p.22-23, Paris, Mars 2006.

⁷² «Contrairement aux espoirs qu'elles ont pu à un moment susciter, ces structures, dont certaines obtiennent de bons résultats, ne constituent pourtant pas une panacée.» Rapport IGAS n° 2006-022, p. 56, Paris, Mai 2006.

⁷³ «Contrôle du FAQSV et de la DDR», Rapport IGAS n° 2006 022, p. 56, mai 2006.

res fortement consommatrices de ressources au regard de l'activité observée»⁷⁴. Le rapport Coriat de mai 2008 notait de son côté : «Il n'est pas certain que les maisons médicalisées puissent recruter des généralistes en nombre suffisant, alors même que le patient ambulatoire de jour n'est plus pris en charge par des médecins généralistes dans certains territoires. De nombreuses tentatives d'ouverture de maisons médicalisées proches de l'hôpital ont été un échec. Il faut absolument réévaluer le bien fondé et l'efficacité de cette politique.»⁷⁵

Le développement des maisons médicales de garde ou MMG se heurte à plusieurs freins parmi lesquels on peut citer la diminution du nombre de praticiens en exercice, l'absence de visibilité sur le cofinancement de ces structures, l'insuffisance du nombre de porteurs de projets dans certaines régions, que ne peut remplacer le volontarisme des élus locaux, l'absence d'alternatives structurelles viables et enfin, notamment dans les secteurs ruraux très étendus, l'absence de prise en charge des transports des patients ne pouvant se déplacer ; l'assurance-maladie ne remboursant que le transfert vers des structures d'urgences des établissements de santé⁷⁶.

A l'instar de bien des situations identiques en France, le secteur de la Dordogne au sein duquel a porté notre étude s'inscrit dans un contexte local et régional très problématique. La situation sanitaire est devenue préoccupante dans ce département. La profession médicale, qui peine à trouver de jeunes recrues dans un contexte global délétère, exprime son malaise à travers un mouvement massif de désengagement des gardes de nuit qui perdure depuis des années.

La question inquiétante de savoir si le département venait rapidement à manquer de médecins n'est plus désormais du domaine de la spéculation intellectuelle. Elle est d'actualité et n'a rien de saugrenu puisque la Dordogne n'arrive pas à recruter de nouveaux candidats à l'installation. L'éloignement de la ville et de ses commodités, une certaine idiosyncrasie locale ainsi que les contraintes liées aux gardes nocturnes

⁷⁴ «Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire», Rapport IGAS n° 2006 029 et IGA n° 06-007-02, p.23, mars 2006.

⁷⁵ «Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins», Rédigé par P. Coriat, Président, F. Braun, J.-P. Genet, P. Goldstein, A. Nazac, B. Pol, J. Remond, p. 10, Mai 2008.

⁷⁶ «Rapport d'information sur la permanence des soins», P. Boënnec, N° 1205, Assemblée Nationale, 21 octobre 2008.

jouent ici en défaveur du monde rural dans ce département.

Le phénomène n'est pas récent mais il s'est aggravé ces dernières années. La population des médecins périgordiens vieillit et n'est guère renouvelée, reflétant ainsi une tendance générale observée au niveau démographique sur tout le département⁷⁷. Les autorités administratives régionales estiment ainsi que 36% des spécialistes et 42% des généralistes de Dordogne partiront à la retraite d'ici à 2016.

La Dordogne est déjà lourdement affectée par la pénurie de médecins comme en attestent les données de l'URCAM datant de 2006 identifiant 456 médecins généralistes dans le département dont 147 âgés de plus de 55 ans ce qui représente 33,24% du total de généralistes en exercice à cette date. Notons que les chiffres de 2008 sont encore plus inquiétants avec un total de 425 généralistes en activité⁷⁸.

Pour les spécialistes, les constatations sont à peu près identiques avec 29,91% âgés de plus de 55 ans sur les 214 répertoriés. A titre de comparaison et selon les mêmes sources, en Aquitaine, le pourcentage de généralistes âgés de plus de 55 ans était en 2006 de 28,73% et de 27,61% sur la totalité du territoire français⁷⁹.

Si rien n'est mis en œuvre rapidement, les autorités sanitaires estiment que les effectifs médicaux pourraient s'écrouler rapidement dans la plupart des zones rurales du département. Rien qu'en Périgord noir, ce sont au minimum 109 professionnels de santé qui devront être trouvés d'ici à 2016 afin d'assurer un renouvellement des professions médicales. Les pouvoirs publics doivent donc dès aujourd'hui unir leurs efforts pour éviter une désertification dramatique pour les habitants des campagnes dé-

⁷⁷ «Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 - Les départements du Sud et du littoral atlantique gagnants au jeu des migrations internes», Arnaud Degorre, direction régionale du Nord - Pas-de-Calais, Patrick Redor, département de l'Action régionale, INSEE Première N° 1116, janvier 2007.

⁷⁸ Vivre en Périgord, Oct. 2008

⁷⁹ Il n'y a pas que les médecins touchés par ce phénomène puisque 51% des dentistes, qui peinent déjà à répondre à la demande en Périgord noir et en Périgord vert, ont plus de 50 ans. Les mêmes autorités sanitaires estiment que ces praticiens perdront plus d'un tiers de leurs effectifs en Dordogne d'ici à huit ans.

Les kinésithérapeutes ne sont pas non plus épargnés par cette tendance lourde départementale. Déjà en nombre très inférieur à la moyenne régionale, puisqu'on évalue leur nombre à 0,5 pour mille habitants en Dordogne contre 0,9 en Aquitaine, on estime que la moitié d'entre eux ont déjà dépassé la cinquantaine.

jà touchés par le rétrécissement des services publics d'autant que l'âge moyen de première installation d'un médecin généraliste est de 39 ans⁸⁰.

Le tout récent Atlas 2009 du Conseil National de l'Ordre des Médecins⁸¹ dresse un constat sans appel : les médecins sont de moins en moins nombreux par rapport à la population, ils sont vieillissants et très inégalement installés sur le territoire. Les derniers chiffres sont extrêmement parlants. «Au 1^{er} janvier 2009, la densité des médecins en activité en France métropolitaine s'est établie à 290,3 médecins pour 100 000 habitants, contre 300,2 en 2008. En incluant les remplaçants (5 % du total), elle est tombée à 312, contre 322 un an auparavant.»⁸²

Les médecins en activité «régulière», chiffre excluant les remplaçants (199 736), «baissent pour la première fois de 2%», selon le président de l'Ordre, le Dr Michel Legmann. Même si pour l'Ordre la première raison du déclin est connue - le *numerus clausus*, il évoque parallèlement «le vieillissement du corps médical», avec un âge moyen de 51 ans, et des départs à la retraite massifs ces prochaines années.

Ce rapport ajoute néanmoins que «l'augmentation des étudiants ne résout rien» car il s'inquiète de voir de nombreux jeunes s'écarter de la médecine de soins. L'augmentation du nombre de «médecins remplaçants» (désormais 10 000) témoignerait d'une réticence à s'installer. 25 % des inscrits en 2008 ont choisi ce mode d'exercice, tandis que «seulement» 10 % se sont installés en libéral, et que 66 % ont préféré le salariat.

Ainsi, les problèmes de la démographie des médecins sont désormais devenus un enjeu majeur en France mais certains territoires en sont principalement affectés tels la Dordogne qui, en proie au vieillissement de sa population, devrait plutôt être en situation d'accroître son offre de soins alors qu'au contraire elle se raréfie. Il n'est pas inutile de préciser dès ce stade de notre travail qu'il n'existe, à ce jour, aucune maison

⁸⁰ Selon le président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine, le Docteur Laurent-Joye, Colloque mené à la Faculté de Médecine Victor Segalen - Université Bordeaux 2, 7 juin 2008.

⁸¹ <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2009.pdf>

⁸² «Atlas de la Démographie Médicale - Situation au 1^{er} janvier 2009», Dirigé par M. Legmann, I. Kahn-Bertrand et P. Romestang, CNOM, Paris, 9 juin 2009.

médicale de garde en Aquitaine^{83,84}. Dans de telles conditions, il est clair pour tous que la perspective de la participation à la permanence des soins constitue un frein à l'installation.

Tous les rapports que nous avons étudiés évoquent à des degrés divers les conséquences humaines, logistiques et économiques des dysfonctionnements avérés, identifiés et largement documentés du système de permanence des soins tel qu'il existe actuellement⁸⁵ en pointant l'efficacité relative et limitée des maisons médicales de garde⁸⁶.

Le report de la PDS au cours de la seconde partie de nuit couplé à la réponse effective aléatoire des maisons médicales au cours de la première partie de nuit⁸⁷ ont été fréquemment notés. Selon les remontées d'informations nationales, sur 88 départements, 468 secteurs sur 2186 n'étaient pas couverts par un médecin libéral d'astreinte en seconde période de nuit ce qui signifie que 21,4% des secteurs sont non pourvus de médecin de permanence dans le cadre de la PDS⁸⁸.

L'enquête annuelle 2008 du Conseil National de l'Ordre des Médecins démontre que, dans un secteur sur trois, la permanence des soins assurée par des médecins de ville s'arrête à minuit, le secteur hospitalier prenant alors le relais de façon plus ou moins formalisé. Dans certains secteurs, la permanence des soins ambulatoire s'arrête même parfois à 23h à la demande des médecins, alors même que les forfaits

⁸³ «L'Aquitaine», Journal d'information du Conseil Régional d'Aquitaine, n° 33, p. 4, Mai et juin 2009.

⁸⁴ Un projet semble être en voie de réalisation dans le Bergeracois.

⁸⁵ Cas particuliers du Maine et Loire, de l'Ille et Vilaine, de l'Oise, de la Sarthe, du Rhône, des Pyrénées Atlantiques, du Val de Marne, de l'Yonne. Cf supra Note 1, pp. 6 et 7.

⁸⁶ «Pour les maisons médicales de garde, le bilan est plus mitigé (*Note de l'Auteur* : que la PDS dont le bilan est jugé «contrasté»). En l'absence de cahier des charges assez contraignant, certains financements abusifs ont pu être accordés dans un premier temps. Les quelques évaluations disponibles suggèrent des différences d'impact fortes selon l'environnement de la structure (rural semi-urbain, urbain, proximité des urgences hospitalières). Elles restent cependant largement muettes sur l'impact financier pour l'assurance-maladie de ces maisons médicales de garde.», résumé du rapport n° 2006 022 «Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)», IGAS, C. Daniel, B. Delpal et C. Lannelongue, p. 5/7, Paris, Mai 2006.

⁸⁷ Voir la notion de «zones grises» où l'intervention des médecins généralistes est aléatoire selon le Docteur Marc Giroud, président du SAMU de France ; Rapport IGAS n° 2006-029/IGA n° 06-07-02), p. 2/5 mars 2006.

⁸⁸ Source DHOS. Ce constat est également fait par le SAMU de France. Dans une réponse à une enquête réalisée à la demande de la DHOS fin 2005, 21% des SAMU interrogés indiquaient que «plus de la moitié des secteurs médicaux existent sans effecteur de la PDS à partir de minuit».

d'astreintes prévus par l'avenant 4 couvrent la période de 20 heures à minuit, conformément aux horaires figurant dans les décrets de 2003 et 2005.

Le Docteur Marc Giroud, président de SAMU de France, a ainsi regretté que ces basculements vers le secteur hospitalier se fassent parfois dans le «non dit», c'est-à-dire en dehors du cadre institué par le préfet dans le cahier des charges départemental de la permanence des soins, sans que les conditions d'exercice ne soient sécurisées ni qu'existe un transfert de financement⁸⁹.

De plus, peu de données chiffrées concrètes permettent d'évaluer avec précision la nature réelle de la demande de soins médicaux au cours de ces périodes. Une étude de la mission régionale et interdépartementale de contrôle et d'évaluation (MIIRCE) de Basse-Normandie datant de 2003 laissait à penser que des moyens importants étaient mobilisés de nuit pour une activité plutôt faible⁹⁰. Ce type d'étude a servi d'argument à certains pour justifier leur désengagement de la PDS en seconde partie de nuit.

D'autres affirment que l'absence d'actes réalisés ne justifie pas le maintien d'un accès aux visites à domicile et, qu'en conséquence, il faut simplement organiser des transports par ambulance vers les structures d'urgence pour les quelques cas recensés. Une telle vision est en contradiction avec la réalité que nous avons observée et les données de l'ORU-MIP (Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées) qui a noté une augmentation des venues dans les services d'urgence la nuit entre minuit et 8 heures⁹¹.

Toujours selon cette étude, le non-déplacement du médecin effectuant la PDS est la réponse la plus courante⁹² et un médecin sur six demande systématiquement aux ma-

⁸⁹ Une décision du tribunal administratif de Dijon datée du 15 novembre 2007 n'admet cependant ce report que lorsqu'il est explicitement motivé et ne représente pas une charge disproportionnée pour les services d'urgence.

⁹⁰ «Bilan d'évaluation de la permanence de soins en médecine ambulatoire» MIIRCE - 30 juin 2004.

⁹¹ «Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville (étude financée par la CNAMTS)», Recto-Verso, n°5, novembre 2004.

⁹² La mission conjointe de l'IGAS/IGA a noté : «Bien que cela ne soit pas, loin de là, le cas général, certains représentants des médecins libéraux ont justifié, devant la mission, le principe d'astreintes sans aucune visite.», rapports n° 2006-029 et 06 07 002, p. 44, mars 2006.

lades de se déplacer dans son cabinet de consultation. Aucune information n'est disponible quant aux pathologies rencontrées. De plus, l'orientation vers les services d'urgence est systématiquement évoquée par 30% de l'ensemble des médecins effectuant la PDS la nuit et par 25% le week-end.

Aucune différenciation basée sur l'âge, le sexe, la date d'installation ou la zone d'exercice n'a pu être identifiée. Enfin, le rapport à «l'urgence» considéré comme tel par ces médecins est assez évocateur puisque la majorité d'entre eux considère les malades comme «revendiquant»⁹³ une réponse aux soins rapide, de qualité, rassurante et peu onéreuse. Cette appréciation est probablement à mettre en parallèle avec la mise en avant, à bien des égards légitime, par ces mêmes médecins d'une meilleure qualité de vie et de conditions de travail et de reconnaissance de leur profession.

La réorientation massive des patients vers les services d'urgences hospitaliers risque d'exposer les médecins incriminés aux conséquences légales éventuelles liées à d'éventuelles complications médicales au cours de ces transports effectués sans avis préalable au lit du patient durant des périodes où une présence médicale est explicitement spécifiée par la loi⁹⁴. Parallèlement, elle risque de déprécier durablement l'image des généralistes si leur seul rôle se trouve, de fait, réduit à déterminer si l'orientation vers l'hôpital par des ambulanciers est légitime ou non en privilégiant la formation de permanenciers auxiliaires de régulation médicale ou PARM auxquels nombre de praticiens sont formellement opposés.

Depuis 2003, on constate ainsi une diminution de l'intervention des médecins généralistes en nuit profonde au bénéfice d'un transport sanitaire vers les urgences. Malgré cela, ces astreintes sont toujours rémunérées. Le coût moyen d'un acte médical en nuit profonde dans le département des Alpes de Haute-Provence atteint ainsi plus de 6 000 euros⁹⁵. Compte tenu des contraintes économiques actuelles, nombreux sont ceux qui considèrent que l'Etat ne pourra guère plus longtemps gérer ce type de comportement.

⁹³ Voir supra note 50.

⁹⁴ Article L1110, Créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3, JORF 5 mars 2002.

⁹⁵ «Rapport d'information sur la permanence des soins», P. Boënnec, Député, Délégation à l'Aménagement et au Développement Durable du Territoire, N° 1205, 21 octobre 2008.

D'autres études, spécifiquement orientées sur les aspects financiers de la PDS, exposent des nombres d'actes par période de nuit profonde (ou seconde partie de nuit) oscillant entre 0,94 acte (pour l'ensemble des 35 secteurs de garde du département de l'Ain) et 24,06 actes pour l'ensemble des 48 secteurs de garde du Rhône⁹⁶. En analysant ces chiffres d'un autre point de vue, certains en ont déduit que dans le Nord-Pas-de Calais, un médecin d'astreinte de nuit profonde n'effectuait que 0,14 acte par nuit soit un «dérangement»⁹⁷, après minuit, seulement une garde sur neuf.

Outre les commentaires relevés dans les rapports afférents liés à la notion de dérangement ou de revendication lorsqu'il s'agit de patients anxieux en demande de soins, la très forte disparité entre les chiffres présentés selon les départements et l'absence de méthodologie objective exposée ne peut amener à tirer des conclusions générales tant médicales qu'économiques quant à l'activité réelle au cours de la seconde période de nuit.

Aucune de ces études ne permet de spécifier la nature de la demande de soins au cours de ces périodes ni le devenir des patients ayant eu la faveur d'une visite du médecin de permanence au cours de ces horaires de permanence des soins. La typologie des appelants n'est pas non plus évoquée dans ces études qui restaient focalisées sur des aspects strictement quantitatifs⁹⁸. Par ailleurs, à aucun moment, nous ne savons si les appels ayant motivé le déplacement considéré ont été gérés dans le cadre d'une régulation médicale centralisée au niveau du Centre 15 ou gérés directement par le praticien de garde⁹⁹.

Une seule étude démontre que les associations d'urgentistes sont sollicitées dans un tiers des cas pour des enfants de moins de 13 ans, souffrant généralement de troubles somatiques et que 92% des déplacements d'urgentistes sont motivés par des af-

⁹⁶ Source URCAM mentionnée dans le Rapport IGAS n° 2006-029/IGA n° 06-07-02, p. 29, mars 2006. Cette étude a porté sur les départements de l'AIN, de l'Ardèche, de la Drôme, de l'Isère, de la Loire, du Rhône, de la Savoie, de la Haute Savoie, du Tarn, du Pas de Calais, du Nord et de l'Oise.

⁹⁷ ibid. note 98.

⁹⁸ Se reporter au nombre d'actes accomplis en nuit profonde dans le cadre de la PDS d'août (date des premiers effets comptabilisés de l'avenant n°4) à décembre 2005. Source UNCAM. Cf supra note 25.

⁹⁹ La définition juridique de la régulation médicale nous est donnée par le décret N° 87-1005 du 16 décembre 1987 du Code de la Santé Publique.

fections aiguës, l'état clinique du patient étant d'autant plus critique que celui-ci est âgé.

Cette étude s'est attachée à l'activité journalière des services d'urgentistes sans différencier spécifiquement les périodes couvertes par la permanence des soins. Ainsi, trois recours sur cinq auprès d'un urgentiste de ville se concluent par une orientation du patient vers un médecin généraliste ou spécialiste, et près d'un sur dix par une hospitalisation¹⁰⁰.

Compte tenu des textes en vigueur au moment de la réalisation de ce travail, il est légitime que nous parlions d'appels régulés dans la mesure où ces derniers souscrivent à la définition officiellement reconnue de l'acte de régulation : «La régulation est un acte médical dont le principe repose sur la réception et la gestion de tout appel à caractère d'urgence ou vécu comme tel. Elle débute dès la réception d'un appel et se termine à la fin de la mission du moyen déclenché. Elle comprend l'analyse de la demande, la détermination et le déclenchement rapide de la réponse la mieux adaptée, le suivi et la mise en œuvre de cette réponse et l'orientation vers un hôpital ainsi que la préparation de son accueil. La régulation repose ainsi sur l'établissement d'un dialogue et d'un contrat entre le médecin et l'appelant».¹⁰¹

Cette définition, et principalement ses modalités d'exercice, ont été précisées dans des textes réglementaires additionnels¹⁰² qui mentionnent que la régulation médicale des appels doit assurer une écoute médicale permanente, déterminer et déclencher dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée à la nature des appels.

Elle se doit également de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient compte tenu du respect du libre choix et faire préparer son accueil en assurant le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires.

¹⁰⁰ DREES - «Études et Résultats» n° 480 - avril 2006.

¹⁰¹ «Les pièges de la régulation médicale». Dr Sylvain Henry, SAMU 67, Les Rendez-vous de l'Urgence, Strasbourg, 29 mai 2008.

¹⁰² Version en vigueur au 12 juin 2009, depuis le 12 avril 2008. Modifié par Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 - art. 2 () JORF 28 décembre 2006.

Enfin, elle doit veiller à l'admission du patient. Toutes ces conditions impératives ont été scrupuleusement respectées au cours de la réalisation de ce travail.

Tant les aspects qualitatifs que quantitatifs de ces demandes nous ont paru requérir une analyse spécifique plus profonde afin de mieux connaître la nature réelle des demandes d'aide médicale permanente à la population au cours de la permanence des soins. Aucun des travaux disponibles dans la littérature ne mentionne le type et la gravité des pathologies amenant à un déplacement médical au domicile après régulation préalable au cours de la permanence des soins et encore moins leur devenir après consultation.

Nous n'avons trouvé trace que d'un travail, issu d'une enquête menée par la DREES au cours du mois d'octobre 2004¹⁰³, évaluant le recours aux médecins urgentistes de ville. Cette étude a porté sur 2300 visites effectuées par 94 médecins exerçant au sein d'associations d'urgentistes de ville telles SOS Médecins ou Urgences Médicales de Paris. Elle a été précédée d'un travail préparatoire publié en 2005¹⁰⁴. Mais aucune étude ne s'est jamais spécifiquement intéressée aux demandes non programmées de soins au sein de zones mixtes à la fois urbaines et rurales ni aux moyens de transport médicalisés utilisés au décours d'un déplacement au domicile dans le cadre de la permanence des soins.

Parmi les nombreux points d'intérêt mis en avant par les différents rapports et articles antérieurement mentionnés, il est intéressant de noter que la connaissance des comportements des patients fréquentant les urgences est relativement limitée¹⁰⁵ ainsi que la pathologie qu'ils présentaient. Bien que des outils existent permettant une approche quantitative et qualitative de l'activité des services d'urgence, ils sont peu, voire pas, utilisés dans le cadre de la permanence des soins de médecine générale. Il faut mentionner par ailleurs que ces échelles d'évaluation sont, à ce jour, hétérogènes

¹⁰³ «Le recours aux médecins urgentistes de ville». DREES. Etudes et résultats, n°480, avril 2006.

¹⁰⁴ «Premiers résultats de l'enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale». M. Gouyon, G. Labarthe, DREES, Etudes et résultats, n° 471, 2005.

¹⁰⁵ «Étude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville (étude financée par la CNAMTS)», Recto-Verso, n°5, novembre 2004.

et multiples¹⁰⁶.

Nous avons également étudié la typologie des appels selon les diverses plages horaires de la permanence des soins en analysant les actes effectués à domicile selon les cotations de la CPAM (visites simples à domicile, visite avec établissement d'une cotation K et visite avec réalisation d'un ECG) ce qui n'a, à notre connaissance, pas été étudié dans le cadre de la permanence des soins de médecine générale

Méconnaître la nature des demandes de soins urgents non programmés dans le cadre de la permanence des soins aboutit mécaniquement à sous-évaluer le type d'offre proposé à la population. Cette sous-estimation ne peut être que préjudiciable aux patients les plus faibles, les plus démunis et les plus précaires (personnes âgées, isolées ou dépendantes, familles monoparentales, enfants et nourrissons, entre autres) aboutissant dans les faits à une véritable exclusion du système d'accès à l'urgence constituant dans les faits une attitude discriminatoire contraire à la loi^{107,108}.

¹⁰⁶ La DREES exploite la classification GEMSA, acronyme du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil qui a mis au point cette dernière avec la société française de réanimation et la SFMU, Société Française de Médecine d'Urgence. Cette classification distingue les patients selon leur mode d'accueil et de sortie aux urgences de l'hôpital, c'est-à-dire selon qu'il y a eu hospitalisation ou non suite au passage dans l'unité des urgences.

En France, les spécialistes de l'urgence quant à eux utilisent l'échelle CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) comportant cinq classes selon la gravité de la pathologie rencontrée.

La classification CCMU subdivise les patients en 5 classes selon l'appréciation subjective de l'état clinique initial. Les deux premières incluent les malades dont l'état clinique est jugé stable, la classe III groupe les patients dont le pronostic vital n'est pas jugé engagé, les classes IV et V comprennent les malades dont le pronostic vital est jugé engagé.

Classe I : Etat lésionnel ou pronostic vital jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe II : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe III : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, il n'engage pas le pronostic vital et la décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe IV : Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge ne nécessite pas de manœuvres de réanimation aux urgences.

Classe V : Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge comporte la pratique de manœuvres de réanimation.

Actuellement, ces deux échelles, dont aucune n'est obligatoire, sont utilisées indifféremment et insuffisamment par les services d'urgence. La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la DREES devraient choisir entre ces deux nomenclatures afin de clarifier le débat.

¹⁰⁷ «Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.» Article L1110-3 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002

¹⁰⁸ Article L1110-1 du Code de la Santé Publique, créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002

Définir, à partir de cette notion imprécise, des schémas de prise en charge des appels urgents non programmés tend à mésestimer le phénomène réel et, de fait, à proposer des stratégies inadéquates. Le docteur Jean-Yves Grall l'a très justement analysé lorsqu'il écrit : «Le fait qu'il n'y ait pas d'activité recueillie par les caisses d'assurance maladie ne signifie nullement qu'il n'y a pas de besoins pour la population... !»¹⁰⁹.

Les études concernant la typologie des appelants ainsi que la nature des appels en urgences non programmés au cours de la permanence des soins de médecine générale ne font pas florès actuellement dans la littérature. A titre d'exemple, l'étude très fouillée et remarquablement détaillée de l'Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées ne consacre que 2 pages à la PDS sur les 145 que comporte le rapport soit moins de 1,4% ¹¹⁰!

C'est à cette meilleure connaissance que nous nous sommes attachés au cours de la deuxième partie de ce travail.

3 - IMPLICATIONS ECONOMIQUES POUR LA SOCIETE

Une fois identifiées et analysées les typologies des appelants et des appels reçus au cours de la PDS, il était logique que notre démarche étudie le devenir des patients vus au domicile ainsi que l'orientation des ces derniers en différenciant d'une part le moyen de transport utilisé et d'autre part l'unité hospitalière de destination.

Nous nous sommes attachés spécifiquement à l'analyse de ces paramètres en étudiant l'orientation des patients après déplacement médical au domicile en précisant trois parcours :

- Le patient est laissé sur place (LSP),
- Le patient est hospitalisé aux urgences de l'hôpital (d'où il sera par la suite orienté vers les services référents après examen),

¹⁰⁹ «Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins» Dr J.-Y. Grall, p. 12, Paris, Août 2007.

¹¹⁰ «Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées», ORU-MIP, 145 pages, pp. 131-132, 2006.

- Le patient est hospitalisé dans l'unité de soins intensifs de cardiologie de l'hôpital ouUSIC.

A . Optimisation des moyens logistiques disponibles dès le domicile vers l'hôpital.

Pour les deux dernières orientations, nous avons étudié le type de moyen opérationnel mis en œuvre : SAMU, ambulances privées du pool de garde, ambulance des Pompiers ou autre dispositif). A notre connaissance, aucune étude n'a jamais analysé ce type de données dans ce cadre précis bien que de nombreux travaux s'inquiètent de la hausse constante des coûts liés aux transports au cours de la permanence des soins.

Cette analyse a permis de pouvoir transférer notre réflexion vers le terrain économique en permettant de contribuer à mieux appréhender la notion, évoquée dans de nombreuses publications, de coût déraisonnable^{111,112}.

Aucune des données de la littérature que nous avons étudiées, que ce soit sous forme de rapports, de conférences lors de congrès ou de publications, ne définit sur quels éléments objectifs les auteurs se basent pour parler de coût déraisonnable¹¹³. On ne sait d'ailleurs pas plus ce qui est entendu par coût «raisonnable»! Ce terme n'est ni précisé ni explicité ni commenté sous forme de rapports «cost/effectiveness», «cost/efficiency» ou «cost/benefits».

Nous avons déjà mentionné que les rares travaux disponibles identifient habituellement des niveaux d'activité différents selon la période de permanence des soins considérée. Ils ont noté que la plupart des actes régulés de la permanence des soins ambulatoire se concentre sur la période de début de nuit et de dimanche et jours fériés. En 2006, selon l'IGAS, les actes effectués les dimanches et les jours fériés représentent 55% des actes de permanence, et ceux effectués en début de nuit 38%¹¹⁴.

¹¹¹ «Les urgences médicales : constats et évolution récente» Rapport de la Cour des Comptes, Paris, 2006.

¹¹² «Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)», IGAS - Rapport n° 2006-022, Paris, Mai 2006.

¹¹³ Magazine de l'Ordre National des Médecins, n°6, juin-juillet 2006.

¹¹⁴ «Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en ambulatoire», IGAS - Rapport n° 2006 029, IGA - Rapport n° 06-007-02, Blanchard P., Dupont M., Ollivier R., Ferrier C., M. Prétot X., p.22-23, Paris, Mars 2006.

En rapportant de cette manière le nombre d'actes effectués pendant la permanence des soins aux nombres d'astreintes versées pour les mêmes périodes correspondantes, ces analyses ont permis d'observer d'importants écarts de ratios d'activité entre les différentes plages horaires. Les diverses études que nous avons analysées en concluent qu'un forfait d'astreinte de dimanche et jours fériés s'accompagne d'un volume d'activité huit fois plus important qu'un forfait d'astreinte versé pour une période de nuit¹¹⁵.

Par syllogisme, les auteurs estiment ainsi que le coût unitaire moyen d'un acte pendant la période de milieu de nuit est plus de cinq fois supérieur à celui d'un acte effectué les dimanches et jours fériés et plus de trois fois supérieur à celui d'un acte effectué en début de nuit¹¹⁶.

Cependant, dans son rapport présenté devant l'Assemblée Nationale le 21 octobre 2008, la commission Boënnec notait que pour avoir une vision globale du problème, il fallait prendre en considération la diminution de l'intervention des médecins généralistes en nuit profonde au bénéfice d'un transport sanitaire vers les urgences de l'hôpital sans déplacement médical, ce qui, de fait, concourt à biaiser ces données en surévaluant mécaniquement le coût des actes de nuit profonde.

Les dépenses liées aux transports sanitaires et à la garde ambulancière ne sont pas incluses dans le montant figurant dans le rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale de 2007. Pourtant, le coût des transports privés réalisés pendant les périodes de permanence des soins et de la garde ambulancière, dont le champ recouvre aussi les transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente, a tout de même représenté un montant de 216 millions d'euros en 2006.

Les forfaits de la garde ambulancière ont constitué 140,4 millions d'euros, soit 65% de ce montant, le remboursement des transports réalisés atteignant près de 63 millions d'euros. A cela s'ajoutent les dépenses de carence remboursées par les établissements hospitaliers aux services départementaux d'incendie et de secours

¹¹⁵ Art. R. 6315-1, al. 1^{er}, Nouvelle partie réglementaire du Code de la Santé Publique. Dalloz, p.2443, Paris, 2007.

¹¹⁶ «Les urgences médicales : constats et évolution récente» Cour des Comptes, Paris, 2006.

(SDIS) lorsque les pompiers interviennent en l'absence de possibilité de transport ambulancier.

En 2007, ce sont près de 25 millions d'euros qui ont ainsi été réclamés par les services départementaux d'incendie et de secours pour plus de 80 000 interventions. Pour avoir une estimation plus fine des coûts réels liés aux carences du système actuel de PDS, il faudrait également tenir compte du surcroît d'activité dans les services d'urgences, qui assurent de plus en plus la permanence des soins en nuit profonde au lieu et place des médecins libéraux¹¹⁷ dont certains pourtant sont rémunérés pendant cette période.

Notre travail apporte des éléments nouveaux permettant d'envisager une approche radicalement différente de la gestion des transports de patients vers l'hôpital au cours de la permanence de soins avec les conséquences économiques afférentes.

B . Perspectives économiques pour la société.

Les évolutions sociétales ayant transformé le patient en un «consommateur de soins»¹¹⁸, il n'est plus possible d'éluder cette nouvelle donne¹¹⁹. En lisant la consultation publique de la Commission européenne sur la refonte des directives sur les dispositifs médicaux, on constate que, plus qu'une approche en terme de

¹¹⁷ «Rapport d'information sur la permanence des soins», P. Boënnec, N° 1205, Assemblée Nationale, 21 octobre 2008

¹¹⁸ «Patient ou Personne malade ? Un nouveau paradigme ? Les nouvelles figures du consommateur de soins.» Claude LePen, Revue économique, Presses de Sciences Politiques, I.S.B.N.2724631371, Vol. 60 2009/2, p. 257 à 271, Paris, 2007.

¹¹⁹ «En outre, le médecin a vu progressivement le périmètre de ses obligations s'étendre jusqu'à faire peser sur lui en 1997 la charge de la preuve de l'information donnée à ses patients (Arrêt Hedreul, Cour de cassation, Première Chambre civile, 25 février 1997, Arrêt n° 426. Cassation, Pourvoi n° 94-19.685) Cette évolution jurisprudentielle a conduit certains médecins à pré-constituer la preuve du respect de leur devoir d'information à l'égard de leur patient en faisant signer à ces derniers des notices d'information sophistiquées, ayant vocation à contenir les informations relatives aux risques, mêmes exceptionnels, liés à l'acte de soins ou au traitement concerné.

Le contexte de l'action médicale lors d'urgences fait un peu figure à part quant au respect de ces procédures *stricto sensu*. Cette évolution est intimement liée à la reprise du pouvoir du patient sur son «capital santé» et à la «consommérisation» de la démarche de ce patient, devenu véritable «consommateur de soins». Les magistrats français ont en effet suivi les principes directeurs du droit de la consommation qui organisent un régime de protection juridique particulier au bénéfice des consommateurs et aux dépens des professionnels.» dans «L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation d'un dommage corporel.» J. Hureau, D. Poitout, 2^{ème} édition, Elsevier Masson, ISBN 2294014634, 9782294014635, Paris, 2005.

santé publique, c'est une approche commerciale de la santé qui domine au sein des instances européennes¹²⁰.

Nous avons tenté d'apporter des éléments nouveaux permettant d'aborder cette nouvelle conception de la médecine. Une partie de notre travail a été consacrée à la comparaison de notre activité en terme de nombre de prescriptions médicamenteuses, d'examens complémentaires ou d'actes ainsi que de coût par rapport à celle du médecin référentiel région selon les données fournies par l'URCAM.

Tous les travaux que nous avons étudiés soulèvent le problème de l'absence de données d'évaluation disponibles sur les activités de régulation libérales permettant de mesurer l'impact complet de ces dispositifs sur l'activité médicale ou de déterminer leur efficience tant pratique qu'économique malgré les considérables sommes engagées chaque année¹²¹.

Au cours de notre analyse de la littérature, nous n'avons donc pas trouvé mention de données quant aux coûts et éventuelles économies associées à une pratique spécifique de la médecine au domicile dans le cadre de recours aux médecins urgentistes de ville¹²² hormis le travail de Marie Goyon déjà évoqué¹²³ et l'étude, tou-

¹²⁰ «Regrouper la santé et le bien-être des animaux et la santé publique est plus économique. Améliorer la sécurité sanitaire des citoyens, promouvoir la santé pour renforcer la prospérité et la solidarité, produire et diffuser des connaissances en matière de santé étaient les buts de l'Agence exécutive pour le programme de santé publique. Ils vont maintenant se confondre avec la protection des intérêts économiques et juridiques des consommateurs et les mesures phytosanitaires.» Décision de la commission du 20 juin 2008 modifiant la décision 2004/858/CE aux fins de transformer l'«Agence exécutive pour le programme de santé publique» en «Agence exécutive pour la santé et les consommateurs» (2008/544/CE), Journal officiel de l'Union européenne L 173/27, Bruxelles, 3 juillet 2008.

¹²¹ Rappelons que, selon l'IGAS, en cumulé, plus de 650 millions d'euros ont été alloués au FAQSV et à la DRDR depuis leur création et 500 millions € ont été versés aux projets financés. Cette somme cumulée doit être entendue sur 6 années pour les seuls versements du FAQSV et sur 4 années pour les versements de la DRDR. «Rapports n° 2005-176, 2005-181, 2005-182, 2005-202, 2005-005 sur les régions Bourgogne, Champagne Ardennes, Haute Normandie, Provence Alpes Côte d'Azur, Rhône Alpes.»

¹²² Le rapport de l'IGAS portant sur le contrôle et l'évaluation du FAQSV et de la DDR note, page 57 : «Enfin, la mission n'a pu disposer d'aucune évaluation financière des dispositifs comparant notamment les économies générées (baisse du nombre d'actes majorés) aux coûts engendrés (rémunération des médecins régulateurs).» Rapport n° 2006 022, mars 2006.

¹²³ «Le recours aux médecins urgentistes de ville». M. Gouyon. DREES. Etudes et résultats, p.7, n°480, avril 2006.

jours en cours, du Care Level Management™, menée aux USA en lien avec Medicare dans cinq états¹²⁴.

En 1996, Roberts¹²⁵ a démontré que les passages urgents ou semi-urgents, qui représentent 68% de l'activité des départements d'urgence aux Etats-Unis, génèrent un coût élevé par rapport aux raisons non urgentes. Bien qu'il faille rester prudent en extrapolant ces données car elles ne concernent pas la permanence des soins de médecine libérale qui reste, à ce jour, absente aux Etats-Unis, force est de constater que les premiers résultats intermédiaires récemment présentés^{126,127} battent en brèche l'opinion des tenants du «zéro visite à domicile»¹²⁸ en démontrant que la visite à domicile, dans le cadre de l'Aide Médicale Permanente à la Population, et principalement du maintien de personnes âgées avec maladies chroniques au domicile, permet de réduire de 60% en moyenne le recours à l'hospitalisation en épargnant 30% des dépenses de soins¹²⁹.

Les résultats d'un récent travail relatif à l'amélioration de l'accès des patients aux médecins¹³⁰ sont de tout particulier intérêt comme l'a mentionné Mr. Barak Obama, Président des Etats-Unis devant les représentants du Congrès le 9 septembre 2009¹³¹ dans le cadre de la réforme du système de protection sociale.

¹²⁴ Cette structure opère actuellement préférentiellement à New York, Melbourne (Floride), Phoenix (Arizona), Tucson et San Antonio (Texas), Boston (Massachusetts) et Philadelphie (Pennsylvanie).

¹²⁵ «The costs of visits to emergency departments», Roberts W., N. Eng. J. Med, 334:642-6, 1996.

¹²⁶ <http://www.carelevel.com>.

¹²⁷ «Long Term Care Integration Project San Diego - Personal Visiting Physician Delivery System & the Care Management for High Cost Beneficiaries Demonstration», Dr. J. W. Spooner, SVP Outcomes, Academic & Government Relations, Chicago, 2006.

«CLM Clinical Results :

- 1407 Avoided Admissions
- 378 Home Hospitalizations

Financial Results :

- | | |
|--|------------------|
| • Alos for Home Hospitalization : | 4 Days |
| • Average Cost for Hospital Admit : | \$ 6,000.00 |
| • Cost of Home Hospitalization : | \$ 1,190.00 |
| • Net Saving per Case : | \$ 4,810.00 |
| Total Saving for 378 Home Hospitalizations | \$ 1,818,180.00» |

¹²⁸ «Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins», Dr J.Y. Grall, p. 23, Paris, Août 2007.

¹²⁹ «Personal Visiting Physician Delivery System and the Care Management for High Cost Beneficiaries» Henri Becker, MD, Joseph W. Spooner, MD, Academic & Government Relations, Chicago, 4 mai 2006.

¹³⁰ «Jammed access : Widening the front door to healthcare», A supportive community will boost patient engagement, PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, p. 32, avril 2008.

¹³¹ «Remarks by the President to a joint session of Congress on Health Care», "What we face is above all a moral issue ; at stake are not just the details of policy, but fundamental principles of social and the

Bien que restant mal assurée, parfois peu fiable et d'une pérennité incertaine dans certains secteurs, la permanence des soins en France a vu son coût augmenter sensiblement au fur et à mesure de la mise en place du nouveau dispositif et atteindre un niveau élevé. Au-delà de son efficacité, c'est-à-dire de sa capacité à atteindre l'objectif d'un égal accès aux soins pour tous à tout moment et en tout point du territoire, c'est donc l'efficacité du nouveau système de permanence des soins qui est en cause tant sur le plan fonctionnel qu'économique.

Selon le rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale de 2007, le coût en année pleine du dispositif de permanence des soins ambulatoire est passé de 263 millions d'euros en 2004 à 359 millions d'euros en 2006, soit une hausse de 37%. Ce renchérissement est lié à l'application de l'avenant 4¹³², qui a conduit à une prise en charge systématique de la rémunération des régulateurs libéraux mais surtout à un triplement de la valeur de l'astreinte¹³³ sans que le service rendu en rapport ne soit évaluable.¹³⁴

Alors qu'elles représentaient à peine 20% du total en 2004, les astreintes s'élevaient en 2006 à 36% des dépenses de la permanence des soins ambulatoire financées sur le risque, alors que le nombre d'actes peut être très faible à certaines périodes selon certaines publications. Plus de 125 millions d'euros d'astreintes ont ainsi été versés en 2006, alors que 80% d'entre elles ne comportent aucun acte et parfois aucune réponse matérielle à la demande de soins pendant la PDS !

Aucune donnée n'est malheureusement disponible pour expliquer le pourquoi de ces astreintes sans aucun acte effectué. Il est ainsi impossible de savoir combien d'appels ont été reçus effectivement au cours de ces périodes et quelle était la nature de la demande. On ne peut dès lors savoir si cette absence d'acte peut être corrélée avec l'activité des services d'urgence publics ou privés au cours de cette

character of our country", The White House, Office of the Press Secretary, Washington D.C., September 9, 2009.

¹³² Organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005, signé le 22 avril 2005 et approuvé par arr. du 26 mai 2005 (J.O., 1^{er} juin 2005).

¹³³ 50 euros pour la période de 20 heures à minuit, 100 euros pour la période de minuit à 8 heures et 150 euros la journée pour les dimanches et jours fériés, qui n'a pas été contrebalancé par une diminution suffisante du nombre des secteurs à certaines périodes.

¹³⁴ Voir supra note 114.

période ou avec une mobilisation d'ambulances privées ou des Pompiers. Pourtant, les chiffres présentés interpellent lorsque l'on met en parallèle le nombre d'astreintes sans aucun acte présenté dans certains travaux et l'explosion concomitante du nombre de passage aux urgences passant de 7 à 14 millions¹³⁵ avec une augmentation de +12% en 2006 de l'ensemble des appels de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins¹³⁶.

Notre travail expose des données permettant d'apporter un éclairage nouveau en présentant, au sein d'un secteur d'activité de près de 70 000 habitants, le nombre et la nature réels des appels au cours de la permanence des soins incluant l'activité au cours des samedis après-midi et des ponts pour l'année 2004 alors que ces points n'ont été intégrés dans les faits que bien après la réalisation de notre travail par le décret du 22 décembre 2006 et l'avenant 27 à la convention médicale¹³⁷.

Le coût complet de la permanence des soins ambulatoire, transports compris, a donc dépassé les 600 millions d'euros en 2006. Cette mobilisation importante de moyens doit être rapportée au service réel rendu à la population et aux nombres d'actes effectués, en distinguant les différentes périodes. Selon l'évaluation de la permanence des soins en France métropolitaine en 2006 réalisée par les URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurance-Maladie), le nombre d'actes par astreinte s'établit à 15,5 pour les journées des dimanches et jours fériés mais à 1,6 acte pour la période de 20 heures à minuit et seulement à 0,4 acte pour la nuit profonde de 0h à 8 heures (soit un acte toutes les deux ou trois nuits).

De la même manière, le nombre d'actes pour 100 000 habitants est respectivement pour ces différentes périodes de 67,4, de 7 et seulement de 1,6 au niveau national. En région Midi-Pyrénées, la proportion d'astreintes ne donnant lieu à aucun acte y atteignait 85 % pour la première partie de nuit, 94% en nuit profonde et 53% les dimanches et jours fériés, ces taux étant respectivement de 78%, 90% et 45% au niveau national. En Corse, ce taux atteignait même 97% en nuit profonde en

¹³⁵ «Les urgences médicales : constats et évolution récente» Rapport de la Cour des Comptes basé sur sept de ses chambres régionales (Aquitaine, Ile de France, Rhône Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur, Nord Pas de Calais, Haute Normandie et Champagne Ardenne), p. 313, Paris, 2006.

¹³⁶ «Rapport d'information sur la permanence des soins», P. Boënnec, N° 1205, 21 octobre 2008.

¹³⁷ Avenant n° 27 à la convention nationale des médecins du 19 décembre 2007. Approuvé par l'arrêté du 21 décembre 2007, publié au Journal officiel du 27 décembre 2007

2006. Nous avons voulu évaluer réellement ces données dans un secteur spécifique mixte rural-urbain de près de 70 000 habitants.

Le coût unitaire moyen d'un acte, mesuré comme le rapport entre les remboursements des actes effectués pendant la période (acte de référence et sa majoration) plus les montants des astreintes versées sur le nombre d'actes effectués, s'élevait en moyenne à 39 euros les dimanches et jours fériés, 66 euros en première partie de nuit, et surtout à 225 euros en milieu de nuit selon la commission des comptes de la Sécurité Sociale. C'est considérable. A l'exception de la période de nuit profonde, ce coût reste donc cependant inférieur à celui d'un passage aux urgences, évalué à 220 euros.

Les auteurs cependant relativisent car il ne s'agit là que d'une moyenne. Les travaux bien documentés menés en région Midi-Pyrénées démontrent que le coût moyen d'un acte de permanence des soins en nuit profonde dépasse 1 000 euros. Mais ce coût de la permanence des soins reste très disparate d'un secteur à un autre et inévaluable quant à l'efficacité réelle au bénéfice du patient.

Ainsi, le coût de l'astreinte (hors remboursement des actes réalisés et majorations) par habitant et par an peut varier de 0,1 à 9,5 euros, avec une moyenne de l'ordre de 2 euros par habitant. Dans une vingtaine de départements, ce coût est supérieur à 4,75 euros par habitant.

L'étude de la DREES mentionnée antérieurement¹³⁸ a démontré que lors d'un recours urgent, les urgentistes de ville prescrivaient moins de médicaments que leurs confrères généralistes exerçant en cabinet. En revanche, ils prodiguaient plus de conseils de prévention et d'hygiène de vie et pratiquent davantage de gestes thérapeutiques. Trois recours sur cinq auprès d'un urgentiste de ville se concluent par une orientation du patient vers un médecin généraliste ou spécialiste, et près d'un sur dix par une hospitalisation.

¹³⁸ «Le recours aux médecins urgentistes de ville», DREES, Etudes et Résultats, n° 480, p.6, avril 2006..

Nous avons étudié ces paramètres en les affinant au cours de notre étude en précisant le pourcentage d'actes techniques réalisés au domicile lors de la permanence des soins (sutures, soins pour brûlures, entre autres).

Nous avons également analysé, grâce aux données de l'URCAM, l'aspect spécifique des prescriptions de médicaments et d'autres types de prescriptions médicales (nombre total d'actes remboursés, prescriptions de biologie, indemnités journalières, nombre d'indemnités journalières par patient, montant total remboursable pharmacie, montant total remboursable transports, montant total remboursable autres prescriptions, montant total prescriptions/montant total des actes, prescription médicaments génériques). Nous avons également étudié le montant total remboursable par patient concernant la biologie, la pharmacie, les transports et autres prescriptions en le comparant à l'activité du médecin référentiel région.

Nous avons enfin comparé la typologie des classes d'âge rencontrées au cours de nos 2 648 déplacements avec celle du médecin référentiel région selon les données fournies par l'URCAM Aquitaine en segmentant les patients exonérés, les patients bénéficiant de la CMU et les actifs avec indemnités journalières.



La thèse que nous présentons a donc pour objectif d'apporter des données nouvelles et pertinentes permettant d'identifier la typologie des appelants et de produire le type d'affections qui motive la demande d'aide médicale non programmée avec déplacement au domicile dans le cadre de la permanence des soins de médecine générale.

La population vieillissante, comme la société globale, est de plus en plus plurielle. Les personnes âgées forment une population très hétérogène : des personnes valides, d'autres presque autonomes, d'autres encore fortement dépendantes, inaptes à la gestion du quotidien.

Les données produites et analysées dans cette thèse sont le résultat d'un travail qui a pour but de permettre de proposer une approche nouvelle, innovante et complémentaire de la prise en charge des appels non programmés en urgence régulés dans le cadre de la permanence des soins de médecine générale en zone mixte urbaine et rurale. Cette approche repose sur l'analyse de multiples données tant médicales que démographiques, logistiques ou économiques issues du déplacement au domicile de 2 648 patients de 2 médecins urgentistes généralistes de ville après régulation médicale des appels au long d'une période d'un an au sein d'un vaste secteur d'activité portant sur 69 483 habitants.

Nous espérons que ce travail, qui n'a fait l'objet d'aucune subvention de la part de la FAQSV ou de la DRDR, ni même d'aucun financement public de quelque nature que ce soit, proposera des éléments susceptibles de s'inclure dans un nouveau paradigme, développé et appelé de ses vœux par le Dr Jean-Yves Grall dans un récent rapport¹³⁹, permettant d'améliorer la prise en charge, l'articulation entre prévention, éducation à la santé et soins curatifs, la gestion du recours à l'hôpital - principalement aux services d'urgence, le maintien au domicile dans les meilleures conditions, l'offre d'un service de proximité fiable, opérant, cohérent donc clair dans son fonctionnement, adaptable, peu onéreux donc pérenne dans son fonctionnement.

Les perspectives démographiques ne laissent aucun doute. Les activités d'aide à la personne sont appelées à connaître un développement considérable et les enjeux qui

¹³⁹ «Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins - Un nécessaire changement de paradigme.», Dr J.-Y. Grall, p. 20-25, Paris, Août 2007.

s'attachent à cette offre de service sont particulièrement importants. Les politiques temporelles initient de nouvelles manières de penser et permettent de développer de nouveaux types de services. Mais une égale accessibilité aux services pour tous est essentielle. Cette notion d'accessibilité n'embrasse pas seulement l'accessibilité temporelle, à savoir les horaires d'ouverture, mais elle intègre également l'accessibilité géographique, la localisation ainsi que l'accessibilité économique et les coûts du service.

On ne peut donc appréhender le fonctionnement de la permanence des soins indépendamment de la localisation géographique des médecins mais surtout des patients, et d'une réflexion plus générale sur la répartition spatiale de l'offre de soins et les moyens de l'améliorer compte tenu des changements considérables que vit la société française.

Car paradoxalement, on assiste dans le même temps à un tarissement des ressources mobilisables, tant humaines qu'économiques, pour assurer la permanence des soins ambulatoire alors qu'il est établi avec certitude que la demande de soins émanant de la population augmente sous l'effet des poussées combinées d'une évolution des comportements de cette dernière, de l'accroissement de la précarité, et d'une croissance objective de ses besoins.

N'oublions pas que le nombre de médecins remplaçants a encore augmenté de 5% en 2008. Toujours situé autour de 10 000, ce nombre comporte une proportion d'hommes en hausse, passant de 43 à 47% entre 2007 et 2008. Ces hommes remplaçants entreprennent ce mode d'activité à 49 ans. Ce sont donc des médecins qui ont abandonné l'exercice personnel en libéral.¹⁴⁰

Dans une société de l'immédiateté, il est normal que les exigences de la population en termes de délai de réponse et de prise en charge sanitaire s'accroissent. La notion d'urgence ressentie n'est plus la même que dans le passé et le contexte général de «risque nul» mène inconsciemment les patients à chercher des solutions immédiates et sur-res à leurs inquiétudes médicales fussent-elles réellement somatiques ou simplement construites. Les usagers désirent un service disponible rapidement à toute heure pour

¹⁴⁰ «Atlas de la Démographie Médicale - Situation au 1^{er} janvier 2009», Dirigé par M. Legmann, I. Kahn-Bertrand et P. Romestang, CNOM, Paris, 9 juin 2009.

répondre très souvent à une inquiétude difficilement verbalisable ; ne pouvant attendre la réouverture des cabinets médicaux ; mais qui peut se révéler être, ou se transformer, en une véritable urgence que seul le médecin est à même d'identifier au lit du patient.

L'expression des besoins a changé et le taux de recours au médecin a augmenté. La présentation d'une médecine omnisciente relayée par les médias et les autorités gouvernementales a indiscutablement contribué à entretenir la confusion entre une demande de sécurité accrue et une certaine angoisse existentielle amplifiée par un contexte de violence, ou tout au moins, d'extrême dureté sociale.

Au-delà de cette évolution sociologique, les besoins sanitaires seront être de plus en plus importants dans les prochaines années compte tenu du vieillissement de la population et notamment du souhait de favoriser le maintien des personnes âgées à domicile, ainsi que du développement de formes alternatives à l'hospitalisation (HAD) quelle que soit la période de la journée et le type de demande de la part des patients. C'est tout l'enjeu de la permanence des soins pour les années futures.

Le fonctionnement actuel de la permanence des soins prend appui sur une sectorisation du territoire, chaque médecin se voyant attribuer la garde d'un district ainsi délimité. Il ne donne pas satisfaction. Il a ainsi été considéré comme opportun que l'Agence Régionale de Santé repense la procédure en complétant les schémas régionaux d'organisation sanitaire d'un volet relatif à la permanence des soins. L'agence seule déterminerait les modalités d'exercice de la mission, après avoir cerné les besoins médicaux de la population suivant des critères démographiques et les particularités des territoires. Notre travail s'inscrit dans cette démarche nouvelle.

Identifier les paramètres conditionnant la demande de soins non programmés en urgence dans le cadre des horaires de la permanence des soins en médecine générale en zone rurale ; ce qui constitue l'objectif de ce travail ; doit permettre d'instaurer une véritable égalité des patients en instaurant un nouveau service de prise en charge des recours urgents non programmés remédiant aux vulnérabilités les plus criantes tout en rendant effectifs les droits de chacune d'elles.



MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour mener à bien les objectifs que nous venons de définir nous avons utilisé les données obtenues dans le cadre de l'activité médicale d'une structure de prise en charge des appels d'urgence travaillant au cours de trois plages horaires de la permanence des soins définies par les textes réglementaires¹⁴¹ :

➤ Période de jour les week-ends et jours fériés:

Entre 8 heures et 20 heures

➤ Période de nuit tous les jours y compris les week-ends et jours fériés:

Entre 20 heures et 8 heures, séparées en :

- *Première partie de nuit* : Entre 20 heures et minuit
- *Seconde partie de nuit* ou *Période de nuit profonde* : Entre minuit et 8 heures

Tout au long de ce travail, afin de préserver une certaine confidentialité, nous avons nommé volontairement la structure ayant permis le recueil de ces données selon l'acronyme UMSUD (Unité Mobile de Soins d'Urgence au Domicile) bien que la dénomination professionnelle initiale ait été différente.

Nous détaillerons dans un premier temps la structure réglementaire ayant permis l'exercice professionnel nous ayant permis l'obtention des données présentées puis nous décrirons le mode de recueil du matériel étudié ainsi que la méthode de travail utilisée afin d'analyser les paramètres afférents.

1. STRUCTURE REGLEMENTAIRE

I - ASPECTS JURIDIQUES

L'UMSUD possède le statut juridique de SCM ou Société Civile de Moyens¹⁴².

¹⁴¹ Art. R. 6315-1, al. 1^{er}, Nouvelle partie réglementaire du Code de la santé publique. Dalloz, p.2443, Paris, 2007.

¹⁴² Une société civile de moyens est une structure juridique réservée aux professions libérales dont l'objet est la fourniture de moyens matériels à ses membres (locaux, personnel, matériel) afin de faciliter l'exercice de leur profession. La création d'une société civile de moyens est sans incidence sur la situation juridique de ses membres.

Deux associés au minimum sont requis sans qu'il ait de maximum fixé par les textes réglementaires. Il peut s'agir de personnes physiques ou de personnes morales. Peuvent également constituer une SCM les membres de professions libérales réglementées ou non. Les associés mettent en commun certains moyens d'exploitation de leur activité afin d'en réduire le coût. Ils conservent une totale indépendance au titre de leur activité professionnelle.

L'UMSUD a soumis ses statuts aux instances compétentes qui les ont approuvés.

2. STRUCTURE OPERATIONNELLE

I - STRUCTURE DE L'UMSUD ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

A. Structure de l'UMSUD.

L'UMSUD était constituée de deux médecins travaillant alternativement une semaine sur deux tout au long de l'année sans période de vacance de l'activité, celle-ci s'étant effectuée sans un jour de rupture sur la totalité des 365 jours de l'année 2004, du 1^{er} janvier au 31 décembre.

- Moyens thérapeutiques.

- ❖ Nous ne détaillerons pas la totalité du matériel utilisé par l'UMSUD mais nous nous sommes volontairement astreints à utiliser les moyens compatibles avec cet exercice professionnel spécifique en évitant d'outrepasser les limites d'une médecine d'urgence au domicile par rapport aux compétences techniques des équipes du SAMU.

Bien qu'ayant eu à gérer certaines pathologies très lourdes dans un contexte d'urgence particulièrement complexe, il a toujours été possible de stabiliser la situation du patient le temps que l'équipe du SAMU arrive sur place. Nous n'avons jamais eu à déplorer de décès au cours de notre activité tout au long de l'année¹⁴³.

- ❖ La pharmacie d'urgence comportait les habituelles drogues vaso-actives, beta-stimulants, corticoïdes, anti-inflammatoires divers, antalgiques de diverses classes, sédatifs, anti-convulsivants, correcteurs de la glycémie, décontracturants musculaires, anti-spasmodiques, anti-émétisants, antivertigineux ou autres spécialités sous des formes galéniques différentes (*per os*, injectables, etc.) et préférentiellement sous formulation générique.
- ❖ Par contre, nous avons toujours tenu à avoir une pharmacie de secours comportant les médicaments les plus fréquemment prescrits dans l'urgence au domicile pour les patients ne pouvant se déplacer rapidement permettant ainsi de leur fournir certaines molécules thérapeutiques dès le déplacement médical et leur éviter les écueils et les retards inhérents à la recherche de la

¹⁴³ La correction de rares hypovolémies grâce au kit de perfusion et aux solutés présents dans notre lot d'urgence a été exceptionnelle. Elle s'est effectuée lors de la découverte d'une situation sous estimée par l'appelant ou sa famille dans le cadre d'une visite prérégulée ou qui s'est très rapidement dégradée entre le départ de notre base et l'arrivée au domicile.

pharmacie de garde. Nous développerons cet aspect dans la suite de ce travail.

• Autres équipements.

- ❖ Nous avons à notre disposition un appareil portable à ECG ainsi qu'un kit ventilation classique avec, entre autres, un peak-flow adulte et pédiatrique.
- ❖ Nous avons utilisé une boîte stérile chirurgicale d'urgence avec instruments permettant certains gestes spécifiques adaptés à notre expérience avec différents types de fils de suture de structure, diamètre et aiguilles divers. Tous les gestes de petite chirurgie ont été effectués sous anesthésie locale ou loco-régionale par Xylocaïne[®]. Chaque set était strictement nettoyé et stérilisé après usage.
- ❖ Le véhicule utilisé pour notre activité était un petit véhicule Matiz de marque Daewo sans signe distinctif de notre activité professionnelle.

B. Recueil et transmission des données cliniques.

a - Recueil des données cliniques.

Dès le lit du malade, l'utilisation d'un système de type Palmpad (palmOne Tungsten E2[®]), nous a permis de recueillir les données médicales pertinentes concernant les patients (données administratives, adresse, état-civil, âge, N° de sécurité sociale, médecin traitant, etc.) mais également les données médicales (tension artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire, examen clinique, antécédents personnels et familiaux, historique de l'affection, traitements, etc.) afin de constituer un véritable dossier médical d'urgence.

Nous avons également noté l'origine des appels prérégulés ayant donné lieu à déplacement, l'heure de réception et d'arrivée chez le patient ainsi que le devenir des patients vus au domicile et l'éventuel moyen institutionnel utilisé afin de le transférer à l'hôpital.

Tous ces éléments sont mentionnés sur le document adressé à la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés, ou CNIL¹⁴⁴, disponible à la fin de ce travail dans l'Annexe V¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en août 2004.

¹⁴⁵ Pages 211 à 215

b - Transmission des données.

Autant que possible et conformément aux textes en vigueur¹⁴⁶, nous avons systématiquement eu recours à la transmission électronique des données et l'établissement de feuilles de soins utilisant le système de télétransmission qui nous a donné entière satisfaction (carte SESAM-VITALE).

Très peu de feuilles de soins conventionnelles ont ainsi été utilisées et la totalité de nos cotations a ainsi pu être transmise presque en temps réel à la CPAM.

Dès la fin de la période de travail, les données enregistrées sur le Palmpad étaient transférées sur un ordinateur MacBook® et analysées par le programme Excel®.

c - Recueil des appels.

Les appels ont été reçus par l'UMSUD selon différentes modalités :

o Appel Direct :

Sur le portable du médecin de l'UMSUD grâce au numéro d'appel publié dans les journaux locaux (Sud Ouest, La Dordogne Libre, L'Echo de la Dordogne), publication obtenue après accord écrit du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Ces appels provenaient directement des particuliers, de la Maison de l'Enfance, de SOS femmes, d'institutions religieuses, d'hôtels, mais également des 5 maisons de retraite du secteur concerné - dont celle située au sein même de l'hôpital, et d'autres origines que nous décrirons dans la suite de ce travail.

Certains appels ont émané d'autres structures institutionnelles (Police, Gendarmerie, Tribunal de Grande Instance, ...) dans le cadre de réquisitions en vue de l'établissement de divers certificats (constats de décès, garde à vue, prélèvements médico-légaux).

¹⁴⁶ L'ordonnance du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, prévoyait une informatisation de l'ensemble des cabinets de médecine libérale avant le 31 décembre 1998. Cette informatisation était liée à la généralisation de la carte SESAM-VITALE à tous les assurés sociaux et à la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE) directement du cabinet médical à la caisse d'assurance maladie.

o Appel Indirect :

Sur le portable du médecin de l'UMSUD après régulation préalable par le SAMU qui transmettait la demande de déplacement à sa demande ou après réception et gestion de l'appel par le centre de régulation des Sapeurs-Pompiers.

Certains appels ont également été effectués à la demande des services de Police ou de Gendarmerie présents sur place au domicile des patients ou sur la voie publique.

II - GESTION DES APPELS, CRITERES DE DEPLACEMENT ET ORIENTATION DES PATIENTS

A. Gestion des appels.

Quel qu'en soit l'origine, chaque appel a été directement reçu par le médecin effecteur qui évaluait la demande de soins selon des critères intégrant à la fois :

- Des éléments cliniques objectifs recueillis au cours de l'entretien téléphonique (symptômes exposés, histoire de la maladie, antécédents personnels et familiaux, traitements institués, interventions médicales récentes liées à la demande exprimée telles que visite médicale préalable et éventuel traitement institué ou attitude proposée, etc.) mais aussi
- Des paramètres humains subjectifs incluant la détresse, le niveau d'anxiété exprimé ou ressenti par l'appelant.

La localisation géographique dans le secteur d'activité ainsi que le contexte personnel de l'appelant (personne seule, famille monoparentale, absence de moyen de locomotion, etc.) constituent des éléments majeurs intervenant dans la décision de déplacement tout autant que les considérations médicales.

Aucune information n'a jamais été demandée quant à la situation sociale de l'appelant faisant référence à la loi CMU du 27 juillet 1999 ayant pour objet d'offrir à ses bénéficiaires un accès total à toutes les pratiques médicales sans aucune distinction à une population spécifique se situant dans des situations financières difficiles^{147,148,149}.

¹⁴⁷ Alinéa 1er de l'article 7 du code de déontologie médicale, dont les dispositions sont reprises à l'article R. 4127-7 du Code la Santé Publique : «le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec

B. Critères de déplacement.

Pour la majorité, la notion d'urgence se confond avec celle de détresse vitale, mais la définition suivante que nous avons systématiquement prise en considération, intègre le fait que l'urgence en matière de santé embrasse toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, indépendamment de la nature et de la gravité du problème considéré.

Tous les appels que nous avons ainsi régulés, et qui ont abouti à une visite médicale à domicile, correspondaient à la définition de l'urgence en matière de santé précisée par le Pr Delbarre «phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage»¹⁵⁰.

Les visites incluses dans ce travail correspondent fidèlement à la définition des visites urgentes non programmées donnée par la DRESS dans son étude de mars 2006¹⁵¹ comme :

- Urgences médicales repérées comme telles par le médecin,
- Recours intervenant hors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale,
- Recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale pour des patients déclarant «avoir eu besoin de voir un médecin pendant la journée»,
- Recours à un médecin faisant partie d'une association de médecins urgentistes de ville.

la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard».

¹⁴⁸ Article 1110-3 du code de la santé publique : «Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins».

¹⁴⁹ Le 6 novembre 2006, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) a rendu trois délibérations identiques, n° 2006 - 232 à 234, suite à sa saisine par le COMEGAS, le CISS et le docteur G-Y. Federmann.

¹⁵⁰ «Recours urgents et non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire», Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire, p.3, juin 2007.

¹⁵¹ «Les Recours urgents non programmés en médecine générale. Premiers résultats», M. Gouyon, G. La-barthe, DREES, Etudes et résultats, n° 471, 8p., mars 2006.

C. Orientation des patients au domicile au décours immédiat de la visite

Après examen clinique par le médecin effecteur de l'UMSUD, deux options se sont présentées : patient laissé sur place (LSP) et patient hospitalisé.

Dans la seconde alternative, l'orientation s'est effectuée soit vers le service des urgences de l'hôpital soit vers l'unité de soins intensifs de cardiologie ouUSIC.

L'orientation a été décidée suite à une régulation tripartite au domicile du patient entre le médecin sur place, le médecin régulateur du SAMU et le médecin responsable de l'unité hospitalière réceptrice suivant ainsi les principes édictés par le Code de Déontologie Médicale tout comme lors des interventions où un geste chirurgical a été effectué au domicile en accord avec le médecin de garde aux urgences.^{152,153,154}

Cette décision commune a permis également de préciser la nature exacte du vecteur de transport mis en œuvre (ambulance privée du pool de garde, ambulance du SAMU, véhicule des Sapeurs-Pompiers ou autre moyen) et d'optimiser la structure logistique globale de gestion des patients.

III - ANALYSE DES DONNEES

A. Présentation des données.

Les données obtenues se présentent sous la forme d'un tableau Excel de 2648 lignes dont chaque ligne correspond à un patient vu au domicile après réception de l'appel et régulation par le médecin effecteur qui se déplace sur place. Chaque ligne comporte les informations suivantes : données administratives, adresse, état-civil, âge, n° de sécurité sociale, médecin traitant, motif de déplacement, heure de réception de l'appel, tension artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire, résultats de l'examen clinique, antécédents personnels et familiaux, historique de l'affection, traitements, etc. ainsi que devenir des pa-

¹⁵² «Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données, acquises de la science en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.», Article 32 du Code de Déontologie

¹⁵³ «Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.», Article 33 du Code de Déontologie

¹⁵⁴ «Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage...», Article 60 du Code de Déontologie

tients vus au domicile (LSP, hospitalisation et si oui dans quelle unité : urgences ou USIC) avec identification de l'éventuel vecteur opérationnel utilisé afin d'assurer le transfert vers l'hôpital.

La collecte des données a été quotidienne du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004. Le fichier des données a été déclaré auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) (Déclaration n° 1355427).

B. Analyse des données et exploitation des résultats.

Nous n'avons pas utilisé de logiciel statistique pour l'analyse des données compte tenu des objectifs de cette thèse. Tous les calculs utilisés ont été réalisés grâce au tableur et revérifiés manuellement.

Nous avons utilisé comme banque de données pour les analyses démographiques le matériel issu du recensement de 1999¹⁵⁵ publié par l'INSEE. Ce sont en effet les seules données globales actuellement disponibles analysables qui portent à la fois sur la démographie générale¹⁵⁶ ou régionale¹⁵⁷ que sur les répartitions respectives de ces mêmes données comme les familles monoparentales, les tranches d'âge ou les répartitions par sexe au sein des différentes communes sur lesquelles porte cette étude¹⁵⁸.

Les flux populationnels régionaux et locaux ont été également pris en compte dans l'analyse de nos données^{159,160,161} de même que certaines données économiques^{162,163}.

¹⁵⁵ «Indices et séries statistiques», rubrique Démographie. <http://www.insee.fr>

¹⁵⁶ «La France en faits et chiffres», rubrique Population. <http://www.insee.fr>

¹⁵⁷ Panorama Démographique Aquitain, Dossier réalisé par J. P. Duban, INSEE Aquitaine, N° 47, Code Sage IAD4708, novembre 2003.

¹⁵⁸ «La région en faits et chiffres», rubrique Population. www.insee.fr/aquitaine

¹⁵⁹ La situation démographique en 2000 - Mouvement de la population, INSEE Résultats - Série Société n° 10 (octobre 2002) et INSEE Résultats - Série Société n° 18, septembre 2003.

¹⁶⁰ Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005 - La croissance démographique s'étend toujours plus loin des villes, Morel B., Redor P., INSEE Première n° 1058, janvier 2006.

¹⁶¹ Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 - Les départements du sud et du littoral atlantique gagnants au jeu des migrations internes, A. Degorre, direction régionale du Nord - Pas-de-Calais, P. Redor, département de l'Action régionale, INSEE Première N° 1116, janvier 2007.

¹⁶² Tableaux Economiques de l'Aquitaine, INSEE Aquitaine, Édition 2000-2001, Dossier N° 35.

¹⁶³ Economie du département de la Dordogne, Pierre Delfaud, éditions Sud Ouest, Luçon, 1993.

Il existe certes des données plus récentes relatives à des travaux de recensement menés ultérieurement mais elles ne sont pas disponibles en l'état dans leur globalité voilà pourquoi notre travail prendra en compte les données du recensement de 1999^{164, 165}.

Les données relatives à la démographie médicale et son évolution qu'elles soient nationales, régionales ou locales sont issues des données de l'URCAM, de la CPAM ainsi que de l'Atlas de la Démographie Médicale 2009 édité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.¹⁶⁶

Les cartes présentées dans ce travail ont été dessinées et scannées par nos soins à partir des données de la littérature¹⁶⁷.

Les résultats présentés dans ce travail ont permis de faire un certain nombre de comparaison avec certains travaux nationaux ou régionaux. Cependant, de nombreux paramètres que nous avons identifiés et produits n'ont pu être comparés à la littérature de par leur caractère spécifique. Nous les présenterons et les analyserons en mettant en parallèle certaines données exposées dans la littérature médicale et qui s'en rapprochent.



¹⁶⁴ «Bilan démographique 2008». INSEE première n°1220. janvier 2009.
 «Recensement de la population de 2006 - La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes». INSEE première n°1218. janvier 2009.
 «La population légale des communes - 63 235 568 habitants au 1er janvier 2006». INSEE première n°1217. janvier 2009.

¹⁶⁵ Population et évolution, soldes naturels et migratoires apparents par commune - Recensement de 2006. INSEE. Janvier 2009.

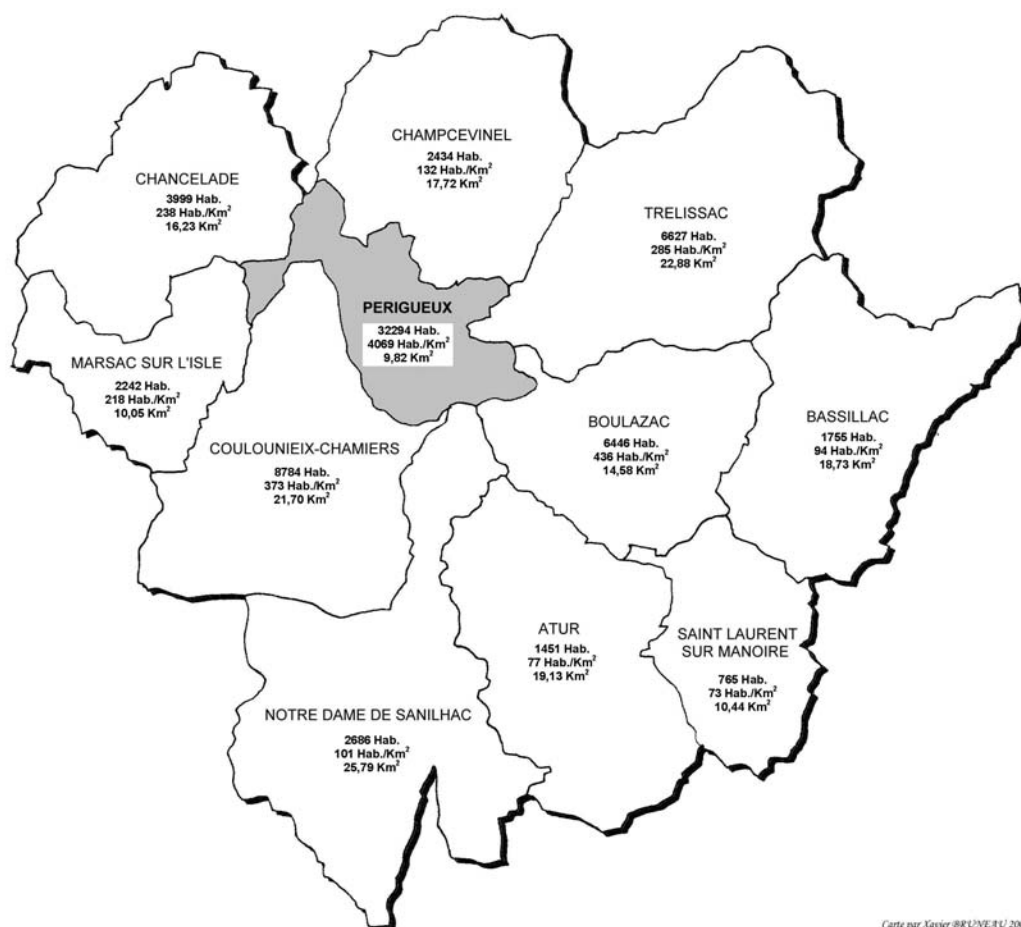
¹⁶⁶ «Atlas de la Démographie Médicale - Situation au 1^{er} janvier 2009», Dirigé par M. Legmann, I. Kahn-Bertrand et P. Romestang, CNOM, Paris, 9 juin 2009.

¹⁶⁷ Atlas de la Dordogne-Périgord, Patrick Ranoux, Saunard, 1996.

CARTES

CARTE 1

Données Démographiques relatives au Secteur d'Activité de l'UMSUD



Source: Statistiques INSEE recensement 1999

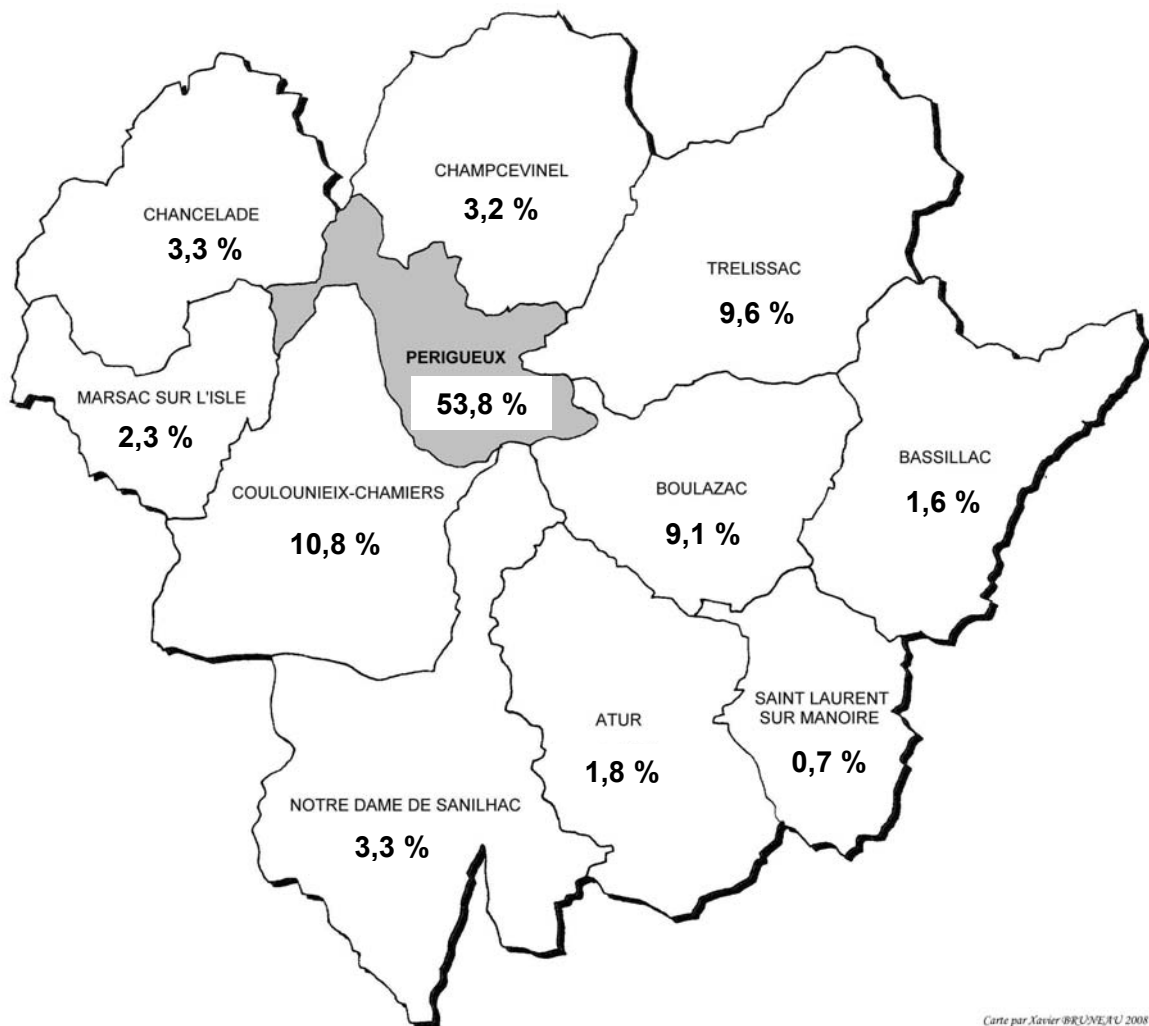
Grâce à cette carte, nous pouvons observer le caractère excentré de Périgueux par rapport au vaste secteur d'activité de l'UMSUD, avec ses services hospitaliers notamment vis-à-vis de communes étendues comme Notre Dame de Sanilhac ou éloignées comme Atur, Bassillac ou Saint Laurent sur Manoire.



A droite, ci-dessus, sont représentées les données pour la totalité du secteur d'activité de l'UMSUD.

CARTE 2

Pourcentage de Déplacements par Commune par rapport à l'Activité Annuelle de l'UMSUD



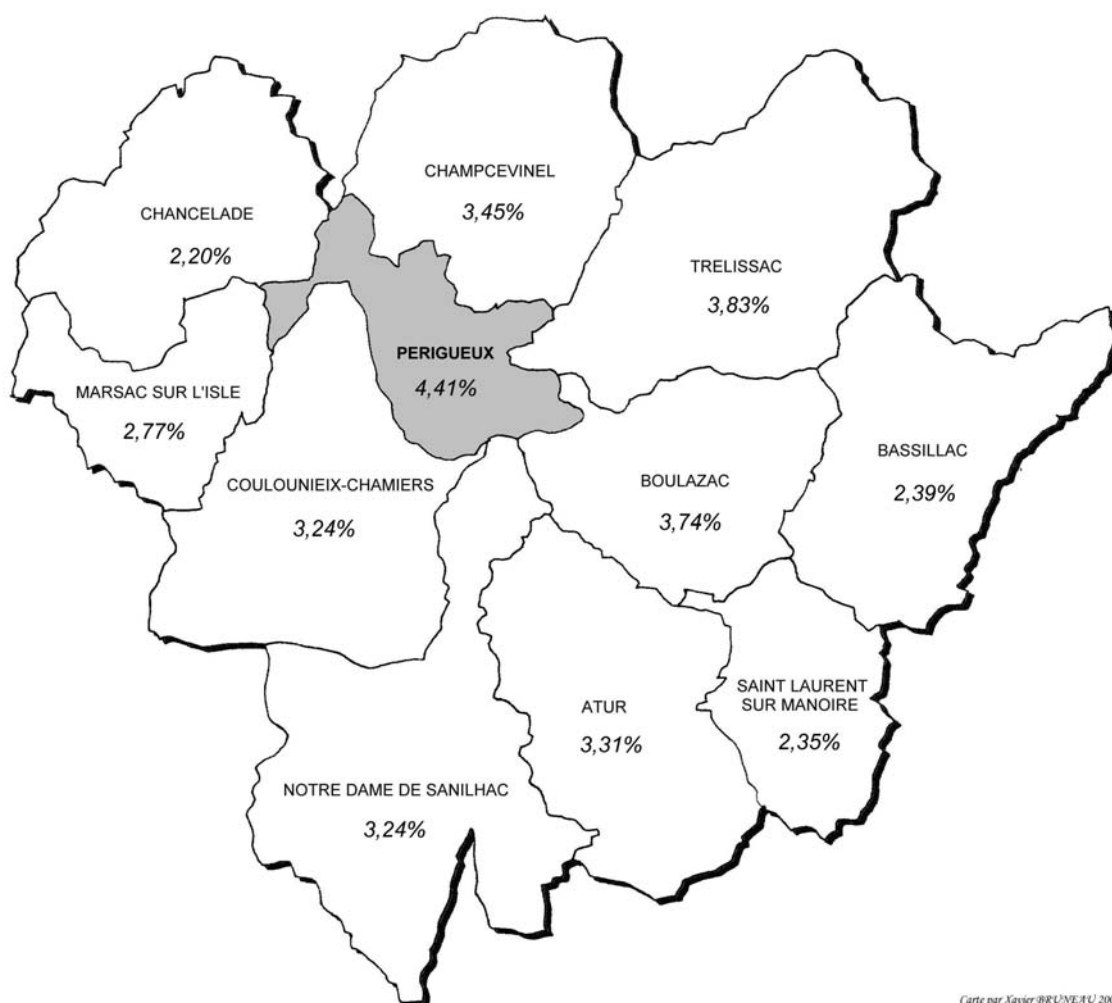
Les valeurs sont exprimées en pourcentage de déplacements médicaux effectués annuellement par l'UMSUD

L'activité brute annuelle de l'UMSUD rapportée pour chacune des communes du secteur fait apparaître de grandes disparités entre ces dernières avec plus de la moitié de l'activité de déplacements médicaux consacrée à Périgueux et moins de 1% pour Saint Laurent sur Manoire.

Cette analyse est cependant trompeuse quant à la réelle demande de soins médicaux en urgence en zone rurale car elle ne prend pas en compte le nombre de déplacements effectués en le rapportant à la population totale de chaque commune.

CARTE 3

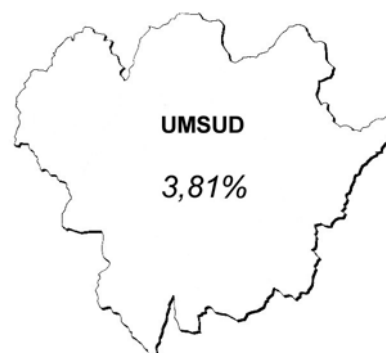
Pourcentage de Déplacements par Commune rapporté à la Population de chaque Commune



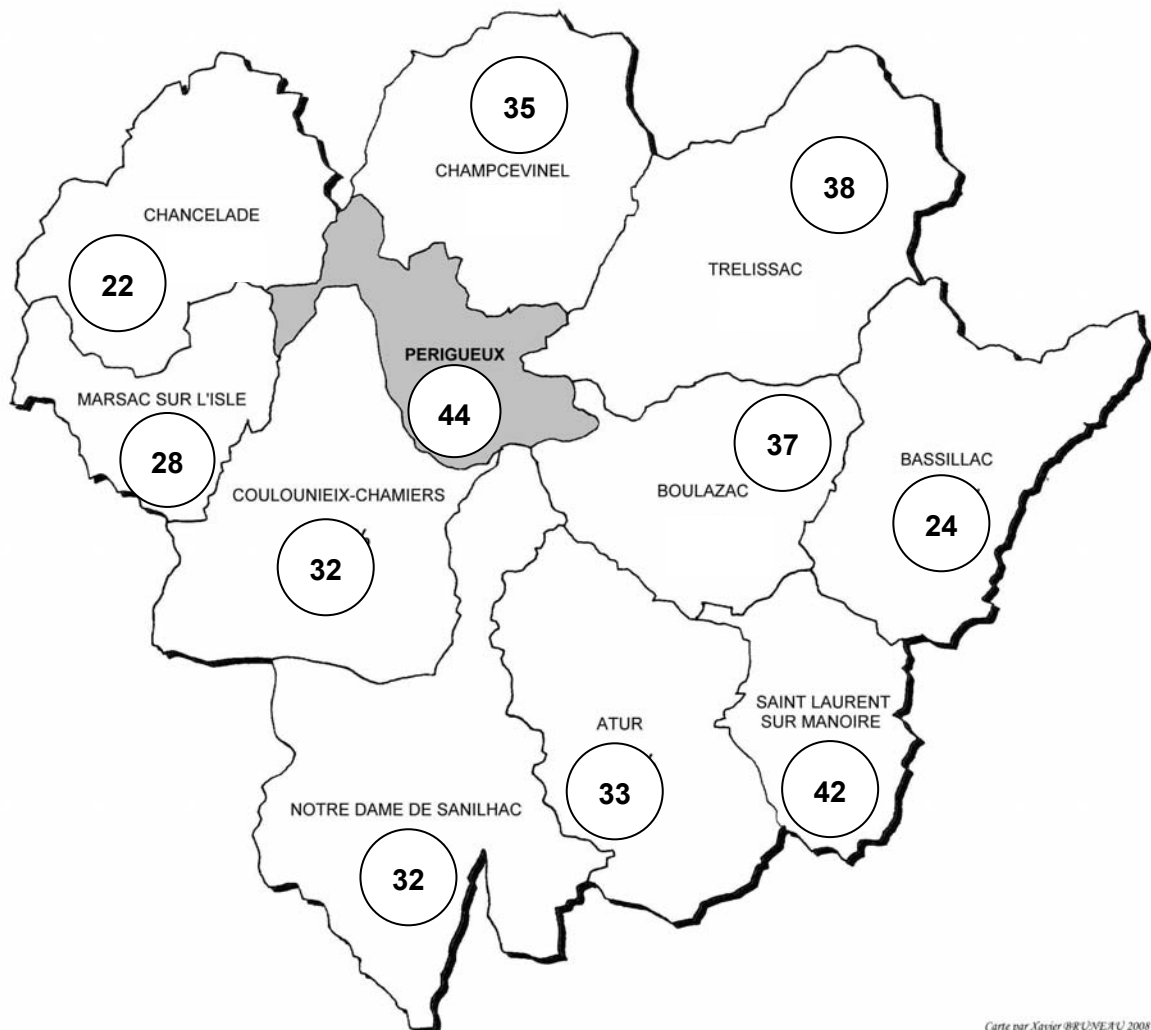
Carte par Xavier BRUNEAU 2008

Valeurs exprimées en pourcentage de déplacements médicaux par rapport à la population communale

Le pourcentage de déplacements médicaux effectués dans chaque commune, dans le cadre de la PDS, rapporté à la population totale de chaque commune met en évidence une certaine homogénéité quant aux demandes quelle que soit la population considérée.



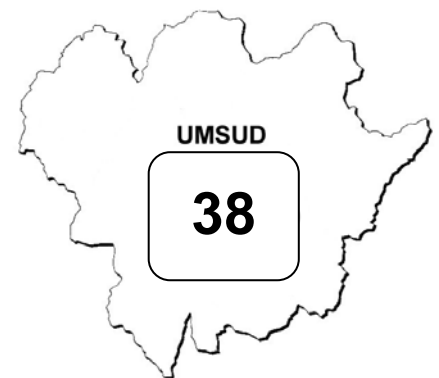
Ces données rapportées à la population totale de chaque commune sont donc un meilleur reflet de la demande réelle de soins urgents au cours de la PDS.

CARTE 4**Nombre de Déplacements Annuels pour 1000 Habitants selon la Commune**

Les valeurs sont exprimées en nombre de déplacements médicaux pour 1 000 habitants

Le nombre de déplacements médicaux pour 1 000 habitants semble être l'indicateur le plus fiable pour évaluer la demande réelle de déplacements médicaux au sein d'une zone d'activité mixte urbaine-rurale.

Elle met en évidence un taux moyen «incompressible» de 38 visites annuelles pour 1 000 habitants quel que soit le type, la taille ou la superficie de la commune.



TABLEAUX

TABLEAU 1
Données Démographiques Relatives au Secteur d'Activité de l'UMSUD

	Habitants	Densité	Superficie	Code INSEE	CAP*
Atur	1 451	77 h/km ²	19,13 km ²	24013	-
Bassillac	1 755	94 h/km ²	18,73 km ²	24026	-
Boulazac	6 446	436 h/km ²	14,58 km ²	24053	-
Coulounieix-Chamiers	8 784	373 h/km ²	21,70 km ²	24138	CAP
Champcevinel	2 434	132 h/km ²	17,72 km ²	24098	CAP
Chancelade	3 999	238 h/km ²	16,23 km ²	24102	CAP
Marsac sur l'Isle	2 242	218 h/km ²	10,05 km ²	24256	CAP
Notre Dame de Sanilhac	2 686	101 h/km ²	25,79 km ²	24312	CAP
Périgueux	32 294	4 069 h/km ²	9,82 km ²	24322	CAP
St Laurent sur Manoire	765	73 h/km ²	10,44 km ²	24439	-
Trélissac	6 627	285 h/km ²	22,88 km ²	24557	CAP
TOTAL	69 483	554 h/km²	185,07 km²		

Source : Statistiques INSEE recensement 1999, * CAP : Communauté d'Agglomération de Périgueux

On observe l'hétérogénéité du secteur de garde sur lequel porte notre travail et le contraste existant entre la densité de peuplement de la zone urbaine de Périgueux et celle des communes rurales comme Saint Laurent sur Manoire (73 h/km²), ce qui présente une densité de population plus de 55 fois inférieure à celle de Périgueux (4 069 h/km²).

La superficie totale du secteur d'activité de l'UMSUD est 1,24 fois plus importante que celle de Paris (105,4 km²)¹⁶⁸ ce qui démontre la taille de notre zone d'intervention.

Par comparaison, notre secteur d'activité est plus vaste que le territoire du Liechtenstein (160 km²).¹⁶⁹

¹⁶⁸ «Logements et taille des ménages dans la dynamique des populations locales. L'exemple de Paris», Alfred Dittgen, Population, édition française, 60^e année, n° 3, p. 307-347, mai-juin 2005.

¹⁶⁹ CIA World Factbook 2005. Ces données sont à jour à compter de février 2005. Les superficies considérées incluent les étendues d'eaux intérieures (rivières, lacs, etc.).

TABLEAU 2**Comparaisons Démographiques entre Secteur d'Activité de l'UMSUD et Dordogne**

	Secteur UMSUD	Dordogne	% UMSUD / Dordogne
Superficie	185,07 km ²	9 060 km ²	2,06%
Population	69 483	401 500	17,31%
Densité	554 h/km ²	43 h/km ²	1 288,37%

Source : Statistiques INSEE recensement 1999

Bien que la taille de notre secteur d'activité ne représente qu'un peu plus de 2% de la superficie totale du département, il en regroupe 17,3% de la population totale soit une densité de peuplement près de 13 fois plus importante que pour l'ensemble de la Dordogne.

Ainsi, un seul secteur de la permanence de soins avec seulement deux médecins est-il responsable de la prise en charge de près de 20% des usagers de soins !

TABLEAU 3

***Données Comparatives Nombre Moyen d'Habitants et Superficie Moyenne
entre Secteur de l'UMSUD, Données DHOS et France Métropolitaine***

Département	Nombre moyen d'habitants par secteur de garde	Superficie moyenne des secteurs en Km²
Ardèche *	7 562	143
Calvados *	31 423	266
Haute-Garonne *	20 053	115
Isère *	15 462	108
Manche *	23 094	286
Nord *	21 710	49
Oise *	24 281	184
Pas-de-Calais *	19 612	90
Yvelines *	58 818	90
Tarn *	10 621	174
<i>France Métropolitaine *</i>	<i>21 273</i>	<i>222</i>
UMSUD	69 483	554

* Source : Données DHOS, décembre 2005

Tant en ce qui concerne sa superficie, que la population totale qu'il embrasse, le secteur d'activité de l'UMSUD sur lequel a porté notre étude est nettement au dessus des moyennes départementales par secteur de garde rapportées dans la littérature.

Il est 3,3 fois plus peuplé que la moyenne observée pour la France Métropolitaine pour une densité de peuplement 2,5 fois plus importante.

TABEAU 4
Evolution des Flux Populationnels entre les Recensements de 1999 et 2006

	Recensement 1999	Recensement 2006	Variation en nombre	Variation en %
Atur	1 451	1 709	+ 258	+ 17,78%
Bassillac	1 755	1 774	+ 19	+ 10,83%
Boulazac	6 446	6 571	+ 25	+ 1,94%
Coulounieix-Chamiers	8 784	8 714	- 70	- 0,83%
Champcevinel	2 434	2 570	+ 136	+ 5,59%
Chancelade	3 999	4 125	+ 126	+ 3,15%
Marsac sur l'Isle	2 242	2 564	+ 322	+ 14,36%
Notre Dame de Sanilhac	2 686	2 912	+ 226	+ 8,41%
Périgueux	32 294	31 046	- 1 248	- 3,86%
St Laurent sur Manoire	765	875	+ 110	+ 14,37%
Trélissac	6 627	6 809	+ 182	+ 2,75%
TOTAL	69 483	69 669	+ 186	+ 0,27%

*Données : Les résultats du recensement de la population de 1999, INSEE 2001
 Les résultats préliminaires du recensement de la population de 2006, INSEE 2009*

Au cours des 10 dernières années, le processus démographique migratoire centrifuge auquel nous assistons dans notre secteur d'activité, a abouti à un éloignement de l'offre de soins de proximité des habitants qui viennent s'établir dans une seconde couronne de peuplement, au delà des communes qui jouxtent immédiatement Périgueux, dans des communes à faible densité de peuplement (autour de 90 habitants par km² et moins).

Cet éloignement et ses conséquences, d'autant plus manifestes au cours de la permanence des soins, affecte des populations fragilisées socialement, précarisées et isolées, essentiellement composées de personnes âgées ou de familles monoparentales avec enfants.¹⁷⁰

¹⁷⁰ «Les résultats préliminaires du recensement de la population de 2006», INSEE, 2009

TABLEAU 5

Sex Ratio Femme/Homme selon les Classes d'Age dans le Secteur de l'UMSUD

Sex Ratio Femme/Homme	De 0 à 19 ans	De 20 à 39 ans	De 40 à 59 ans	De 60 à 74 ans	75 ans et plus	Pop. Totale	% ≥ 75 ans Pop. Totale
Atur	1,1	1,1	1,0	0,9	1,7	1,0	5,17%
Bassillac	0,9	0,9	0,9	1,2	2,0	1,0	7,46%
Boulazac	0,8	1,0	1,1	1,1	1,8	1,0	6,18%
Coulounieix-Chamiers	0,9	1,0	1,1	1,3	1,6	1,1	10,39%
Champcevinel	1,0	1,1	1,0	1,1	1,2	1,0	6,06%
Chancelade	0,8	0,9	1,0	1,1	1,5	1,0	7,40%
Marsac sur l'Isle	1,1	1,0	1,0	1,25	1,0	1,0	7,93%
Notre Dame de Sanilhac	1,3	1,0	1,1	1,1	2,2	1,2	9,56%
Périgueux	0,9	1,1	1,2	1,5	2,0	1,2	12,59%
Saint Laurent sur Manoire	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	5,94%
Trélissac	1,0	1,1	1,1	1,2	1,4	1,1	11,54%
Secteur UMSUD	0,9	1,0	1,1	1,3	1,8	1,1	8,20%

Source : Recensement de la population 1999 - Exploitation principale et complémentaire - INSEE

A partir de 60 ans, le sex ratio évolue vers une féminisation plus marquée et un vieillissement plus accentué de la population du secteur au sein duquel a porté notre étude. La proportion moyenne de femmes par rapport aux hommes augmente graduellement à partir de 60 ans (1,3) pour atteindre 1,8 pour les 75 ans et plus (max : 2,2 Notre Dame de Sanilhac).

Le pourcentage de la tranche d'âge 75 ans et plus, par rapport à la population totale de notre secteur d'étude, est plus important au niveau des communes les plus peuplées (Périgueux, Trélissac, Coulounieix-Chamiers) et plus faible dans les communes présentant la plus forte variation populationnelle depuis le recensement de 1999 (voir Tableau 4) ce qui semble accréditer la thèse de mouvements migratoires de populations jeunes loin du centre du secteur de garde.

TABLEAU 6**Répartition des Familles Monoparentales dans le Secteur d'activité de l'UMSUD**

Famille monoparentale	Sans enfant	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants et plus	TOTAL
Atur	1,9%	11,5%	14,8%	0%	0%	7,1%
Bassillac	0%	13,9%	6,9%	14,3%	0%	6,4%
Boulazac	8,6%	,0%	21,0%	12,3%	26,4%	14,5%
Coulounieix-Chamiers	5,6%	26,9%	2,5%	25,0%	27,3%	13,4%
Champcevinel	2,3%	17,0%	7,7%	30,0%	0%	8,6%
Chancelade	4,2%	18,3%	11,1%	0%	20,0%	8,7%
Marsac sur l'Isle	6,0%	19,4%	9,1%	15,4%	0%	10,1%
Notre Dame de Sanilhac	5,8%	21,2%	7,1%	12,5%	0%	10,1%
Périgueux	6,0%	39,9%	29,6%	27,3%	29,2%	19,0%
Saint Laurent sur Manoire	0%	15,8%	0%	0%	0%	5,4%
Trélissac	5,3%	25,7%	1,5%	4,0%	25,0%	11,2%
Secteur UMSUD	5,1%	20,9%	10,1%	11,0%	12,7%	10,4%

Source : Recensement de la population 1999 - Exploitation principale et complémentaire - INSEE

Au sein de la population de notre secteur d'étude, le pourcentage moyen de familles monoparentales avec ou sans enfants reste élevé - autour de 10% - avec de fortes disparités selon les communes puisqu'il atteint 19% à Périgueux.

Ces chiffres évoluent considérablement pour les familles monoparentales avec enfants puisqu'il atteint jusqu'à près de 40% pour foyer avec un enfant à Périgueux et 29% pour 4 enfants et plus.

Ces données peuvent être corrélées avec le nombre de logements sociaux pour certaines communes mais ne sont pas généralisables à l'ensemble de notre secteur d'étude.

TABLEAU 7
Répartition des Familles Monoparentales avec 1 enfant et plus
dans les Communes du Secteur de l'UMSUD

	TOTAL	% Total familles	Dont % avec 2 enfants et +
Atur	28	11,48%	57 % soit 16 familles
Bassillac	32	10,81%	37 % soit 12 familles
Boulazac	192	19,83%	15 % soit 28 familles
Coulounieix-Chamiers	256	8,10%	41 % soit 104 familles
Champcevinel	56	14,29%	43 % soit 24 familles
Chancelade	80	13,99%	35 % soit 28 familles
Marsac sur l'Isle	48	14,12%	42 % soit 20 familles
Notre Dame de Sanilhac	60	14,42%	27 % soit 16 familles
Périgueux	1 256	35,20%	36 % soit 452 familles
Saint Laurent sur Manoire	12	9,09%	0 % soit 0 famille
Trélissac	120	15,00%	10 % soit 12 familles
Secteur UMSUD	2 140	19,65%	37 % soit 787 familles

Source : Recensement de la population 1999 - Exploitation principale et complémentaire - Copyright INSEE

Le pourcentage très important de familles monoparentales avec 1 enfant et plus au sein de notre secteur frôle les 20%. Au sein de cette tranche de population, la part de familles qui présentent de réelles difficultés pour se déplacer vers l'hôpital, ou une éventuelle structure de garde centralisée au cours de la permanence de soins, s'élève à 37 % et atteint même près de 60% à Atur !

Dans notre secteur d'étude, il y a donc plus d'une famille monoparentale sur trois avec au moins un enfant dont l'accès à une structure de soins centralisée est très difficile, voire impossible, pour de multiples raisons (éloignement, absence de véhicule, impossibilité de faire garder les autres enfants en cas de nécessité de déplacement même si un véhicule particulier est disponible, etc.).

TABLEAU 8
Motifs des Déplacements de l'UMSUD

MOTIF DU DEPLACEMENT	TOTAL	%/Total
Fièvre-AEG	332	12,54%
Abdomen aigu	152	5,74%
Détresse respiratoire aiguë	148	5,59%
Vomissements	121	4,57%
Odynophagie	115	4,34%
Douleur thoracique	109	4,12%
Malaise	102	3,85%
Détresse septicémique	98	3,70%
Garde à vue	97	3,66%
Etat d'agitation	92	3,47%
Détresse vitale-Coma	91	3,44%
Détresse circulatoire aiguë	88	3,32%
Détresse algique majeure	83	3,13%
AEG	81	3,06%
Toux	81	3,06%
Détresse neurologique	80	3,02%
Détresse d'origine traumatique	73	2,76%
Lombalgie aiguë	65	2,45%
Diarrhée-Vomissements	56	2,11%
Brûlures mictionnelles	55	2,08%
Dyspnée	51	1,93%
Otalgie	50	1,89%
Détresse psychiatrique	45	1,70%
Eruption cutanée	43	1,62%
Céphalées	42	1,59%
Diarrhée fébrile	35	1,32%
Plaie (main, scalp, visage, ...)	34	1,28%
Chute avec PC	29	1,10%
Syndrome hémorragique	29	1,10%
Asthénie	22	0,83%
Vertiges	21	0,79%
Détresse d'origine allergique	20	0,76%
Coups et blessures	18	0,68%
Certificat médico-légal	16	0,60%
Douleur jambes-Phlébite	14	0,53%
Cervicalgie	12	0,45%
Etat de mal comitial	11	0,42%
Douleur ophtalmologique	8	0,30%
Douleur osseuse	7	0,26%
TC-PC	7	0,26%
MAP	4	0,15%
Brûlure cutanée	3	0,11%
Ingestion produit caustique	3	0,11%
Intoxication cannabique aiguë	3	0,11%
Prélèvement post-mortem	2	0,08%
TOTAL	2 648	100,00%

Les motifs présentés dans le tableau ci-joint ne représentent pas les diagnostics posés à domicile au lit du malade.

Ils exposent la typologie de la demande urgente de soins non programmés, identifiée au cours de l'entretien téléphonique initial, qui amène à un déplacement médical au domicile, que cet appel ait été reçu directement par le médecin de l'UMSUD ou qu'il ait été préalablement régulé par le Centre 15 qui nous a fait la demande de déplacement.

Les 15 premières pathologies mentionnées représentent à elles seules 67,6% de tous les motifs de déplacements médicaux que nous avons effectués au cours de l'année pendant les horaires de la permanence des soins.

23% des déplacements ont été consacrés à la gestion d'affections liées à la douleur quelle que soit l'étiologie incriminée.

TABLEAU 9
Typologie des Motifs des Déplacements

MOTIF DU DEPLACEMENT	TOTAL	Pourcentage	Déplacement par mois
Situations de Détresse	726	27,42%	61
Malaise-AEG-Etat fébrile	537	20,28%	45
Gastro-entérologie	364	13,74%	30
ORL-Ophtalmologie	294	7,32%	25
Neurologie	174	6,58%	15
Cardiologie	152	5,75%	13
Médico-légal	133	5,02%	11
Pneumologie	132	4,99%	11
Pathologie traumatique	125	4,70%	10
Urologie-Gynécologie	59	2,23%	5
Dermatologie	46	1,73%	4
Toxicologie	6	0,22%	<1
TOTAL	2 648	100,00%	222

Nous avons regroupé les motifs de déplacement médical sous forme de pathologies d'appareil ce qui nous permet de mettre en perspective nos résultats avec ceux présentés dans l'étude de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire de juin 2007¹⁷¹.

Le pourcentage élevé de notre activité dévolu à des interventions pour des situations de détresse abonde dans le sens des conclusions présentées dans le Rapport Grall quant à la nécessité d'une formation médicale initiale adaptée à la réalité de la pratique rencontrée ultérieurement par les jeunes médecins au cours de la PDS.¹⁷²

¹⁷¹ «Recours aux soins urgents ou non programmés» La santé observée. ORS des Pays de la Loire, Edition 2007, pp. 156,157. juin 2007.

¹⁷² Le Dr Grall préconise l'introduction de cette formation, incluant également des stages de régulation et des permanences au Centre 15, dans le cursus dès le DCEM 2, durant toutes les années d'étude.

TABLEAU 10
Typologie des Catégories d'Appelants

ORIGINE DES APPELS	TOTAL	% annuel	Moyenne Mensuelle
Particulier	1 804	68,13%	150
SAMU	499	18,84%	42
Maison De Retraite	126	4,76%	11
Police – Gendarmerie	100	3,78%	8
Autres *	77	2,91%	6
Pompiers	23	0,87%	3
Procureur de la République	19	0,72%	2
TOTAL	2 648	100 %	222

* Centre d'accueil pour femmes battues SOS Femmes, zones d'accueil des gens du voyage, institutions religieuses (couvents, maison diocésaine), Village de l'Enfance, Instituts de Formation Professionnelle, Centres Médico-Psychologiques pour mineurs et adultes, entreprises dans le cas d'accidents du travail, hôtels et campings, lycées avec internat, téléassistance, infirmières, aides soignantes ou assistantes de vie à domicile, foyers d'accueil divers pour patients en rupture de repères, voire même confrères.

Près de 87% des appels reçus pendant la permanence des soins motivant un déplacement proviennent directement de particuliers (68%) ou du SAMU (19%) après régulation préalable de l'appel.

La réception des appels au niveau de l'UMSUD permet ainsi de soulager le Centre 15 d'un nombre considérable d'appels ne relevant pas de «l'urgence vraie» lors même qu'il n'existe pas de régulateur libéral.

L'analyse des autres sources d'appels, représentant 13% des déplacements effectués, permet d'identifier des populations dont les possibilités de déplacements vers un effecteur fixe centralisé¹⁷³ sont, dans la très grande majorité des cas, inexistantes.

¹⁷³ Urgences de l'hôpital, UPATOU (Unités de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences), maisons médicales de garde, cabinets médicaux.

TABLEAU 11
Nombre de Déplacements Mensuels et Annuels
pour 1 000 Habitants selon la Commune

	TOTAL	% Total Annuel	Déplacement par Mois	Déplacement par An
Atur	48	1,81%	2,7 pour 1 000 h.	33 pour 1 000 h.
Bassillac	42	1,59%	2,2 pour 1 000 h.	24 pour 1 000 h.
Boulazac	241	9,10%	3,1 pour 1 000 h.	37 pour 1 000 h.
Coulounieix-Chamiers	285	10,76%	2,7 pour 1 000 h.	32 pour 1 000 h.
Champcevinel	84	3,17%	2,8 pour 1 000 h.	35 pour 1 000 h.
Chancelade	88	3,32%	1,8 pour 1 000 h.	22 pour 1 000 h.
Marsac sur l'Isle	62	2,34%	2,2 pour 1 000 h.	28 pour 1 000 h.
Notre Dame de Sanilhac	87	3,29%	2,7 pour 1 000 h.	32 pour 1 000 h.
Périgueux	1 425	53,81%	3,7 pour 1 000 h.	44 pour 1 000 h.
St Laurent sur Manoire	18	0,68%	2,3 pour 1 000 h.	42 pour 1 000 h.
Trélissac	254	9,59%	3,2 pour 1 000 h.	38 pour 1 000 h.
Autres	14	0,53%	*	*
TOTAL	2 648	100 %	2,5 pour 1 000 h.	38 pour 1 000 h.

* Regroupe les communes d'intervention hors-secteur : Agonac, Chalagnac, Charrieras, Coursac, La Roquette et Saint Astier.

Ce tableau met en évidence une relative similitude entre les différentes communes quant à la fréquence annuelle de déplacements médicaux au domicile pour 1 000 habitants.

La consommation de soins d'urgence est ainsi relativement constante et «incompressible» quelle que soit la taille de la commune considérée ou sa proximité avec des effecteurs de soins centralisés.

Ce n'est donc pas l'éloignement du service d'urgence central du dispositif de soins qui conditionne la plus ou moins grande consommation de soins d'urgence sur ce secteur géographique donné.

TABLEAU 12
Typologie des Actes Effectués par l'UMSUD par An Selon les Plages Horaires

	Visites		Cotation K		ECG		% Annuel
	TOTAL	% Total	TOTAL	% Total	TOTAL	% Total	
De 8 h à 20 h	781	43,51%	221	31,62%	24	15,58%	38,75%
De 20 h à 24 h	721	40,17%	264	37,77%	56	36,36%	39,31%
De 0 h à 8 h	293	16,32%	214	30,61%	74	48,06%	21,94%
TOTAL	1 795		699		154		

La typologie des actes - et la subséquente gravité des pathologies rencontrées - évolue, selon les plages horaires de la permanence des soins, vers une augmentation importante, en nombre et en pourcentage, des visites requérant un ECG au domicile en période de nuit profonde par rapport à la période de jour et de première partie de nuit alors qu'on assiste, parallèlement, à une diminution marquée des visites simples pendant les mêmes périodes.¹⁷⁴

84,42% des ECG réalisés au cours de l'année au domicile l'ont été pendant la période de nuit.

¹⁷⁴ Sur le réseau France de SOS Médecins, à 2.500.000 visites en 2005, cela représente 465 000 interventions en soirée de 20h00 à 24h00, 245 000 entre 0h00 et 6h00 et 165 000 entre 6h00 et 8h00 du matin. L'activité entre 00h00 et 6h00 et entre 6h00 et 8h00 représente respectivement 28% et 19% des actes effectués de 20h00 à 8h00. Il faut noter également que les pathologies dans les horaires de « nuit noire » entre 0h00 et 6h00 sont plus « lourdes » que celles de soirée. En outre, la part de l'activité de SOS Médecins effectuée aux heures d'ouverture des cabinets médicaux est en augmentation. Les médecins de cabinet ont de plus en plus de difficultés à inscrire dans leur activité quotidienne, la prise en charge des soins non programmés. La part de l'activité de SOS Médecins aux heures d'ouverture des cabinets médicaux atteint 40 à 45 % du total de ses actes.

TABLEAU 13
Nombre Mensuel Moyen d'Actes Médicaux Effectués selon Tranches Horaires

	Visites	Cotation K	ECG	TOTAL	Nombre par Période de la PDS
De 8 h à 20 h	65	18	2	85	Jour : 85
De 20 h à 24 h	60	22	5	87	Nuit : 135
De 0 h à 8 h	24	18	6	48	
TOTAL	149	58	13		

Nos données permettent d'évaluer le nombre d'actes par jour par période de la permanence des soins avec :

- 2,8 actes en période de jour.
- 4,5 actes en période de nuit avec, en moyenne quotidienne, respectivement :
 - o 2,9 actes par période de première partie de nuit.
 - o 1,6 acte par période de «nuit profonde».¹⁷⁵

¹⁷⁵ Ces données sont en discordance avec celles de l'étude URCAM de 2006 rapportant, dans la région Nord-Pas-de-Calais, une moyenne de 0,14 acte par nuit profonde.

TABLEAU 14
Activité Globale Annuelle de l'UMSUD au sein de chaque Tranche Horaire

	Période de jour		Période de nuit				% Annuel
	De 8 à 20 heures		De 20 h à minuit		De minuit à 8 h		
	TOTAL	% Total	TOTAL	% Total	TOTAL	% Total	
Visites	781	76,12%	721	69,26%	293	48,73%	67,8%
Cotation K	221	21,54%	264	25,36%	214	38,83%	26,4%
ECG	24	2,34%	56	5,38%	74	12,44%	5,8%
TOTAL	1 026		1 041		581		

La typologie des actes médicaux effectués au domicile évolue considérablement selon les différentes périodes de la permanence des soins avec une tendance à la réalisation d'actes plus techniques, révélateurs d'une typologie pathologique plus «lourde», à mesure que l'on aborde les périodes de première partie de nuit puis de nuit profonde.

Entre la période de jour et celle de nuit profonde, le pourcentage respectif des visites avec ECG rapporté à l'activité totale de la période augmente d'un facteur 5,4, tandis que le coefficient d'augmentation pour les visites avec cotation K s'établit à 1,8.

TABLEAU 15

Variation de la Part Respective des Actes Pratiqués selon les Tranches Horaires

	Visites	Cotation K	ECG	TOTAL Nombre de Déplacements
Variation entre période de jour et période de nuit	- 18%	+ 37%	+ 242%	+ 58%
Variation entre période de jour et première partie de nuit	- 9%	+ 18%	+ 130%	+ 1,5%
Variation entre première partie de nuit et nuit profonde	- 30%	+ 53%	+ 137%	- 45%

Bien que le nombre de visites diminue entre la période de première partie de nuit et celle de nuit profonde (-45%), la typologie des actes pratiqués évolue dans le sens d'une aggravation des pathologies rencontrées comme l'attestent les variations de la part respective que représentent les ECG et les visites avec cotation K rapportées au total des déplacements effectués.

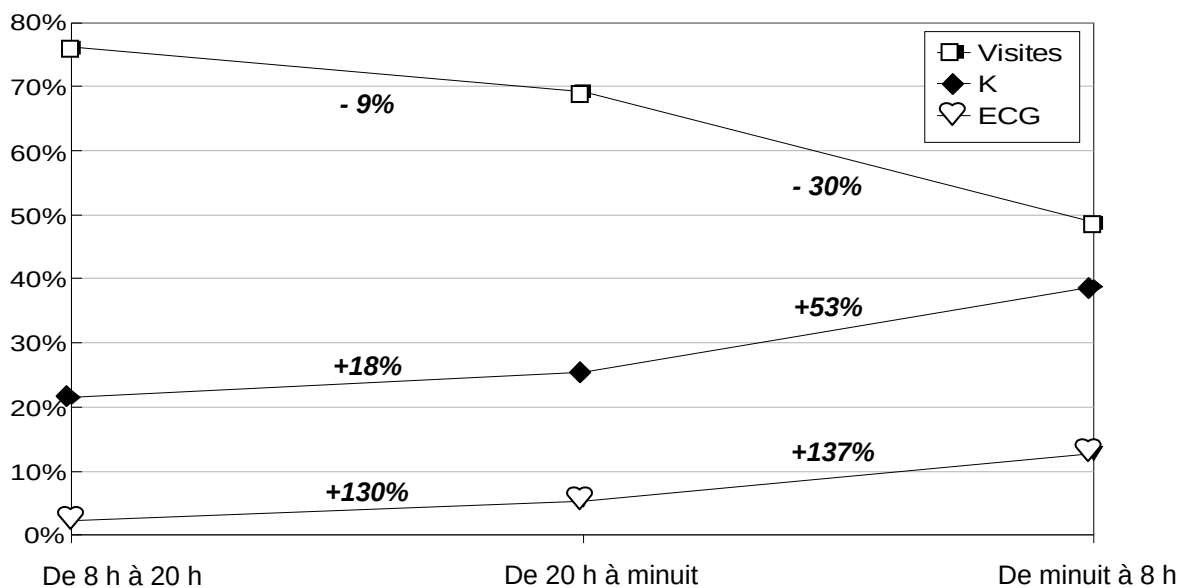


TABLEAU 16
Gestes Techniques Effectués au Domicile par l'UMSUD

	<i>TOTAL</i>
Sutures simples ou en différents plans	32
Parage et nettoyage de plaie, extraction de corps étranger	12
Strapping	2
Soins Brûlure (Parage + Tulle gras)	2
Méchage épistaxis	2
TOTAL	50
% Soins à Domicile / Total Activité Annuelle	1,89%

Les gestes techniques effectués, représentant près de 2% de la totalité des recours urgents effectués annuellement au cours de la PDS, excluent les diverses injections pratiquées dans le cadre des déplacements au domicile.

Aucun soin n'a été effectué dans le cadre de consultations faisant suite à un premier passage aux urgences (ablation de fils, changement de pansement)¹⁷⁶, gestes qui représentent 5% des actes réalisés aux urgences de l'hôpital.¹⁷⁷ Ce sont autant de patients qui ont pu bénéficier du traitement adapté dans les délais les plus brefs et qui n'ont pas contribué à la surcharge d'amont des services d'urgence.

¹⁷⁶ «L'activité des services d'urgence en 2004», DREES, Etudes et résultats n° 524, septembre 2006.

¹⁷⁷ «Les urgences médicales : constats et évolution récente», Cour des Comptes, p. 316, Paris, 2006.

TABLEAU 17
Activité Globale de l'UMSUD pendant la Période de Nuit

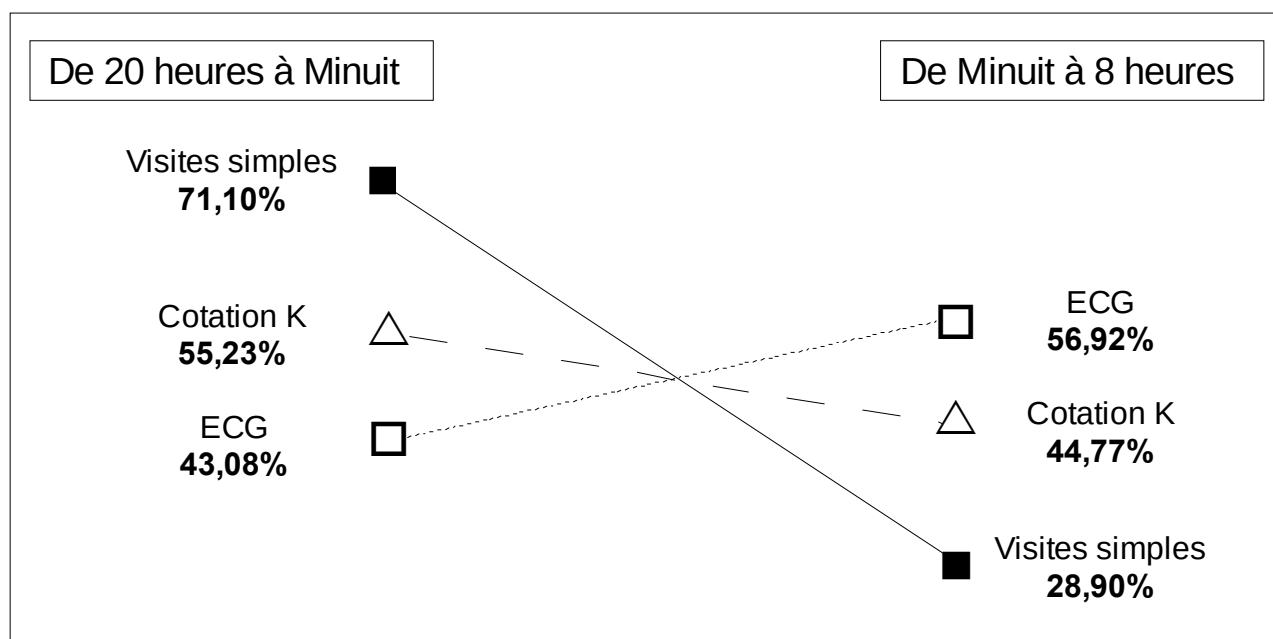
	Total Annuel	% Total	Moyenne Mensuelle
Première partie de nuit : De 20 h à 24 h	1 041	64,18%	87
«Nuit profonde» : De 0 h à 8 h	581	35,82%	48
TOTAL	1 622	100,00%	135
% Activité Totale	61,25%		

La période de «nuit profonde» représente plus de 35% de toute l'activité effectuée au cours de la période de nuit de la permanence des soins, qui a représenté, pour sa part, plus de 61% de toute notre activité annuelle.

TABLEAU 18**Typologie des Actes Effectués par l'UMSUD pendant la Période Spécifique de Nuit**

	Visites			Cotation K			ECG		
	Total	% Total	Moy. Mois	Total	% Total	Moy. Mois	Total	% Total	Moy. Mois
De 20 h à 24 h	721	71,10%	60	264	55,23%	22	56	43,08%	5
De 0 h à 8 h	293	28,90%	24	214	44,77%	18	74	56,92%	6
TOTAL	1 014		85	478		40	130		11

Près de 60% des ECG, réalisés au cours de la période de nuit, sont pratiqués durant la période de «nuit profonde» alors que moins de 30% de visites simples effectuées au domicile le sont au cours de la même période.



Entre la période de début de nuit et celle de nuit profonde, le nombre de visites simples au domicile diminue de 59% et celui de visites avec cotation K de 19% alors que le nombre de visites avec réalisation d'un ECG augmente de 32% témoignant d'une modification de la gravité des affections tendant vers une typologie plus sévère des demandes de soins urgents à mesure que s'avance la nuit.

TABLEAU 19
Admissions enUSIC suite à ECG au Domicile par l'UMSUD

	<i>TOTAL</i>
ECG par UMSUD	154
Admis enUSIC	77
% Admission enUSIC	50,00%

La moitié des ECG effectués au domicile des patients dans le cadre de la permanence des soins aboutit à une hospitalisation dans l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie de l'hôpital.

TABLEAU 20
Devenir des Patients Régulés par le SAMU et adressés à l'UMSUD

	<i>Total</i>	<i>% Total</i>	Moyenne par Mois
Hospitalisé par UMSUD suite à régulation SAMU	410	82,16%	35
LSP par UMSUD suite à régulation SAMU	89	17,84%	7
TOTAL Patients régulé par SAMU	499		42

Plus de 80% des patients adressés à l'UMSUD par le SAMU après régulation préalable sont hospitalisés après déplacement au domicile de l'UMSUD.

TABLEAU 21
Devenir des Patients vus à Domicile par l'UMSUD

	<i>Total</i>	<i>% Total</i>	Devenir	% Activité	Moy. Mois
Laissés Sur Place	2 248	84,89%	LSP : 2 248	84,89%	187
Urgences par Ambulance	221	8,35%	Hosp. : 400	15,11%	34
Urgences par SAMU	8	0,30%			
Urgences par USMUD	81	3,06%			
Urgences par Pompiers	13	0,49%			
USIC par Ambulance	54	2,04%			
USIC par SAMU	20	0,76%			
USIC par Pompiers	3	0,11%			
TOTAL	2 648	100,00%			221

Près de 85% des patients vus au domicile par un médecin de l'UMSUD au cours de la permanence des soins sont laissés sur place ce qui permet de contribuer au désengorgement des urgences en régulant le flux d'amont tout en assurant une rapide prise en charge des patients dans le cadre de demande de soins urgents non programmés.

TABLEAU 22
Orientation Hospitalière des Patients vus à Domicile par l'UMSUD

	Total Annuel	% Total	Nombre par Service d'Accueil	% Annuel par Unité d'Accueil
Urgences par Ambulance	221	55,25%	323	80,75%
Urgences par SAMU	8	2,00%		
Urgences par USMUD	81	20,25%		
Urgences par Pompiers	13	3,25%		
USIC par Ambulance	54	13,50%	77	19,25%
USIC par SAMU	20	5,00%		
USIC par Pompiers	3	0,75%		
TOTAL	400	100,00%		

Plus de 80% des patients hospitalisés suite à un déplacement médical au cours de la permanence des soins sont adressés au service des urgences de l'hôpital après régulation tricéphale par le médecin de l'UMSUD sur place, le médecin régulateur du SAMU et le médecin en charge de l'unité d'accueil hospitalier.

Près de 20% le sont dans l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC) après la réalisation systématique d'un ECG au cours de l'intervention médicale au domicile.

TABLEAU 23**Moyens utilisés pour transporter les Patients aux Urgences de l'Hôpital**

	<i>Total</i>	<i>% Total</i>	<i>Moyenne Mensuelle</i>
Urgences par Ambulance	221	68,42%	18
Urgences par SAMU	8	2,48%	1
Urgences par USMUD	81	25,08%	7
Urgences par Pompiers	13	4,02%	1
TOTAL	323		27

Près de 70% des patients adressés aux urgences après examen médical au domicile sont transportés par les ambulances du pool de garde.

L'activité du SAMU se réoriente ainsi vers les patients les plus critiques requérant des soins et un plateau technique spécifique ce qui représente 2,5% du total annuel de patients adressés aux urgences de l'hôpital dans le cadre de la permanence des soins.

TABLEAU 24**Moyens utilisés pour transporter les Patients dans l'USIC de l'Hôpital**

	<i>Total</i>	<i>% Total</i>	<i>Moyenne Mensuelle</i>
USIC par Ambulance	54	70,13%	9
USIC par SAMU	20	25,97%	2
USIC par Pompiers	3	3,90%	1
TOTAL	77		12

Plus de 25% des patients sont transportés par les équipes du SAMU de leur domicile vers l'USIC de l'hôpital après examen médical et ECG au lit du patient dans le cadre d'un déplacement au cours de la PDS.

TABLEAU 25**Rôle du SAMU, des Ambulances, des Pompiers dans les Transports vers l'Hôpital**

	<i>SAMU</i>		<i>Ambulances</i>		<i>Pompiers</i>		<i>UMSUD</i>
	<i>Total</i>	<i>% Total</i>	<i>Total</i>	<i>% Total</i>	<i>Total</i>	<i>% Total</i>	<i>Total</i>
Urgences	8	28,57%	221	80,36%	13	81,25%	81
USIC	20	71,43%	54	19,64%	3	18,75%	
TOTAL	28		275		16		
Activité Globale	7%		68,75%		4%		20,25%

Près des trois quarts de l'activité annuelle du SAMU, dans le cadre de la PDS, est consacrée au transport des patients vers l'USIC. Seuls 30% de son activité est orientée vers les urgences pour des patients dont la pathologie a souvent requis le transfert ultérieur vers le CHU de Bordeaux après mise en condition initiale dans le service des urgences.

Inversement, 80% de l'activité des ambulances du pool de garde se consacre au transport de patients, vus au domicile par un médecin de l'UMSUD, vers les urgences de l'hôpital. Il en est de même pour les ambulances du SDIS.

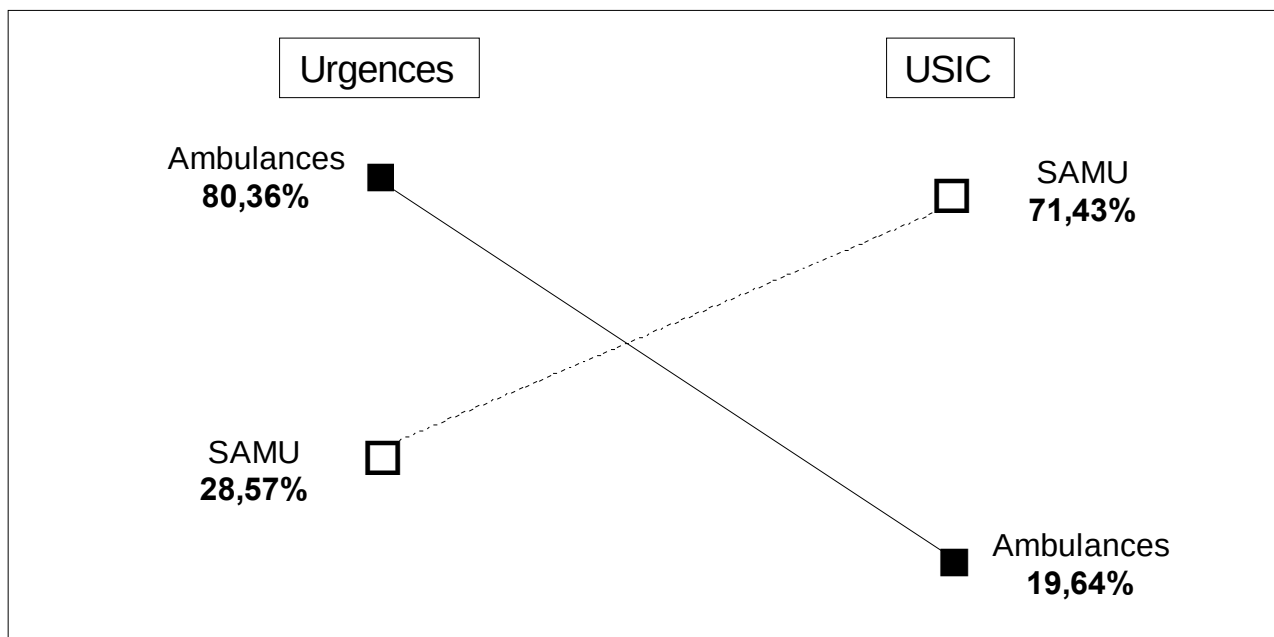


TABLEAU 26
Comparatif Nombre d'Actes UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine

Nombre	UMSUD	Référentiel Région	% variation UMSUD / Réf
<i>Total Actes Remboursés</i>	1 483	4 820	- 69,25%
<i>Prescriptions Biologie</i>	4 571	111 151	- 95,89%
<i>Indemnités Journalières</i>	195	1 753	- 88,88%
<i>Indemnités Journalières / patient</i>	12	30	- 58,57%

Les déplacements à domicile dans le cadre de recours urgents ou non programmés pendant les horaires de la permanence des soins sont très peu générateurs d'actes remboursés malgré une typologie pathologique faisant apparaître des affections aiguës plus graves ou un pronostic vital plus engagé.¹⁷⁸

Le plus long temps d'examen fréquemment disponible au cours de la permanence des soins (supérieur à 30 minutes dans notre étude) permet un dialogue plus approfondi avec le patient ou sa famille et, de fait, permet de replacer l'arrêt de travail dans une différente perspective ce qui peut contribuer à expliquer la différence entre les indemnités journalières liées à l'activité de l'UMSUD et celles du médecin référentiel région.

¹⁷⁸ Le nombre d'actes total remboursés présenté dans les tableaux n'est pas l'exacte moitié des 2 648 déplacements effectués au cours de l'année 2004 qui constituent l'objet de cette étude. Les données que nous présentons sont les données relatives à l'activité des deux médecins de l'UMSUD publiées par l'URCAM. Nous n'avons pas mis en évidence de différences statistiques significatives entre les données issues de l'activité de chaque praticien. C'est pourquoi nous utilisons l'activité d'un médecin de l'UMSUD afin de pouvoir la comparer à celle du médecin référentiel région Aquitaine. Les données détaillées sont disponibles en Annexe III du présent document.

TABLEAU 27**Comparatif Montant Total Remboursable UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine**

Montant Total Remboursable (<i>En Euros</i>)	UMSUD	Référentiel Région	% variation UMSUD / Réf
<i>Pharmacie</i>	13 162	276 669	- 95,24%
<i>Transports</i>	1 787	6 038	- 70,39%
<i>Autres prescriptions</i>	541	20 159	- 97,31%
<i>Prescriptions / Montant Total des Actes</i>	0,28	4,45	- 93,71%

La pratique médicale que nous présentons dans ce travail ne génère pas de coûts associés élevés comme l'atteste, par exemple, la différence entre le montant des prescriptions par rapport au montant total des actes entre notre activité et celle du référentiel région.

La gestion raisonnée de la mobilisation des moyens de transports à partir du domicile après régulation tricéphale (médecin sur place, médecin régulateur du SAMU et médecin récepteur au niveau de l'hôpital) peut expliquer la différence de montant observée.

TABLEAU 28**Comparatif Médicaments Génériques UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine**

	UMSUD	Référentiel Région	% variation UMSUD / Réf
<i>Pourcentage Médicaments Génériques</i>	21%	10%	+ 110,00%

La typologie des pathologies rencontrées au cours des demandes urgentes de soins non programmés au cours de la permanence des soins, explique, en partie, cette différence significative quant à la prescription de molécules génériques.

TABLEAU 29
Comparatif Typologie Sociale Patients UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine

	UMSUD	Référentiel Région	% variation UMSUD / Réf
<i>Patients exonérés avec ALD</i>	36,0%	24%	+ 50,00%
<i>Patients CMU</i>	13,5%	7%	+ 92,85%
<i>Actifs ayant eu des Indemnités Journalières</i>	4,0%	10%	- 60,00%

Notre activité consacrée aux patients avec CMU est près de 2 fois supérieure à celle du médecin référentiel région ; celle consacrée aux patients en ALD est 1,5 plus élevée.^{179,180}

Les 4% de patients actifs ayant eu des indemnités journalières dans notre série sont à mettre en perspective avec les données de la littérature qui estime à 12% la prescription d'arrêts maladie auprès d'un médecin généraliste¹⁸¹.

¹⁷⁹ Nos données sont cohérentes avec celles de la littérature issues de l'étude de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. «Recours aux soins urgents ou non programmés» La santé observée. ORS des Pays de la Loire, Edition 2007, pp. 156,157. juin 2007.

¹⁸⁰ La DREES, en avril 2006, avait déjà noté que les chômeurs et des inactifs recouraient plus souvent aux urgentistes de ville qu'aux généralistes en cabinet, et ce à sexe et âge donnés. Ce travail n'avait pas identifié de rôle majeur dans ce choix concernant certaines caractéristiques sociodémographiques des patients (couverture complémentaire disponible, zone géographique). Nos observations vont dans le sens des conclusions rapportées dans cette étude. «Le recours aux médecins urgentistes de ville», DREES, Etudes et résultats, n° 480, p.3, avril 2006.

¹⁸¹ Les observations de notre travail sont en phase avec les constatations menées par l'URCAM Nord-Pas-de-Calais de 2004 qui avait noté pour la population précarisée, que ce soit socialement ou à cause d'une pathologie, une propension trois fois plus élevée à utiliser le dispositif que la population totale.

TABLEAU 30***Typologie Comparative des Patients UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine***

Classes d'âge	UMSUD	Référentiel Région	% variation UMSUD / Réf
<i>Moins de 16 ans</i>	26,0%	20%	+ 30,00%
<i>16 à 59 ans</i>	42,5%	56%	- 24,11%
<i>60 à 69 ans</i>	5,0%	9%	- 44,44%
<i>70 et plus</i>	24,5%	14%	+ 75,00%

Notre activité se consacre préférentiellement aux deux extrêmes de la pyramide des âges, en tout cas à ceux dont les possibilités de déplacement sont limitées, voire inexistantes, même au cours de périodes d'ouverture habituelles des cabinets médicaux et ce quel que soit le motif (pathologie aiguë, patient en ALD, famille monoparentale avec ou sans enfant, absence de moyen de transport, isolement géographique ou social, grande précarité, etc.).

TABLEAU 31**Comparatif Montant Total Remboursable par Patient**

Montant Total Remboursable / Patient (En Euros)	UMSUD	Référentiel Région	% variation UMSUD / Réf
<i>Prescriptions Biologie / patient</i>	7,39	82,49	- 91,04%
<i>Pharmacie / patient</i>	20,83	201,31	- 89,65%
<i>Transports / patient</i>	2,81	4,42	- 36,42%
<i>Autres prescriptions / patient</i>	0,85	14,93	- 94,31%

Quel que soit le paramètre analysé, notre exercice, au cours de la PDS ne génère pas de surcoût par rapport à l'activité d'un médecin référentiel région, sous réserve des remarques concernant la typologie des affections rencontrées lors de ce type d'exercice professionnel.

Dans sa totalité, le montant total remboursable par patient lié à notre activité est inférieur de 90% à celui du médecin référentiel région.

DISCUSSION

DISCUSSION

A . TYPOLOGIE DES APPELANTS

1. Caractéristiques démographiques de la population étudiée

- **Données démographiques générales**

Les données démographiques que nous avons utilisées sont celles issues du recensement de 1999 publiées par l'INSEE¹⁸². Ce sont en effet les seules données globales disponibles analysables actuellement qui portent tant sur la démographie générale que sur les répartitions respectives de ces mêmes données notamment en ce qui concerne les familles monoparentales, les tranches d'âge ou les répartitions par sexe au sein des différentes communes constituant notre secteur d'étude.

Il existe certes des données plus récentes relatives à des travaux de recensement menés ultérieurement mais elles ne sont pas disponibles en l'état dans leur globalité. Comme le veulent les nouvelles règles en matière de décompte de la population, l'INSEE a livré les chiffres officiels pour 2009 issus de comptages réalisés jusqu'en 2006¹⁸³. 416 726 personnes habitaient alors en Dordogne, dont 404 052 à titre permanent.

Ces résultats attribuent, pour 2006, une population de 4 125 habitants à la commune de Chancelade, à comparer aux 3 999 habitants répertoriés dans le recensement de 1999. La variation est de 3,15% en 10 ans soit 0,31% par an soit 13 habitants. Les données du recensement de 1999 que nous avons utilisées pour analyser notre travail portant sur l'année 2004 restent donc significatives.

Les communes autour de Périgueux montrent une évolution à la hausse dans leur ensemble. Même si certaines communes, comme Coulounieix-Chamiers, stagnent en perdant 0,80% de leur population au cours des dix dernières années, d'autres comme Notre Dame de Sanilhac et Marsac présentent de fortes progressions apparentes. Ainsi, Marsac a vu sa population augmenter de 14,36% depuis dix ans mais cela ne représente que 322 habitants soit à peine 32 habitants par an.

¹⁸² «Indices et séries statistiques», rubrique Démographie. <http://www.insee.fr>

¹⁸³ Recensement de la population 2006. Fiche INSEE. Juin 2009

Dans les secteurs urbains en baisse, l'explication avancée réside dans le fait que les familles, nombreuses autrefois, ont vu leurs enfants partir, et qu'en conséquence leurs logements ne sont désormais plus habités que par une ou deux personnes. Nous reviendrons sur cet aspect dans la suite de notre travail notamment en ce qui concerne l'accessibilité au système de soins pour les foyers monoparentaux avec ou sans enfants, aux revenus précaires et sans moyens de transport individuels disponibles, au cours des horaires de la permanence des soins - et plus spécifiquement durant la nuit.

• Conditions socio-économiques

Les conditions socio-économiques de la population concernée constituent un élément capital conditionnant la nature et le type de demande de soins médicaux en urgence au domicile. Une récente enquête de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques¹⁸⁴, publiée à partir des données de 2004, affirme que 14,6% des Périgourdins vivent sous le seuil de pauvreté¹⁸⁵. Ce taux est supérieur de 3,1 points à celui de l'Aquitaine et de 2,9 points à la moyenne nationale^{186,187}.

Pour l'INSEE, 34,4% des demandeurs d'emploi sont en dessous de ce seuil de ressources, et 30,3% des personnes vivant au sein d'une famille monoparentale¹⁸⁸ - une proportion 2,3 fois plus importante que dans l'ensemble de la population et qui représente 1,6 million de personnes¹⁸⁹. La pauvreté touche davantage les chômeurs et les familles monoparentales, surtout quand une femme est à leur tête.

Or, un Périgourdin sur sept est sous ce seuil et parfois bien au delà, puisque les 10% les plus précaires du département vivent avec moins de 562 euros mensuels. Ce

¹⁸⁴ Résultats de l'Enquête Revenus Fiscaux 2004 en France métropolitaine. Les revenus et la pauvreté monétaire en 2004. Publication INSEE. n° 69, Economie - Juillet 2007.

¹⁸⁵ Selon l'INSEE, le seuil de pauvreté est établi en 2009 à un revenu inférieur à 880 euros par mois pour un ménage ou un individu.

¹⁸⁶ Quelque 7,9 millions de personnes, soit 13,2% de la population, vivaient, en 2006, sous le seuil de pauvreté correspondant à 60% du niveau de vie médian ou 880 euros par mois, selon une étude publiée par l'INSEE qui analyse l'évolution des revenus en France. Au sein de la tranche la plus démunie, la moitié avait un niveau de vie inférieur à 720 euros mensuels.

¹⁸⁷ En 2004, selon l'INSEE, ce chiffre s'établissait à 11,7 % de la population, soit près de sept millions de personnes.

¹⁸⁸ «Les revenus et le patrimoine des ménages». INSEE, Edition 2009.

¹⁸⁹ Le niveau de vie est le revenu disponible du ménage (soit la somme des revenus nette des impôts directs) divisé par le nombre d'unités de consommation (une unité au premier adulte du ménage, 0,5 aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 aux enfants de moins de 14 ans), une norme qui permet de tenir compte des économies d'échelle que procure la vie en couple. La médiane est la valeur qui partage une population en deux parties égales.

constat place la Dordogne parmi les vingt départements les moins favorisés et les plus pauvres de l'Hexagone, en compagnie du Lot-et-Garonne dont le taux de pauvreté culmine à 15,5% de la population.

La Dordogne est un département rural et enclavé avec un déficit d'infrastructures et des emplois de type précaire. Son caractère rural n'est pas négligeable et l'un des objets de ce travail est de mettre en perspective la nécessaire intégration de ces données dans le développement et la mise en place des structures innovantes de prise en charge à domicile des recours d'urgence dans le cadre de la permanence des soins

Les chiffres de l'INSEE, tout comme ceux que nous présentons, confirment la différence entre «les deux mondes». En Périgord, le taux de pauvreté s'élève à 16,6% dans l'espace rural contre 12,2% dans l'espace urbain. «Nous sommes un département très rural avec 30% de la population composée de retraités, dont la plupart ont une faible pension»¹⁹⁰. Même au niveau des catégories aisées, la Dordogne est en retrait. Les 10% les plus fortunés du département gagnent au moins 25 065 euros par an, contre 28 364 euros annuels au niveau national.

L'évolution de la population de la Dordogne est assez préoccupante puisque selon le recensement de 1999, elle occupait le 56^e rang national avec 386 365 habitants et un taux annuel moyen de variation de la population entre 1990 et 1999 de +0,11% la plaçant au 66^{ème} rang national.

En valeur absolue, la variation de population entre 1990 et 1999 fut de +2 020 habitants (66^{ème} rang national). Mais si on analyse ces données, on observe que c'est le flux migratoire qui sous-tend cette croissance modérée puisque le solde naturel entre 1990 et 1999 a été de -12 960 habitants (95^{ème} rang national) alors que le solde migratoire sur la même période s'est élevé à +14 888 habitants. L'évolution semble s'être poursuivie jusqu'en 2006 selon les données présentées précédemment.

¹⁹⁰ Bernard Cazeau, Sénateur, Président du Conseil Général de la Dordogne. Sud Ouest. 2008.

Par rapport aux autres départements aquitains, c'est en Dordogne que l'on se marie le moins. En effet, en 1998, on a enregistré 3,6 mariages pour 1000 habitants contre 4,6 en Gironde, cette dernière valeur étant proche du taux national. C'est un élément expliquant en partie la forte proportion de familles monoparentales avec enfants sur lequel nous reviendrons dans la suite de ce travail.

Cette situation, combinée au fort taux de foyers constitués de personnes âgées vivant seules, majoritairement de sexe féminin, explique en partie les données relatives à la typologie des familles monoparentales exposée dans les tableaux afférents. Entre 1999 et 2006, le nombre de ménages avec une seule personne est passé de 29 à 31,6% avec une évolution de 11,2 à 12,4% pour les ménages avec homme seul et de 17,8 à 19,3% pour les ménages d'une personne avec femme seule¹⁹¹. Cet isolement et la précarité sociale qui en découle constituent des notions de particulière importance pour notre étude.

Parallèlement à ces évolutions, les très récentes données démographiques publiées début janvier 2009 par l'INSEE mettent en exergue un phénomène migratoire fondamental au niveau de tout le département.

En effet, entre le recensement récemment publié et celui de 1999, Périgueux, préfecture du département, a vu sa population s'éroder de 3,86%, tandis que celle de Sarlat diminuait de 4,60%. Ces variations sont le reflet d'un processus démographique centrifuge global qui éloigne une partie croissante de la population des villes principales ; et de fait des centres hospitaliers régionaux et locaux ainsi que des fortes densités de cabinets médicaux. Cette population est constituée en partie de ceux les plus particulièrement touchés par la précarité, l'explosion du montant des loyers et la trop faible offre de logements sociaux. Nous y reviendrons en ce qui concerne notre secteur d'étude.

- **Données démographiques propres au secteur de notre étude**

Le secteur d'activité de l'UMSUD concerné par ce travail regroupe un total de 11 communes pour une population totale, évaluée en 1999, à 69 483 habitants répartis

¹⁹¹ «Dordogne - Chiffres clés : Famille - Situation matrimoniale». INSEE. RP1999 et RP2006 exploitations complémentaires.

sur une superficie de 185,07 kilomètres carrés. La densité de population de ce secteur s'établit ainsi à 554 habitants par kilomètre carré¹⁹². (Tableau 1)

En étudiant ces données, on constate :

A - L'hétérogénéité du territoire concerné avec :

1. Des communes de type rural comme Atur à faible densité de population (77 h/km²) ou Saint Laurent sur Manoire (73 h/km²),
2. Des communes semi-rurales comme Bassillac (94 h/km²) où se trouve une agglomération relativement dense autour de zones commerciales périphériques de Périgueux mais où le reste de la commune est de type rural à habitat clair-semé,
3. Une zone franchement urbaine à forte densité de population, représentée par Périgueux (4 069 h/km²), insérée dans une ceinture de communautés.

B - L'étendue du territoire couvert par l'UMSUD :

Plus vaste que le Liechtenstein (160 km²)¹⁹³, la superficie totale du secteur d'activité de l'UMSUD est 1,24 fois plus importante que celle de Paris (105,4 km²)¹⁹⁴ sans inclure les communes hors-secteur ayant donné lieu à déplacement sur demande du SAMU, dont nous parlerons dans la suite de ce travail. (Tableau 3)

Comme l'exposent les cartes présentées dans ce travail, Périgueux est une commune au territoire restreint (9,82 km²), enclavée dans une couronne de communes qui colle réellement à l'agglomération périgourdine avec une forte densité de centres commerciaux et de zones d'activité notamment à Marsac sur l'Isle, Trélissac, Chancelade, Boulazac, Coulounieix-Chamiers et dans une moindre mesure Notre Dame de Sanilhac et Chancelade. (Carte 1)

¹⁹² A titre de comparaison, en Gironde, 34 secteurs sur 38 hors Bordeaux (ce qui représente 450 000 habitants) font reposer la PDS de seconde partie de nuit uniquement sur les centres hospitaliers soit une moyenne de 13 235 habitants par secteur. Ces données permettent de calculer une densité de population plus de 5 fois inférieure à celle du secteur d'activité sur lequel porte cette étude. «Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins», Dr J.Y. Grall, p.12, Paris, Août 2007.

¹⁹³ CIA World Factbook 2005. Ces données sont à jour à compter de février 2005. Les superficies considérées incluent les étendues d'eaux intérieures (rivières, lacs, etc.).

¹⁹⁴ «Logements et taille des ménages dans la dynamique des populations locales. L'exemple de Paris», Alfred Dittgen, Population, édition française, 60^e année, n° 3, p. 307-347, mai-juin 2005.

En périphérie de ces zones commerciales et industrielles s'implantent des développements immobiliers de type pavillonnaire à forte densité de population proches de l'agglomération principale, comme à Marsac sur l'Isle, pendant que le reste de la commune garde un caractère rural à habitat relativement clairsemé.

En tout état de cause, pour le secteur d'activité de l'UMSUD, plus l'origine des appels s'éloigne de Périgueux plus se présentent des conditions d'exercice de médecine d'urgence en zone rurale.

En outre, force est de constater que le découpage des secteurs de garde obéit à une logique particulière aboutissant à ce que des 11 communes constituant ce secteur, seules 7 fassent partie de la Communauté d'Agglomération de Périgueux. En conséquence, le secteur de l'UMSUD est excentré par rapport à la ville de Périgueux si bien que des communes mitoyennes, pourtant membre de la CAP, n'en font pas partie alors que d'autres, plus lointaines, y ont été incorporées.

Cette notion de découpage des secteurs a été notée dans d'autres départements par les membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) qui mentionnaient que cette sectorisation ne se fondait pas uniquement sur des critères sanitaires et/ou socio-démographiques mais que, bien davantage, il fallait y voir le résultat du jeu des acteurs locaux de la PDS qui peuvent être différents d'un département à l'autre.¹⁹⁵

C'est ainsi que, pour des considérations d'ordre économique et politique, certaines communes faisant initialement partie de la CAP, comme Boulazac, s'en sont désengagées mais restent néanmoins intégrées dans le secteur d'activité de l'UMSUD. Le découpage du secteur d'activité de l'UMSUD ne correspond d'ailleurs pas plus au découpage administratif en cantons ce qui ne concourt pas à la clarté de la compréhension du système pour les usagers ce qui a été noté dans de nombreux rapports antérieurement présentés¹⁹⁶.

¹⁹⁵ Rapport IGAS/IGA n° 2006-029, 06 07 002, mars 2006.

¹⁹⁶ «La communication est indispensable pour à la fois rassurer la population mais aussi induire un bon usage du dispositif. Seul un système lisible peut permettre une communication adaptée». «Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins». Dr Jean-Yves Grall. p.27. Août 2007.

Des considérations légitimes comme l'accessibilité de certains territoires enclavés et/ou le caractère saisonnier de leur peuplement n'ont pu être identifiés dans le cas qui fait l'objet de ce travail.

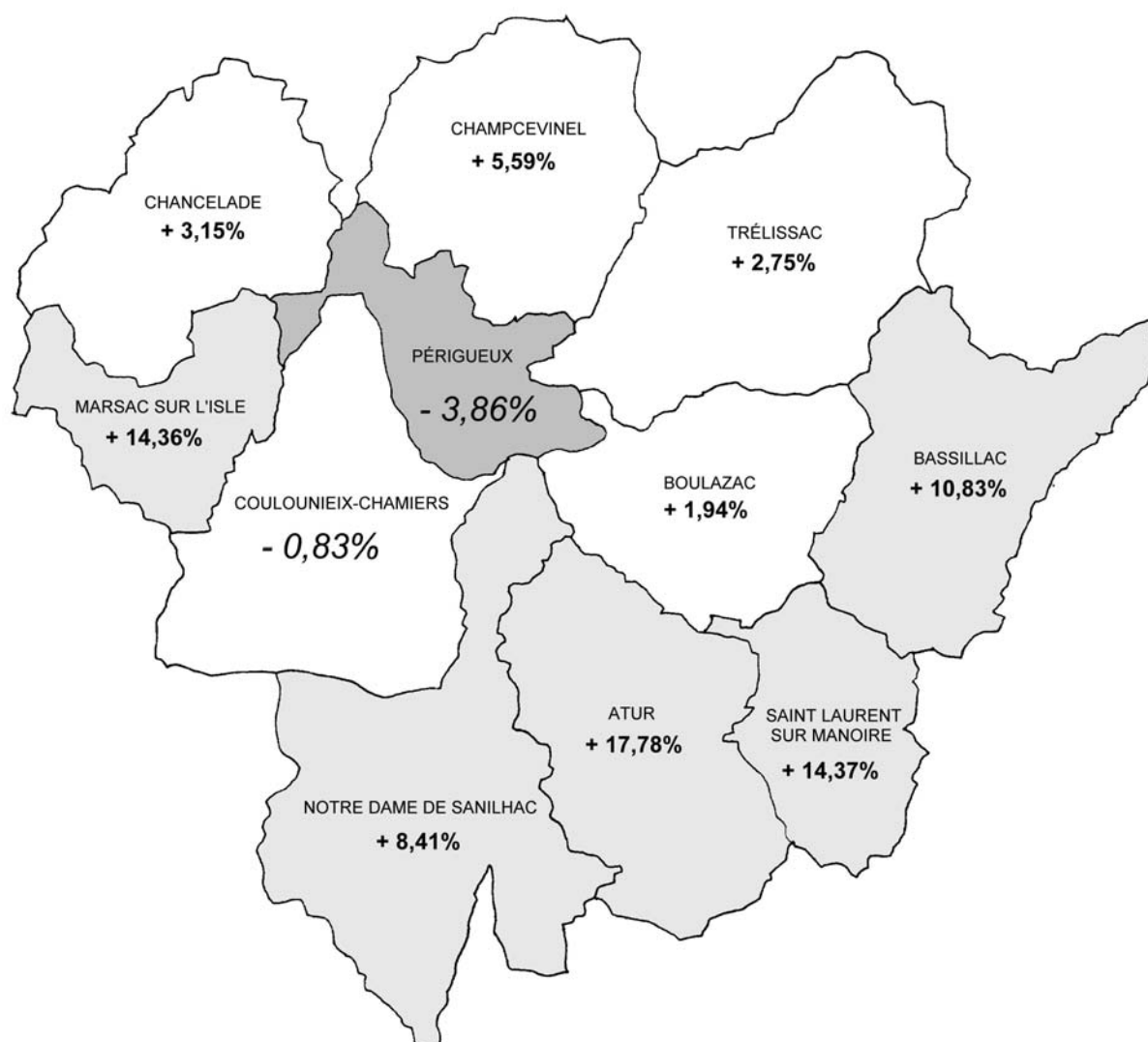
Nous n'avons pas inclus dans ces données, la population des communes hors secteur où ont eu lieu certaines de nos interventions et qui sont mentionnées dans la suite de ce travail. Ces communes d'intervention hors-secteur sont les suivantes : Agonac, Chalagnac, Charrieras, Coursac, La Roquette et Saint Astier.¹⁹⁷

Les 69 483 habitants constituant la population de notre secteur d'activité représentent 17,31% de la population totale du département de la Dordogne (401 500 habitants selon l'INSEE). La densité de population du secteur d'intervention de l'UMSUD est donc 13 fois plus importante que celle de la Dordogne dans sa totalité et 5 fois celle du département si on exclut Périgueux de ce calcul. (Tableau 2)

Selon les données du recensement de l'INSEE de 1999, la ville de Périgueux représentait, à elle seule 46,48% de la population totale du secteur d'activité considéré - actuellement 44,56% selon les données démographiques de 2009 - alors que le nombre de patients vus au cours de l'année 2004 à Périgueux *intra muros* (1 425 patients) représente 53,81% du total de patients vus par l'UMSUD au cours de cette période.

Nous avons déjà mentionné que la ville de Périgueux a vu sa population décroître de manière non négligeable en dix ans (-3,86%). Les variations pourcentuelles peuvent sembler d'importance mais elles sont trompeuses dans certains cas. Ainsi par exemple Bassillac présente un accroissement de la population de 10,83%, mais cela ne représente en fait que 19 personnes au cours d'une période de 10 ans soit moins de 2 habitants par an. Dans le même temps, Périgueux a, pour sa part, perdu près de 125 habitants par an pour un taux de diminution de 0,83%. (Tableau 4)

¹⁹⁷ Ces interventions ont été motivées essentiellement par des demandes provenant du Centre 15 suite à l'indisponibilité du médecin de garde dans ce secteur, à son absence, à l'impossibilité de le joindre ou à la mobilisation des équipes du SAMU sur d'autres lieux d'activité dans le département.



Il appert donc que les flux de population, dans le secteur sur lequel porte notre étude, présentent une tendance générale à l'éloignement de Périgueux, de son centre hospitalier départemental, de ses deux cliniques privées ainsi que de ses nombreux cabinets de médecine générale.

La carte ci-dessus montre bien la création d'un «deuxième cercle» de peuplement vers des communes éloignées du centre géographique où se concentrent les systèmes de soins institutionnels.

Sur les 1 132 nouveaux habitants apparus en 10 ans au niveau du secteur considéré, 82,60% se sont installés dans ce «deuxième cercle» - en gris clair sur la carte - soit en provenance d'autres parties du département ou d'autres régions, soit venant de Périgueux et ayant déserté la préfecture pour divers motifs.

Depuis 10 ans, nous assistons donc à l'émergence d'un véritable processus démographique migratoire centrifuge avec pour conséquence, entre autres, un éloignement des citoyens de l'offre de soins de proximité ; éloignement dont les effets pour les patients se manifesteront d'autant plus en dehors des périodes d'ouverture habituelle des cabinets de médecine générale soit au cours de la permanence des soins.

En outre, bien que l'urbanisation soit importante dans notre secteur, le caractère rural du réseau routier et des habitations persiste. La qualité des quelques 5 000 kilomètres de routes et voies d'accès aux différentes habitations est relativement homogène dans le département, et pour tout dire assez médiocre dans de très nombreux secteurs. En hiver, de nombreux trajets sont rendus très difficiles suite au gel et au verglas ainsi qu'au caractère escarpé et tortueux de la topographie locale. Même au sein de la ville de Périgueux, il est fréquent que certaines rues soient indisponibles par temps de gel ou de neige.

Dans le cadre de demandes de soins nocturnes en urgence, il est difficile de ne pas penser aux risques auxquels s'exposerait un patient s'il devait être contraint à se déplacer vers un cabinet médical ou une maison médicale de garde avec les conséquences médico-légales pour le médecin de permanence si le patient ou ses accompagnants devaient être victimes d'un accident sur le trajet lors même que le praticien n'a pas jugé nécessaire de se déplacer.

- **Répartition démographique selon les tranches d'âge et le sexe**

Au niveau du secteur d'étude de l'UMSUD, 47% de la population est âgée de moins de 40 ans alors que cette même frange de la population représente 43% sur toute la Dordogne.

Au sein de notre secteur d'étude, le ratio Femme/Homme est proche de 1 pour les tranches d'âge inférieures à 75 ans mais, au-delà, il atteint jusqu'à 2,2 pour Notre Dame de Sanilhac, 2 pour Périgueux et Bassillac, 1,8 pour Boulazac, 1,7 pour Atur avec un ratio moyen sur le secteur UMSUD de 1,8. (Tableau 5)

Pour ce même secteur, le pourcentage moyen de la population âgée de 75 ans et plus s'établit à 10,40%, selon le recensement de 1999, avec d'importantes disparités puisque pour Périgueux, il atteint 12,59%, 11,54% pour Trélissac et 10,39% pour Coulonieix-Chamiers.

La population constituant notre secteur d'activité est donc une population majoritairement âgée à forte prédominance féminine, vivant seule et souvent propriétaire de son domicile, donc peu enjointe à quitter son foyer pour aller en maison de retraite - quand elle en a les moyens. Cette situation aboutit à la constitution d'une population qui va rester tardivement chez elle avec des pathologies somatiques importantes ce qui induit la subséquente mise en place de thérapies parfois lourdes lors du déplacement médical au domicile dans le cadre de la permanence des soins.

Cette prise en charge médicale doit impérativement tenir compte de ce point car ces patients très peu mobiles sont très souvent dans l'incapacité absolue de se déplacer vers un effecteur de soins centralisé quel que soit le motif de leur demande. Ceci explique, en partie, pourquoi nous avons été confrontés à de réelles détresses de toute nature lorsque ces patients appellent au cours de la PDS¹⁹⁸. Les visites étudiées dans ce travail correspondent fidèlement à la définition des visites urgentes non programmées donnée par la DRESS dans son étude de mars 2006¹⁹⁹. L'isolement, tant topographique qu'affectif, des patients contribue à rendre tout déplacement de leur part impossible.

Nous reviendrons sur la capacité réduite, lorsqu'elle existe, que présentent de nombreux patients pour se déplacer vers l'effecteur médical quand nous détaillerons les motifs de nos déplacements. Il est fort probable que l'évolution du contexte économique et social actuel ne contribue à empirer cette situation en rendant l'isolement de ces personnes âgées encore plus tragique. La mobilité des effecteurs de soins n'en

¹⁹⁸ Souscrivant parfaitement à la définition de l'urgence en matière de santé précisée par le Pr Delbarre : «Phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage». Pour la majorité, la notion d'urgence se confond avec celle de détresse vitale, mais la définition précédente intègre le fait que l'urgence en matière de santé embrasse toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, indépendamment de la nature et de la gravité du problème considéré.

¹⁹⁹ «Les Recours urgents non programmés en médecine générale. Premiers résultats», M. Gouyon, G. La-barthe, DREES, Etudes et résultats, n° 471, 8 p., mars 2006.

devient que plus indispensable et ce d'autant plus dans le contexte de l'urgence au cours de la permanence des soins et principalement, mais pas exclusivement, la nuit.

La volonté affichée des autorités de maintenir au domicile les personnes âgées aussi longtemps que possible dans les meilleures conditions de vie tout en maintenant la qualité des soins ne peut faire l'économie d'une réflexion de fond quant à l'existence d'une permanence des soins efficace, fiable et pérenne sur la totalité du territoire national quels que soient la nature des paramètres démographiques, géographiques ou sociétaux.

- **Constitutions démographiques familiales propres à notre secteur d'étude**

Au cours de notre travail, nous avons été extrêmement surpris de la très forte proportion de familles avec des parents élevant seuls leur(s) enfant(s). Depuis 1999, le pourcentage de familles monoparentales est passé, en Dordogne, de 10,7 à 11,3% avec une élévation pour les hommes élevant seuls leur(s) enfant(s) passant de 1,7 à 2% tandis que la proportion de femmes seules avec un enfant ou plus a crû de 9 à 9,3% de la population générale entre 1999 et 2006. (Tableau 6)

Nos constatations ont été semblables concernant les personnes âgées de 75 ans et plus (10,4% de la population générale) vivant totalement seules. Tous âges confondus, les ménages d'une seule personne représentent 31,6% de tous les ménages du département (29% en 1999) avec 12,4% de ménages constitués d'hommes seuls et 19,3% de femmes seules (respectivement 11,2 et 17,8% en 1999).

Ceci a renforcé notre conviction quant la nécessité incontournable de se rendre au domicile de ces familles au cours de la permanence des soins parce que, bien souvent, elles n'ont pas la possibilité, vivant seules, de se déplacer la nuit, et même le jour, avec un enfant malade en laissant le ou les autres membres de la fratrie au domicile, pas plus qu'elles ne peuvent emmener la fratrie avec eux chez le médecin, dans une éventuelle maison médicale de garde ou à l'hôpital. Cette remarque est d'autant plus valable lorsque c'est le parent qui est lui-même malade.

Le pourcentage moyen de familles monoparentales sur le secteur d'intervention de l'UMSUD atteint 19,65%. Presque une famille sur 5 !

Lorsque l'on regarde ces chiffres de plus près, on remarque que Périgueux présente 35,20% de familles monoparentales avec un enfant au moins ce qui doit nous amener à repenser l'accès de ces familles à l'urgence au cours des périodes de permanence des soins. Car, même dans Périgueux *intra muros*, on mesure assez mal les grandes difficultés liées au déplacement et à l'accès à un médecin qui ne se déplace pas ou à une hypothétique maison médicale de garde située dans la ville ou adossée à l'hôpital. Alors que dire pour les familles résidant hors de la ville ?

En centrant notre réflexion sur les familles monoparentales avec deux enfants et plus ; celles-là mêmes qui ne pourront que très difficilement se déplacer la nuit vers le médecin de garde ou l'hôpital ; nous constatons que leur pourcentage reste très élevé atteignant 7,23% du total des familles du secteur d'intervention de l'UMSUD pour 787 familles soit 37% du total des familles monoparentales avec 2 enfants et plus.

Poussant plus avant l'analyse, nous avons calculé le nombre de personnes concernées par cette très grande difficulté à se déplacer vers le système de soins (médecin, médecin de garde, hôpital, éventuelles maisons médicales de garde ou autres structures) compte tenu de leur statut social et familial ainsi que leur âge.

Nous avons déjà mentionné les patients dont l'âge se situe au delà de 75 ans ; population représentant, selon le recensement de l'INSEE de 1999 ; 10,42% de la population étudiée dans ce travail. Il faut noter que pour le département de la Dordogne, en 2004, 43% des personnes de 80 ans et plus vivaient seules dont près de 25% pour la tranche d'âge entre 65 et 79 ans.

En appliquant un calcul simple aux familles monoparentales avec au moins un enfant en considérant que le nombre de familles concernées doit être multiplié par le nombre d'enfants + 1 (le parent qui élève l'enfant), nous obtenons une évaluation approximative du nombre total de personnes représentées par ces familles. Pour les familles de 4 enfants et plus, étant donné l'absence de données plus pertinentes quant au nombre d'enfants réellement pris en compte, nous n'avons considéré que 4 enfants ce qui sous-évalue de fait le nombre réel d'enfants concernés.

Nous obtenons donc les données suivantes :

Familles monoparentales	Nombre de familles x (nb enfant + le parent)	Total
avec 1 enfant	1 353 x 2 =	2 706 personnes
avec 2 enfants	563 x 3 =	1 689 personnes
avec 3 enfants	162 x 4 =	648 personnes
avec 4 enfants et plus	62 x 5 =	310 personnes
TOTAL Secteur UMSUD		5 353 personnes

Ces 5 353 personnes représentent au moins 8,14% de la population totale du secteur étudié dans ce travail.

Considérant la mobilité réduite voir inexistante des personnes âgées de 75 ans et plus vers les effecteurs de soins, nous pouvons légitimement évaluer que le nombre de personnes potentiellement dans l'incapacité d'avoir accès au système de soins au cours de la permanence des soins en se déplaçant s'élève, pour notre secteur d'étude, à 6 859.

En additionnant ce nombre à celui calculé précédemment, on peut estimer à 12 212 personnes la population minimum de notre secteur ayant de sérieuses difficultés pour accéder à un système de permanence des soins centripète axé sur les maisons médicales de garde, le cabinet du médecin de garde ou l'hôpital. (Tableau 7)

En conséquence, 19% de la population concernée dans ce travail, soit près d'un habitant sur 5, ne peut accéder à un système centripète où le patient se déplace vers l'effecteur de soins. Cette constatation initiale plaide en faveur du développement d'un système centrifuge où c'est l'effecteur de soins qui va vers le patient.

Ainsi, avant même d'aborder les aspects purement médicaux, la prise en compte des paramètres sociaux, démographiques et économiques des populations concernées constitue un préalable incontournable à toute définition du type de structure de prise en charge médicale des appels d'urgence dans le cadre de la permanence des soins.

En refusant d'adopter une position de principe quant à la validité ou non des appels d'urgence, nous avons essayé d'éviter les écueils que la mission conjointe de l'IGAS et de l'IGA avait mis en exergue : «D'après certains interlocuteurs de la mission, la PDS couvre par définition des actes non urgents dont la réalisation est différée ou relever d'un conseil téléphonique délivré par la régulation médicale, toute autre situation conduisant à suspecter un cas problématique et donc nécessairement à mobiliser les services dédiés à l'urgence.»

«Certains médecins rencontrés par la mission affirment ouvertement refuser toutes les visites pendant leur astreinte - qu'ils continuent à percevoir - et contestent l'existence de «visites incompressibles» que l'on ne peut éviter. Cette position touche aussi au domaine des actes médico-légaux (certificat de décès et examen de gardés à vue). Les soins à prodiguer aux patients des maisons de retraite ou aux personnes soignées à domicile dans divers cadres font de la même manière l'objet de controverses et de pratiques divergentes.»

«Les tenants du «zéro visite» voient des arguments supplémentaires à l'appui de leur thèse dans «l'incompétence» qui est prêtée aux nouveaux médecins de ville à donner des soins urgents ne mettant pas en jeu de diagnostic vital, faute de pratique et d'appareillage suffisants. Enfin la possibilité, pour certains admise voire d'ores et déjà pratiquée, de réaliser des prescriptions téléphoniques et de télécopier des ordonnances dans les pharmacies conduit à évacuer vers une consultation à distance les actes de médecine de ville nécessitant un traitement immédiat.»²⁰⁰

Cette attitude est considérée par de nombreux juristes comme une extrapolation excessive de la loi. En effet, il faut rappeler que l'article 34 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie²⁰¹ précise : «Une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence» ce qui induit implicitement le déplacement d'un médecin

²⁰⁰ Rapports n° 2006 029 et 06 07 002, IGAS/IGA, p. 33, mars 2006.

²⁰¹ Conseil constitutionnel : Décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 publiée au J.O. de ce jour.

au domicile afin d'effectuer un examen clinique ; ce dernier ne pouvant être effectué par téléphone.

Le Dr X. Deau, Conseiller National de l'Ordre des Médecins, a rappelé que les lignes conductrices européennes parues en la matière sont nettement plus strictes que l'approche française puisqu'elles limitent l'usage des prescription à distance pour les seuls patients connus du praticien en insistant sur la nécessité de l'identification des partenaires, notamment par signature électronique.²⁰²

La position de SOS-médecins soutenant que «l'urgence s'apprécie au chevet du malade»²⁰³ va dans ce sens mais elle soulève, de son côté, le problème de la limitation de la portée de la régulation médicale.

Afin de tenter de mieux cerner la réalité de la nature et du nombre de demandes de recours urgents non programmés dans le cadre de la PDS, nous avons recueilli les données présentées dans ce travail, selon deux procédures :

- Soit directement suite à réception d'appel par le médecin de l'UMSUD,
- Soit après réception préalable du SAMU ou d'un autre effecteur qui nous a transféré l'appel après régulation.

Les données relatives aux déplacements effectués ne tiennent pas compte des appels ayant amené à un conseil téléphonique sans déplacement initial²⁰⁴. Par ailleurs, nous ne traiterons pas des appels ayant initialement abouti à un conseil, et qui, devant l'absence d'amélioration voir une éventuelle aggravation du tableau clinique, ont amené à un déplacement de l'UMSUD dans un second temps.

²⁰² «Le droit européen étant supranational et primant sur le droit des états, il est à craindre, dans l'avenir, que certains médecins ne soient confrontés à de réels problèmes juridiques quant à la divulgation d'ordonnances par téléphone.» Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 15 octobre 2004.

²⁰³ *ibid* note 14.

²⁰⁴ Les conseils prodigués par les médecins de l'UMSUD sont conformes aux orientations définies lors de la conférence d'experts réunissant le SAMU de France, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation avec le concours de la Société Française de Médecine d'Urgence et de la Société de Réanimation de Langue Française regroupées dans le document «Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital», 6 pages, publié le 04/01/2006.

Le déplacement a été soit immédiatement consécutif à la réception du premier appel, compte tenu des éléments de l'anamnèse, soit différé dans l'attente des résultats des procédures de première intention proposées au patient ou sa famille par le médecin ayant reçu l'appel après réception d'un second appel de suivi préconisé par le praticien lors de l'entretien initial.

Nous n'avons pas segmenté ces données selon qu'il s'est agi d'un déplacement sur premier appel ou sur second appel de suivi ; nous nous sommes exclusivement attachés à l'étude des déplacements effectifs.

2. Typologie des classes d'appelants.

Les appels dont l'origine est précisée «Particulier» ont été directement reçus par le médecin effecteur de l'UMSUD sur son téléphone portable. Les modalités de fonctionnement de l'UMSUD ont été décrites antérieurement²⁰⁵.

Les appels «SAMU» et «Pompiers» ont déjà été régulés lorsqu'ils sont transférés à l'UMSUD. Les appels de la catégorie «Maisons de retraite» ont été directement reçus par le médecin effecteur de l'UMSUD.

Les appels «Police-Gendarmerie», ainsi que ceux émanant du «Parquet du Tribunal de Grande Instance de Périgueux», correspondent soit à des visites en garde à vue ou à la Maison d'Arrêt de Périgueux sur réquisition, soit à des demandes liées à des actions de police motivant une intervention médicale à domicile ou sur voie publique pour des situations diverses telles qu'état d'agitation, accident de la voie publique mineur, tentative d'autolyse, certificat médical pour hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers, certificat médico-légal, différents familiaux intenses, etc.

Compte tenu de l'étendue du secteur d'activité de l'UMSUD, nous avons travaillé à la fois en zone police et en zone gendarmerie. Un déplacement a été effectué, sur réquisition, à la demande du substitut du Procureur de la République au Centre Pénitentiaire de Saint Astier situé hors du secteur d'activité de l'UMSUD.

²⁰⁵ Voir la section Matériel et Méthodes de ce travail.

Cette activité était, jusqu'à notre installation, dévolue aux médecins du SAMU ce qui interférait fréquemment sur le fonctionnement normal du système en monopolisant une équipe lors de ces interventions. L'existence d'une structure de type UMSUD permet de fluidifier le fonctionnement global de prise en charge des appels d'urgence quelle qu'en soit la nature et ce à moindre coût tout en permettant au SAMU de recentrer son activité vers ses missions d'urgence propres au cours de la PDS.

La catégorie «Autres» recouvre des appels venant, entre autres du centre d'accueil pour femmes battues SOS Femmes, des zones d'accueil des gens du voyage, d'institutions religieuses (couvents, maison diocésaine), du Village de l'Enfance, d'Instituts de Formation Professionnelle, de Centres Médico-Psychologiques pour mineurs et adultes, d'entreprises dans le cas d'accidents du travail, d'hôtels et de campings, de lycées avec internat, de téléassistance, d'infirmières, d'aides soignantes ou d'assistantes de vie à domicile, de foyers d'accueil divers pour patients en rupture de repères voire même de confrères. (Tableau 10)

L'analyse des données de l'UMSUD permet donc d'appréhender l'activité du secteur de garde considéré à partir de données avérées.

Au cours de notre étude, en moyenne, 222 patients ont été vus mensuellement au domicile dans le cadre de recours urgents ou non programmés, après régulation médicale par l'UMSUD au cours de l'année 2004 pendant les horaires de la permanence des soins.

Plus de deux tiers des appels ayant amené à un déplacement médical à domicile après régulation vient directement de particuliers (68,13%) ce qui représente une moyenne mensuelle de 150 patients vus dans ce cadre.

Le SAMU a transféré vers l'UMSUD 19% des appels qui lui ont été adressés avec, à la clé, et dans tous les cas, un déplacement médical immédiat de l'UMSUD au domicile du patient (42 appels mensuels en moyenne). Ce sont autant de déplacements

initiaux que le SAMU n'a pas eu à effectuer ou à gérer la recherche de médecin garde disponible^{206, 207}.

Il faut noter que lors de la réalisation de ce travail il n'existait pas de régulation de médecine générale en relation avec le Centre 15 pour toute la Dordogne. Tout comme pour la situation rencontrée en Mayenne ou dans le Bas-Rhin, la régulation était déportée au domicile du médecin généraliste de garde²⁰⁸. Cet état de fait n'est pas exceptionnel puisqu'il suit ainsi la tendance générale nationale à la baisse du nombre de volontaires²⁰⁹ et des risques permanents de suppression même de cette régulation malgré une hausse constante de l'activité et de la demande de soins urgents non programmés au cours de la PDS.

Les appels venant de la catégorie «Maisons de retraite» représentent 5% des déplacements que nous avons effectués tandis les appels «institutionnels» (police, gendarmerie, tribunal et pompiers) sont en cause dans 5,5% des cas ce qui correspond à une moyenne mensuelle de 13 appels. Les difficultés d'accès à un médecin dans les structures pour personnes âgées sont soulignées constamment. Le SAMU de Lille a observé une constante augmentation des appels provenant des établissements pour personnes âgées, à toutes heures, y compris dans la journée. Ainsi il est noté une augmentation de +14,34 % entre 2004 et 2003, de +26,98 % entre 2005 et 2004 et +8,6 % entre 2006 et 2005. En 2006, une augmentation de plus de 50% a été observée pour ce qui concerne la période diurne.

Concernant la catégorie «Autres», dont nous avons précédemment décrit la constitution, il est important de noter que la publication de numéro d'appel de l'UMSUD dans les journaux locaux et régionaux après accord du CNOM, sa large divulgation par les

²⁰⁶ «L'aléa de l'effectivité de la PDS a été noté Par le Dr J.Y. Grall, en Ain, Puy de Dôme, Hérault, Sarthe, Isère, Nord, Bouches du Rhône. En Seine et Marne, sur 11 secteurs, 6 seulement sont couverts constamment, dans une dizaine de secteurs des Yvelines le SAMU centre 15 pallie les défections inopinées.», «Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins». Dr Jean-Yves Grall. p.19, Août 2007.

²⁰⁷ De fait dans beaucoup de cas, il en résulte une PDS effective aléatoire, car le tableau d'astreinte théorique n'est pas fiable (les zones «grises» du rapport IGAS/IGA). Cet aléa crée le doute à la régulation et *in fine* dans la population, induisant une orientation ou un recours spontané vers les structures d'urgences avec l'engorgement subséquent.

²⁰⁸ «Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins». Dr Jean-Yves Grall. p.11, Août 2007.

²⁰⁹ Ainsi en Mayenne, où malgré tout la PDS semble relativement bien fonctionner, le nombre de régulateurs libéraux formés au premier semestre 2007 a chuté de 36%. Données ADOPS 53.

pharmacies, le service des urgences de l'hôpital et la Centre 15 ont fourni aux usagers une très grande lisibilité du dispositif de la permanence des soins dans le secteur considéré ce qui a permis un fonctionnement rapide et simple de toute la chaîne de gestion des soins urgents tout en décongestionnant à la fois le Centre 15 et le service des urgences.

Ces personnes étant, pour la quasi totalité d'entre elles, dans l'impossibilité de se rendre auprès d'un médecin ; soit de par leur condition clinique ou sociale, soit de par leur isolement géographique ou affectif, soit par l'absence de moyen de locomotion ; l'existence de cabinets médicaux, de médecins de garde dans une MMG ou de structures de type hôpital ou clinique n'est pas pertinente car ces patients ont, avant tout, un urgent besoin que ce soit l'effecteur médical qui vienne vers eux.

3 - Origine géographique des appelants.

Le secteur défini comme Autres a déjà été décrit précédemment, nous n'y reviendrons pas dans la suite de ce travail. Nous excluons de cette étude l'analyse de déplacements effectués hors secteur en mentionnant simplement qu'ils représentent un total de 14 sur les 2 648 effectuées en 2004 soit 0,53% de tous les déplacements médicaux effectués pendant l'année. (Tableau 11)

Plus de la moitié des déplacements effectués au cours de l'année 2004 l'ont été au sein de la ville de Périgueux (54%) soit 119 par mois. Rappelons que la population de Périgueux représente 46,5% de la population totale du secteur d'activité sur lequel porte ce travail. (Carte 2)

Certaines communes présentent, rapportées à notre activité annuelle globale, un faible nombre relatif de visites. Nous pouvons à ce titre citer Atur (48 soit 1,81%) ou Bassillac (42 soit 1,59%).

La perspective d'analyse change singulièrement si l'on rapporte ce nombre de déplacements à la population totale de chaque commune, comme l'exposent le Tableau 11 et la Carte 3. Ainsi, la population de Saint Laurent sur Manoire, qui représente 1,1% de la totalité de la population du secteur d'activité de l'UMSUD, est responsable de 0,68% de tous les déplacements médicaux que nous avons effectués, mais rapporté

au nombre d'habitants de la commune, ce nombre total représente 42 déplacements pour 1 000 habitants alors que les 53,81% de déplacements pour Périgueux correspondent à 44 déplacements pour mille habitants.

Il ressort de nos travaux que le nombre moyen annuel de recours urgents dans le cadre de la permanence des soins pour la totalité du secteur d'intervention de l'UMSUD est relativement constant et peu dépendant de la taille de la commune. Ce nombre moyen correspond, sur notre secteur, à 38 déplacements annuels effectifs pour 1 000 habitants (max 44 ‰ ; min 22 ‰). (Carte 4)

Ainsi, les conclusions de l'étude de l'ORU-MIP²¹⁰ - à savoir que les agglomérations de la région Midi-Pyrénées, à l'exception de Auch, semblent plus consommatrices que les zones rurales qui les environnent - ne s'appliquent pas au secteur sur lequel a porté notre étude en Dordogne. L'éloignement du service d'urgence central du dispositif ne conditionne donc pas la plus ou moins grande consommation de soins d'urgence sur ce secteur géographique donné.

Cette consommation de soins d'urgence est relativement constante et «incompressible» quelle que soit la taille de la commune considérée ou sa proximité avec des effecteurs de soins centralisés et s'établit à 38 déplacements médicaux pour 1 000 habitants au cours de la PDS sur le secteur au sein duquel a porté notre étude.

En conséquence, la taille de la population d'une commune ou sa densité de population ne constituent pas des indicateurs fiables de la demande de soins urgents durant la PDS et ne permettent pas d'avaliser l'abandon de certains secteurs par le système de garde pendant les horaires de la permanence des soins.

La superficie des communes ne constitue pas non plus un facteur pertinent permettant d'appréhender les besoins médicaux effectifs au cours de la permanence des soins.

²¹⁰ «Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées», ORU-MIP, 145 pages, Section 1/7, 2006.

Compte tenu de cette constance d'activité, la présence d'un système d'urgence à domicile au cours de la permanence des soins se justifie ainsi tout autant pour des communes de type urbain que pour des communes de type semi-rural ou rural.

4 - Répartition des recours urgents selon l'âge et le sexe des appelants.

L'étude de nos données selon les classes d'âge, regroupées dans le tableau suivant, permet de comparer notre travail avec l'étude de la DRESS de 2006 et celle de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire de juin 2007.

Répartition comparative des patients vus dans le cadre de recours urgents

Sexe	UMSUD	Etude DREES ²¹¹	Pays de la Loire ²¹²	France Métropolitaine ²¹²
Femme	57,6%	57,7%	55%	57%
Homme	42,4%	42,3%	45%	43%
Classes d'âge				
0 à 12 ans	26,0%	32,4%	27%	22%
13 à 24 ans	10,6%	8,4%	12%	11%
25 à 44 ans	20,7%	26,9%	28%	26%
45 à 69 ans	18,8%	17,0%	21%	24%
70 ans et plus	24,0%	15,3%	11%	17%

La pédiatrie représente 26% de notre activité totale annuelle quel que soit le motif de déplacement considéré pour une classe d'âge entre 0 et 12 ans, qui est la classe d'âge la plus représentée dans notre travail. L'étude de SOS Médecins de mai 2008 ²¹³ expose un pourcentage d'appels urgents proche de 30% pour la classe d'âge de 0 à 14 ans ce qui est comparable avec nos observations.

La démographie et la sociologie urbaine caractérisant les zones d'activité des associations de type SOS Médecins expliquent les disparités rencontrées quant aux répartitions des patients selon les classes d'âge notamment les personnes âgées qui

²¹¹ «Les recours aux médecins urgentistes de ville». M. Gouyon, DREES, Etudes et résultats, p. 4, n° 480, avril 2006.

²¹² «Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de Loire» Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. p. 15. Juin 2007.

²¹³ «Surveillance sanitaire des urgences et des décès», Surveillance de la médecine ambulatoire, Réseau SOS Médecins. Résultats nationaux 2006/2008. InVS, Mai 2008.

comptent pour un peu plus de 15% de l'activité des associations en zone urbaine ce qui diffère radicalement de notre expérience.

La part des personnes âgées dans les recours urgents est très importante dans notre travail puisque près d'un quart des patients vus au domicile est âgé de plus de 70 ans ce qui peut être à rapprocher du contexte démographique, social et sociologique local que nous venons d'évoquer.

Dans le secteur sur lequel porte cette étude, les plus de 75 ans représentent en moyenne 10,4% de la population générale or notre activité au domicile chez les plus de 70 ans constitue 24% de notre activité globale alors qu'elle est de 17% pour la France Métropolitaine.

Au total, notre activité au domicile en urgence pour les moins de 13 ans et les plus de 70 ans représente 50% de la totalité de notre activité annuelle à mettre en perspective avec l'activité comparable en France Métropolitaine ou dans les Pays de la Loire qui flirte autour des 38-39%.

Dans notre étude, 57,6% des patients examinés au domicile dans le cadre de recours urgents ou non programmés sont des femmes. Nos données sont comparables à celles de l'enquête de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire qui fait état d'un pourcentage de 55% et de la DREES ainsi que celle de SOS médecins et l'InVS qui note que le recours urgent est à prédominance féminine avec plus de 53% d'appels venant de femmes²¹⁴.

²¹⁴ A noter dans cette étude que pour 10% des appels, le sexe de l'appelant n'a pas été enregistré.

B. TYPOLOGIE DES APPELS

1. Circonstances des recours

• Nombre de déplacements

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004, 2 648 déplacements médicaux au domicile de patients ont été effectués pour des recours urgents ou non programmés dans le cadre de la permanence des soins de médecine générale. Un examen clinique méticuleux a été pratiqué systématiquement lors de chaque déplacement pour recours urgent.

Les appels reçus par l'UMSUD dans le cadre de son activité au cours des horaires de la permanence des soins, se sont répartis comme tels :

- o 48% des appels ont donné lieu, après régulation par l'UMSUD, à un déplacement initial au domicile dès la première réception de la demande en urgence.²¹⁵
- o 52% ont donné lieu à un conseil téléphonique sans déplacement initial ou à une réorientation, avec accord préalable du régulateur du SAMU, vers le Centre 15 dans le cas d'appels requérant en urgence un déplacement médical avec des structures, des compétences et un plateau technique adaptés.

Selon les données fournies par le SAMU de France, les CRRA/Centres 15 ont reçu environ 10 millions d'appels en 2004, ce chiffre étant en augmentation régulière de 10% par an²¹⁶. Parmi ces appels, seuls 47% donnent lieu à l'envoi d'un véhicule (VSAV des Sapeurs-Pompiers dans 24% des cas pour les interventions dans la rue, les lieux publics, les détresses à caractère vital ou aussi pour pallier les carences de moyens des SMUR, ambulance privée dans 8% des cas, UMH du SMUR dans 8% des cas).

Pour 53% des cas, l'appel se solde par un conseil téléphonique (28% des cas) et par l'envoi d'un médecin généraliste à domicile (25% des cas).

Le rapport n° 2006 022 de l'IGAS en date de mars 2006 note pour sa part, outre une concentration de l'activité le week-end, une répartition des suites des appels très va-

²¹⁵ «SOS Médecins» qui défend, comme nous, le principe selon lequel le diagnostic sûr s'opère au chevet du malade présente un taux de déplacement au domicile après régulation de l'appel de 60%.

²¹⁶ «L'activité des services d'urgences en 2004». DREES Etudes et Résultats. n° 524 - sept.2006.

riable selon les structures : le pourcentage de conseils varie ainsi de 19 à plus de 55%, la part des interventions libérales de 4 à 43%.

Il note également que «les causes de ces variations sont largement inexplorées ; on peut supposer que ces modes d'organisation différents, notamment de l'orientation des appels par les permanenciers entre médecins libéraux et médecins hospitaliers, ont une influence.»²¹⁷

Les 2 648 déplacements médicaux présentés dans ce travail représentent une moyenne mensuelle de 7 déplacements quotidiens toutes plages horaires confondues (max : 10 patients par jour en moyenne en janvier, min : 4 patients en août et décembre). Nos observations sont conformes aux tendances globales décrites dans la littérature²¹⁸.

Nombre Total et Pourcentage de Déplacements Mensuels de l'UMSUD

NOMBRE D'APPELS	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	TOTAL
TOTAL	309	254	224	259	239	233	206	122	222	203	241	136	2 648
Pourcentage TOTAL ANNUEL	11,7%	9,6%	8,5%	9,8%	9,0%	8,8%	7,8%	4,6%	9,7%	7,7%	9,1%	5,1%	100%

• Motifs des déplacements

Nous ne présentons dans ce travail que les données issues de nos 2 648 déplacements au domicile dont les motifs sont présentés tels qu'ils ont été identifiés après réception et régulation de l'appel initial par le même médecin assurant le déplacement. Elles ne tiennent pas compte du diagnostic final proposé au lit du patient après examen médical ou à l'hôpital car ce serait sortir du propos de ce travail.

Nous ne détaillerons pas chaque motif de déplacement en fonction des mois d'appel. Les notions de détresse présentées dans ce tableau correspondent aux appels pour lesquels la notion d'urgence a été retenue par le médecin de l'UMSUD ou du SAMU

²¹⁷ «Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville et de la dotation de développement des réseaux» - Rapport de synthèse, C. Daniel, B. Delpal, C. Lannelongue, Rapport n° 2006 022, p. 57, mars 2006.

²¹⁸ «Surveillance sanitaire des urgences et des décès», Surveillance de la médecine ambulatoire, Réseau SOS Médecins. Résultats nationaux 2006/2008. InVS, p. 3, Mai 2008.

ayant initialement reçu la demande selon la définition médicale de l'urgence : «Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant. En pratique, la notion d'urgence se définit par tout ce qui est à l'origine d'une situation clinique imprévue : douleur aiguë, malaise, traumatisme, détresse médicale, sociale ou psychologique». C'est à ce tableau syndromique de détresse que nous nous référerons dans notre travail.

Confrontés à une situation de détresse avérée ou potentielle, la décision d'engager soit notre médecin soit une unité mobile hospitalière a été prise en accord avec le médecin régulateur du SAMU. Dans le cas d'un appel reçu directement au Centre 15, lorsque le délai d'intervention a été estimé trop long par le SAMU, l'UMSUD a constitué un moyen complémentaire au SMUR en tant que médecin correspondant du SAMU local.

Lorsqu'un acte médical s'est présenté comme nécessaire en l'absence d'une détresse vitale, avérée ou potentielle, le médecin de l'UMSUD, pendant les horaires de la permanence des soins, s'est assuré du suivi de l'intervention en collaboration avec le SAMU le cas échéant. Nous détaillerons particulièrement cet aspect dans la suite de ce travail.

Les appels concernant des situations d'urgence médicale ayant été transférés au SAMU ne sont pas mentionnés dans ce tableau ni dans ce travail puisque l'UMSUD n'a pas été effecteur de ces soins à domicile, s'étant limité à réguler l'appel et le réorienter vers la structure compétente. Par contre, ceux des appels d'urgence ayant été adressés par le SAMU à l'UMSUD ont été inclus dans notre étude. Face à une situation de détresse vitale identifiée, l'engagement du SMUR ou de l'UMSUD a donc toujours fait l'objet d'une régulation médicale conjointe.

Certains motifs de déplacement peuvent paraître surprenants pour certains observateurs mais il nous a paru nécessaire, compte tenu du contexte et de la nature de la demande tant dans sa motivation que dans sa verbalisation, de devoir nous déplacer.

«Devant toute situation où l'analyse est incertaine le doute bénéficie au patient.»²¹⁹

Chaque histoire est unique et l'expérience de cette pratique médicale particulière peut conduire à de bien curieuses observations une fois sur place. L'interrogatoire de l'appelant nous permet d'identifier les critères de gravité. La décision médicale les prend en compte en associant d'autres éléments notamment la disponibilité des moyens au moment de la réception de l'appel, le contexte de l'intervention, l'organisation locale du système de secours et de soins, les délais d'intervention et le niveau d'équipement technique des effecteurs envisagés.

Selon les données de l'étude que nous présentons, aucun déplacement ne s'est avéré injustifié ne serait-ce que pour dédramatiser un contexte parfois vécu par le patient ou sa famille comme particulièrement anxiogène. A contrario, il est fréquemment arrivé qu'une fois sur place, le médecin constate que le motif de l'appel avait été quelque peu sous-estimé lors de la régulation, que sa gravité avait été biaisée ou inconsciemment minorée par l'appelant voire mal appréhendée par le propre médecin régulant l'appel.

Seul le déplacement au domicile a permis d'identifier la réalité de la pathologie et de proposer l'attitude thérapeutique adéquate.²²⁰ Cette manière de procéder est en conformité avec Article 69 du Code de Déontologie précisant que : «L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.»

Ainsi, à titre d'exemple, une demande pour douleur ophtalmique s'est révélée être une fracture du plancher orbitaire dans un contexte de violence conjugale, une odynophagie a dévoilé un cancer de l'amygdale méconnu, un malaise, évoqué par le conjoint, a révélé une tentative d'autolyse. Ici, l'existence de douleurs abdominales décrites par le patient et sa famille nous ont conduit à mettre en évidence, après examen

²¹⁹ «Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital», Collège d'experts : C. Lapandry, F. Adnet, Ch. Ammirati, Ch. Bar, P. Benoît, F. Berthier, C. Bertrand, F. Dissait, R. Domergue, M. Freysz, M. Giroud, P. Goldstein, X. Jouanjean, Ph. Menthonnex, Ph. Olivier, I. Ouss, A. Ricard-Hibon, p. 2, publié le 04/01/2006.

²²⁰ «Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. » Article 32 du Code de Déontologie Médicale.

clinique et ECG au domicile, un infarctus du myocarde que l'interrogatoire téléphonique n'avait pu suspecter.

L'analyse des données de notre activité mensuelle globale, que ce soit en valeur absolue ou en pourcentage, ne nous a pas permis d'identifier une tendance nette ni un schéma particulier autre que les classiques pathologies saisonnières déjà bien documentées dans la littérature. (Tableau 8)

Seuls 19 motifs de déplacement ont été rencontrés au moins une fois par mois tout au long de l'année. Pour autant, ces motifs ne font pas tous partie des 20 affections les plus fréquemment rencontrées au cours de ce travail. Les affections ayant le plus fréquemment motivé un déplacement après régulation médicale par l'UMSUD sont présentées dans le tableau afférent sous forme de nombre et de pourcentage par rapport aux déplacements totaux effectués au cours de l'année.

Les dix premières pathologies mentionnées représentent à elles seules 51,18% de toutes les causes de déplacement médical au cours de l'année pendant la permanence des soins. Mais elles ne s'inscrivent pas toutes dans les catégories CCMU I et II, selon la classification clinique des maladies des urgences élaborée par l'Association pour la Recherche en Urgence (ARU), car de nombreuses situations identifiées comme «Détresse» se sont avérées des CCMU III et IV.

Le premier motif de déplacement est représenté par les états fébriles avec ou sans altération de l'état général qui représentent près de 20% de notre activité totale annuelle. Il est bien évident que l'interrogatoire téléphonique a particulièrement porté sur la détermination correcte de la valeur de la température, sa vérification, le type d'appareil ainsi que la méthode utilisés, le recours ou non aux antipyrétiques usuels, le résultat obtenu, le contexte clinique global et la cinétique du processus, l'âge et la condition médicale du patient, l'existence d'une éventuelle consultation médicale antérieure et si oui dans quel délai avant l'appel.

Nos données sont identiques à celles identifiées par SOS Médecins pour qui la fièvre est le motif d'appel le plus fréquent avec près d'un appel sur 5²²¹.

Afin de pouvoir éventuellement comparer nos données avec celles, rares il faut le dire, de la littérature, nous avons regroupé les motifs de déplacement médical présentés dans le tableau précédent sous forme de pathologies d'appareil. Cette présentation nous permet, en partie, de mettre en perspective nos résultats avec l'étude de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire²²². (Tableau 9)

La catégorie «Situations de détresse» intègre : les détresses respiratoires aiguës, les détresses avec hyperthermie importante ou septicémiques, les détresses vitales ou coma - dont la majorité correspondent aux appels prérégulés par le SAMU adressés à l'UMSUD, les détresses circulatoires aiguës ainsi que les détresses algiques majeures, les détresses neurologiques et les détresses d'origine traumatique, les situations de détresses psychiatriques que ce soit dans le cadre de symptomatologies dépressives majeures avec risque suicidaire imminent ou d'états d'agitation aigus et enfin les détresses d'origine allergique.

L'appellation «Détresse vitale - coma» regroupe, outre des appels régulés par le SAMU qui nous a adressé le patient car le délai d'intervention a été estimé trop long compte tenu de l'engagement de ses équipes sur d'autres pathologies, des appels initialement reçus par l'UMSUD, dont la condition clinique du patient s'est dégradée pendant que le médecin se rendait vers le domicile, et pour lesquels la famille nous a informé de ce changement par l'intermédiaire du portable.

Lorsque ce fut nécessaire, nous avons informé immédiatement le SAMU de cette situation tout en continuant à nous rendre sur place afin de mettre le plus rapidement possible en place l'infrastructure logistique immédiate éventuellement requise par cette nouvelle condition et «techniquer» le patient dans les limites du matériel dont nous disposions.

²²¹ Source : InVS – CCA / SOS Médecins, Mai 2008.

²²² «Recours aux soins urgents ou non programmés» La santé observée. ORS des Pays de la Loire, Edition 2007, pp. 156,157. juin 2007.

Il ressort de notre travail que la plupart des recours que nous avons gérés est liée à la prise en charge d'une affection aiguë. Les données que nous présentons sont cependant largement sous-évaluées de par le regroupement typologique que nous avons choisi ainsi que par la sélection de critère de motif de déplacement. En effet, une fois sur place, de nombreuses situations cataloguées comme malaise ou altération de l'état général se sont avérées de véritables affections aiguës d'urgence (CCMU III et IV).

Nous n'entrerons pas dans le détail de toutes les pathologies rencontrées et la classification que nous leur avons appliquée en ayant conscience des remarques que cette dernière pourra générer compte tenu du caractère personnel de segmentation de ce système. Il faut cependant noter que nous n'avons pas pu identifier de classifications homogènes selon des critères précis dans les publications auxquelles nous avons eu accès. Cette remarque s'applique également aux variations des différentes classes d'âge rencontrées dans la littérature ce qui rend toute comparaison entre études assez délicate.

Toutes les affections caractérisées comme «Situations de détresse» représentent 27,32% de toutes les situations ayant motivé un déplacement après régulation médicale ce qui correspond à 723 malades au cours de l'année 2004.

Nous n'avons jamais été confrontés, au cours de l'année constituant l'objet de ce travail, au décès d'un seul patient entre le temps de réception de l'appel et de régulation par l'UMSUD et l'arrivée au domicile.

La moyenne d'interventions mensuelles pour «Situations de détresse» est de 61 déplacements au domicile soit 2 par jour. Les coliques néphrétiques hyperalgiques ont été incluses dans cette catégorie ainsi que les infections de l'arbre urinaire avec tableau septicémique ; les infections fébriles ont quant à elles été placées dans la catégorie «Malaise-AEG-Etat fébrile» ; ce qui explique le relatif faible nombre d'interventions dans la catégorie Urologie (5 par mois).

Certains regroupements par appareil mineurent les pourcentages présentés dans le tableau relatif à la typologie des motifs de déplacement notamment en ce qui con-

cerne la neurologie puisque les situations de détresse d'origine neurologique lors d'AVC ne sont pas répertoriées dans la catégorie «Neurologie» mais dans celle des «Situations de détresse».

La part relativement importante des interventions «ORL-Ophtalmologie» s'explique par l'intégration des odynophagies non fébriles quelle qu'en ait été l'étiologie (25 par mois en moyenne).

De nombreuses affections cardiologiques ont été intégrées soit dans la catégorie «Situations de détresse» (douleurs thoraciques par exemple), soit dans la catégorie «Malaise - AEG - Etat fébrile» (dans le cas d'affections coronariennes à faible expression clinique algique avec malaise important), ce qui explique le relatif faible nombre d'interventions pour des affections cardiologiques (13 par mois).

En toute logique, nous aurions pu adjoindre au chiffre des «Situations de détresse» les «Abdomens aigus» qui sont souvent révélés être de réelles situations aiguës, ce qui aurait abouti à un pourcentage total de 33,06% de patients, soit près d'un patient sur 3 vu dans le cadre de la permanence des soins. Mais nous avons préféré intégrer ces données dans la section Gastro-entérologie. Par contre, si nous regroupons en une entité les abdomens aigus, les tableaux de vomissements isolés, de diarrhées-vomissements, de diarrhées fébriles isolées, nous observons que près de 20% de notre activité annuelle a été consacrée aux troubles digestifs qui pourraient être rapprochés des gastro-entérites au sens large.

La sommation des affections principales où prédomine une douleur à soulager rapidement selon le motif de déplacement, tout type de spécialités confondues, fait apparaître une proportion de 23% de notre activité totale. Ce pourcentage est minoré par rapport au nombre de douleurs réelles soulagées au domicile qui n'ont pu être identifiées qu'au lit du malade.

Contrairement à ce qui a été publié par l'Institut de Veille Sanitaire et SOS-Médecins notant qu'il n'y avait «quasiment pas ou très peu de motifs d'appels liés à la traumatologie», nous avons été confrontés, dans près de 5% des cas, à des déplacements

pour des pathologies en relation avec des traumatismes plus ou moins sévères (détresses d'origine traumatique, TC avec PC, plaies diverses, chutes avec PC).

Cette importante différence quant à la typologie des motifs d'appels ayant requis un déplacement médical entre l'étude de l'InVS et notre étude est probablement à mettre en relation avec le caractère essentiellement urbain des territoires où s'exerce l'activité des associations de type SOS Médecins²²³ par rapport à notre secteur qui offre des caractéristiques de type rural sur une importante partie de son aire d'activité. Les conditions d'éloignement des patients vis-à-vis des urgences du centre hospitalier départemental ainsi que les situations d'isolement des populations concernées, que nous avons détaillées précédemment, contribuent également à expliquer cette importante variation quant aux pathologies incriminées.

Plus de 5% des patients que nous avons vus en urgence souffraient de troubles psychiatriques ou psychiques de gravité variable mais nécessitant tous une prise en charge spécifique. Parmi cette population, 3,5% sont des états d'agitation et près de 2% des patients en grande détresse.

Nous n'avons pas intégré dans ce calcul les troubles psychiques présentés par les patients examinés au cours de gardes à vue ou au décours d'intoxications ou de surdosages divers (cannabis, psychotropes, antalgiques, alcool, etc). Nombre des patients que nous avons vus dans ce contexte, et qui présentaient un état psychologique perturbé, ont été adressés aux urgences de l'hôpital pour être orientés vers l'unité de psychiatrie pour une prise en charge spécialisée.

La catégorie «Médico-légal», recouvrant, entre autres, l'établissement de certificats médico-légaux divers, l'établissement de certificats de décès²²⁴ (4 dans notre étude), la pratique de prélèvements médicaux-légaux sous réquisition du Parquet, représente 5% de l'activité totale annuelle de l'UMSUD soit une moyenne de 11 interventions mensuelles. La certification des décès réalisée par les médecins des associations d'urgentistes représente entre 1 et 2% des certifications quotidiennes réalisées en

²²³ «Le recours aux associations de médecins urgentistes est concentré dans les zones urbaines». «Les urgences en médecine générale», M. Gouyon, DREES, série «Statistiques», n° 94, avril 2006.

²²⁴ Description de cadavre, de coups et blessures, etc. selon «Principales cotations en médecine générale». NGAP. 2006, mise à jour 30/04/2009.

France et de 5 à 7% de la certification des décès quotidiens survenant hors structures hospitalières²²⁵. Il faut noter, à ce propos, une discordance majeure entre nos observations, ainsi que celle de SOS Médecins - InVS, et l'étude de la DREES²²⁶ affirmant que les urgentistes sont moins souvent sollicités que leurs confrères pour les séances d'autres natures (certificat médical, certificat de décès, ...).

En excluant de toute notre activité annuelle ces situations médico-légales particulières, on remarque que la proportion de patients vus en urgence souffrant d'une pathologie aiguë est de 95% à mettre en comparaison avec les résultats de l'enquête de l'Observatoire Régional des Pays de la Loire (83%) et celle en France Métropolitaine (74%).

Il existe donc bien des différences notables par rapport à la moyenne française selon la région mais aussi selon le type d'exercice professionnel puisque les médecins de l'UMSUD exerçaient spécifiquement et exclusivement durant les horaires de la permanence des soins.

Nos données sont cohérentes avec l'étude de la DREES qui démontre que 92% des personnes contactant une association d'urgentistes de ville souffre d'une affection aiguë, soit une proportion de 12 points supérieure à celle observée pour les médecins généralistes exerçant en cabinet.

²²⁵ «Surveillance sanitaire des urgences et des décès», Surveillance de la médecine ambulatoire, Réseau SOS Médecins. Résultats nationaux 2006/2008. InVS, p. 4, Mai 2008.

Au cours de l'année suivant cette étude, nous avons assisté, à l'instar des résultats présentés dans cet article, à une augmentation brutale de cette activité de certification qui est liée à une baisse de la disponibilité des médecins généralistes en ville. Le recours à une structure de médecine d'urgence ambulatoire, telle que celle dont nous décrivons l'activité dans cette thèse ou SOS Médecins, devient dès lors plus fréquent.

²²⁶ «Les recours aux médecins urgentistes de ville». M. Gouyon, DREES, Etudes et résultats, p. 4, n° 480, avril 2006.

2. Réponse médicale

• Typologie des actes

I - Typologie selon les plages horaires.

Notre activité globale de réponse aux recours urgents ou non programmés durant la permanence de soins²²⁷ pendant l'année 2004 est présentée dans le tableau suivant.

Période horaire	Nombre par an	% activité annuelle	Nombre par an	% activité annuelle	
8 heures - 20 heures	1 026	38,75%	1 026	38,75%	Période de jour
20 heures - minuit	1 041	39,31%	1 622	61,25%	Période de nuit
Minuit - 8 heures	581	21,94%			
TOTAL	2 648				

L'étude de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de juillet 2007 a noté qu'en France métropolitaine, la plupart des actes régulés de la permanence des soins ambulatoire se concentraient sur la période de début de nuit et de dimanche et jours fériés. En 2006, les actes effectués les dimanches et les jours fériés représentaient 55% des actes de permanence, et ceux effectués en début de nuit 38%²²⁸.

Notre étude, quant à elle, démontre que :

- 39% de notre activité s'effectue au cours de la période de jour (correspondant globalement aux dimanches et jours fériés)
- 61% de notre activité s'est effectuée au cours de la période de nuit, dont
 - 39% pour la première partie de nuit.
 - 22% au cours de la période de nuit profonde.

²²⁷ Art. R. 6315-1, al. 1^{er}, Nouvelle partie réglementaire du Code de la santé publique. Dalloz, p.2443, Paris, 2007. La permanence des soins s'exerce de vingt heures à huit heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés, selon la segmentation suivante :

- Période de jour (notamment pour les samedis après-midi, dimanches et jours fériés) s'étendant de 8 heures à 20 heures,
- Période de nuit (pour toutes les nuits sans distinction) s'étendant de 20 heures à 8 heures. Cette période est elle-même divisée en :
 - Première partie de nuit de 20 heures à minuit
 - Seconde partie de nuit ou nuit profonde de minuit à 8 heures.

²²⁸ Source : Données en date de remboursement extraites du SNIIR-AM et d'Erasme V1. Eclairage Maladie, p.139, juillet 2007.

En ne considérant que les actes effectués au cours de la période de nuit, l'activité annuelle en période de nuit profonde représente une moyenne mensuelle de 48 déplacements tandis que 87 déplacements à domicile dans le cadre de recours urgents sont effectués en première partie de nuit. (Tableau 13)

Notre activité représente une moyenne mensuelle de 85 déplacements à domicile en période de jour et 135 pendant la nuit. En l'occurrence, à durée horaire égale (12 heures) durant les plages définies de la permanence des soins, notre activité totale, tous types d'actes confondus, est 1,6 fois plus importante pendant la période de nuit que pendant le jour.

Les conclusions de l'étude de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale rapportant le nombre d'actes pratiqués pendant la permanence au nombre d'astreintes versées pour les mêmes périodes correspondantes et relevant d'importants écarts de ratios d'activité entre les différentes périodes sont donc à relativiser selon les résultats de notre étude.

En conséquence, l'affirmation qu'un forfait d'astreinte de dimanche et jours fériés s'accompagnait d'un volume d'activité huit fois plus important qu'un forfait d'astreinte versé pour une période de nuit ne s'applique pas à notre travail. En première approximation, dans notre étude, un forfait d'astreinte de dimanche et jours fériés s'accompagne d'un volume d'activité 1,6 fois moins important qu'un forfait d'astreinte versé pour une période de nuit profonde.

L'activité pratiquée selon le mode de pratique exclusive de médecine au domicile dans le cadre de recours urgents ou non programmés au cours de la permanence des soins, dont nous rapportons les résultats dans ce travail, est donc approximativement 5 fois plus importante en terme d'activité que la plupart des actes régulés de la permanence des soins ambulatoire en France métropolitaine rapportés par l'étude de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de juillet 2007.

Des travaux spécifiques mériteraient d'être menés afin d'évaluer plus finement l'impact économique d'une activité telle que nous la rapportons. Les résultats pré-

sentés par la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale exposent que le coût unitaire moyen d'un acte pendant la période de milieu de nuit est plus de cinq fois supérieur à celui d'un acte effectué les dimanches et jours fériés et plus de trois fois supérieur à celui d'un acte effectué en début de nuit²²⁹. Compte tenu des activités respectives que nous présentons selon les différentes tranches horaires il paraît évident, en première analyse, que nos coûts afférents sont radicalement inférieurs. (Tableau 12)

Nos résultats confirment également l'existence de visites «incompressibles» à assurer en période de permanence des soins, notamment en nuit profonde. Pour reprendre les termes de la mission IGAS/IGA : «Il convient donc qu'il y ait une offre de soins minimum disponible même après minuit.»²³⁰. Cette conclusion, conforme aux données que nous présentons, reste cependant superficielle car elle est strictement quantitative, ne concernant que le nombre de visites, sans analyser d'un point de vue qualitatif, la typologie des actes pratiqués au cours des différentes périodes de la PDS. C'est tout l'objet de l'analyse à laquelle nous nous sommes attelés et dont nous discuterons les résultats ci-dessous.

II - Typologie des types d'actes pratiqués au cours des plages horaires.

Les actes que nous avons effectués sont regroupés en 3 catégories (visites simples, visites avec établissement d'une cotation K²³¹ et visites avec réalisation d'un ECG) selon la nomenclature des actes en vigueur en 2004.

La catégorie «Visites simples» s'applique à tous les déplacements ayant amené à un examen clinique approfondi avec ou sans prescription d'ordonnance (près d'un

²²⁹ Le coût unitaire moyen d'un acte pour une période donnée se mesure comme le rapport entre les remboursements des actes effectués pendant cette période de permanence (il comprend le coût de l'acte de référence et de sa majoration) plus les montants des astreintes versées sur ces mêmes périodes sur le nombre d'actes effectués pendant ces périodes.

²³⁰ «Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire», IGAS/IGA, rapports n° 2006 029 et 06-07-002, p. 41, mars 2006.

²³¹ «Au titre XV : le traitement de premier recours, mentionné au chapitre 1^{er} (Actes d'urgence). Pour les actes d'urgence vitale la cotation K 25 est applicable dans les situations suivantes : Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) : détresse respiratoire, détresse cardiaque, détresse d'origine allergique, état aigu d'agitation, état de mal comitial, détresse d'origine traumatique.» Cotation des actes en médecine générale. CPAM.

recours sur cinq n'a donné lieu à aucune prescription de médicaments contre un peu plus d'une séance sur dix chez un généraliste exerçant en cabinet).

Outre une écoute psychologique approfondie, ces visites simples au domicile ont été l'occasion de prodiguer systématiquement des conseils de prévention et d'hygiène de vie. De surcroît, au cours de ces visites simples, de nombreux actes techniques ont été réalisés tels qu'injections, pansements, petite chirurgie avec sutures, entre autres, sur lesquels nous reviendrons dans la suite de ce travail.

Ces visites ont également été l'occasion de rédiger de nombreux courriers destinés aux médecins traitants pour le suivi des patients lorsque la pathologie le requérait ainsi que des prescriptions diverses pour des examens biologiques ou radiologiques avec les lettres d'accompagnement pour adresser rapidement le patient chez un médecin spécialiste.

Les cotations présentées dans la suite de ce travail résultent des actes effectués au domicile après examen clinique et ne préjugent pas du motif initial de déplacement.

Il convient de noter que, dans le secteur d'activité concerné par notre travail, les pharmacies n'ouvrent fréquemment que le lundi après-midi après la fermeture du week-end. Une prescription rédigée au domicile le vendredi dans la nuit peut ainsi n'être honorée que le lundi après-midi pour certains patients chez qui la visite des services d'aide ou d'infirmière à domicile n'est pas programmée avant ou pour lesquelles un contretemps retarde la visite prévue. Dans ces circonstances, une visite médicale simple au domicile ne constitue pas *per se* la solution satisfaisante.

Même pour les familles ayant la possibilité de se rendre auprès de la pharmacie de garde durant ces périodes, atteindre cette dernière s'apparente la nuit et les jours fériés à un véritable chemin de croix laïc puisqu'il faut d'abord aller au commissariat de police de Périgueux muni de l'ordonnance et d'une pièce d'identité afin que les fonctionnaires de garde préviennent la pharmacie responsable de manière à ce qu'elle ouvre et délivre la prescription. C'est seulement alors que la famille ou les proches du patient peuvent découvrir que la pharmacie de garde est située à un

endroit diamétralement opposé au lieu de résidence du patient...

Conscients de ces désagréments et de la faiblesse d'une démarche de soins se limitant au seul déplacement médical et à la rédaction d'une ordonnance, nous avons, dès le début de notre activité, adjoint à notre matériel médical une trousse à pharmacie comportant quelques médicaments de première utilité et de prescription courante conformément aux pathologies les plus fréquemment rencontrées au cours de nos visites.

Cette trousse, dont le contenu a été succinctement décrit antérieurement dans le chapitre Matériel et Méthodes, nous a permis de laisser gracieusement au patient de quoi initier le traitement institué lorsqu'il était impossible que ce dernier puisse être acheté dans des délais raisonnables compatibles avec la prise en charge de la pathologie dont ils souffrent. Certains Conseils Généraux, conscients de ce problème, envisagent la délivrance au domicile des médicaments pour les personnes âgées dans le cadre des programmes de maintien à domicile.

La lecture du Tableau 14 fait apparaître des activités relatives différentes selon les plages horaires considérées avec plus de 75% des actes effectués au cours de la période de jour en tant que visites et seulement 3% amenant à la réalisation d'un ECG au domicile.

Cette proportion relative évolue avec les différentes périodes de la PDS puisqu'en première partie de nuit, le pourcentage d'activité de la tranche horaire dévolu aux visites avec ECG s'élève à 5,4% tandis que la part des visites simples baisse à 69%.

Le pourcentage de l'activité médicale totale à domicile au cours de la période de nuit profonde dévolu à la réalisation de visites avec ECG atteint près de 13% tandis que parallèlement celui dévolu aux visites simples s'établit à près de 49%. En moyenne, 13 ECG sont pratiqués chaque mois au domicile par l'UMSUD dans le cadre de la permanence des soins dont 11 durant la période de nuit.

La part relative des visites avec établissement de cotation K reste relativement

constante passant de 22% en période de jour à 25 % en première partie de nuit et 39% en période de nuit profonde.

L'analyse globale de l'activité totale annuelle que nous présentons, constituée de 67,85% de visites simples, 26,4% de visites avec établissement de cotation K et 5,8% de visites ayant amené à réaliser un ECG au domicile²³², est trompeuse quant à la spécificité de notre activité clinique au cours des différentes phases de la permanence des soins.

Ces données globales brutes masquent donc la réalité de la typologie des actes pratiqués spécifiquement au cours des différentes périodes de la permanence des soins.

L'étude plus fine de la typologie des actes que nous avons effectués selon les plages horaires, nous permet de démontrer que, même si la période de nuit profonde s'accompagne d'une diminution du nombre total de déplacements effectués - ce qui est une donnée classiquement décrite dans la littérature, les actes effectués lors des déplacements médicaux témoignent d'une aggravation de la typologie des pathologies requérant un recours urgent.

III - Variation de la Part Respective des Actes Pratiqués selon les Tranches Horaires.

Nous nous sommes attachés à l'étude des variations d'activités selon les plages horaires afin d'évaluer la dynamique du processus sous-tendant la demande de recours urgents selon les différentes plages de la permanence des soins.

Selon une première analyse quantitative, nous avons constaté que le nombre de visites entre la période de jour et de nuit augmente de 58% mais qu'à l'intérieur de la période de nuit, cette évolution n'est pas linéaire puisqu'entre la période de jour et celle de première partie de nuit, l'augmentation du nombre de patients vus au domicile est de 1,5% alors qu'elle diminue de 45% entre la première et la seconde partie de nuit.

²³² Nos données sont à comparer avec celles de l'étude de la DREES, en 2004, qui avait évalué à 2% la fréquence des électrocardiogrammes pratiqués au cours des recours urgents ou non programmés en médecine générale tout comme celle de l'ORS des Pays de la Loire.

Ce processus s'applique également à la variation de la part respective de chaque type d'activité étudiée (visites simples, visites avec cotation K et visites avec réalisation d'un ECG) entre les différentes plages horaires de la permanence des soins.

❖ Visites simples :

Entre la période de jour et celle de nuit, la part respective globale dévolue aux visites simples dans notre activité totale diminue de -18%.

Si nous étudions la variation de la part des visites simples entre la période de jour et celle de première partie de nuit, cette dernière est alors de -9% et de -30% entre la première et la seconde partie de nuit.

❖ Visites avec cotation K :

Entre la période de jour et celle de nuit, la part respective globale dévolue aux visites avec établissement d'une cotation K augmente de +37%.

Mais la variation de la part de ces visites avec cotation K augmente de +18% entre la période de jour et celle de première partie de nuit, et de +53% entre la première et la seconde partie de nuit.

❖ Visites avec réalisation d'un ECG :

Entre la période de jour et celle de nuit, la part respective globale dévolue aux visites avec réalisation d'un ECG augmente de + 242%.

L'étude de la variation de cette part entre la période de jour et celle de première partie de nuit fait apparaître une augmentation de +130%, et de +137% entre la première et la seconde partie de nuit.

Il existe donc une très importante modification de la typologie des actes effectués selon les différentes plages horaires avec une augmentation notable de pathologies requérant un ECG au domicile au détriment de visites simples à mesure que l'on évolue vers les différentes périodes de la permanence des soins, et ce même au sein de la période de nuit, alors que le nombre total de visites effectuées diminue radicalement entre la première et la seconde partie de nuit.

Ces données plaident pour une aggravation de la typologie pathologique vers des

affections plus sévères au cours des différentes phases de la permanence des soins.

IV - Différents actes techniques réalisés au cours de la permanence des soins.

L'ensemble des gestes techniques, autres qu'injections, pratiqués au domicile représente près de 2% de la totalité des recours urgents effectués annuellement au cours de la permanence des soins soit plus de 4 gestes de ce type par mois.

Les gestes mentionnés dans notre travail sont tous des gestes de première intention que ce soient les sutures en différents plans avec parage, débridages de plaie, exérèses de corps étrangers, strappings ou méchages d'épistaxis abondantes, que traitements pour brûlures d'étiologies diverses. (Tableau 16)

Aucun soin n'a été effectué dans le cadre de consultations faisant suite à un premier passage aux urgences (ablation de fils, changement de pansement)²³³. L'ensemble de ces actes représente 5% des actes réalisés aux urgences de l'hôpital selon le rapport de la Cour des Comptes²³⁴.

Dans la majorité des cas, la décision de pratiquer le geste technique a été prise en accord avec le médecin régulateur du SAMU ou le spécialiste de garde après entretien téléphonique au lit du patient. Ce sont autant de situations n'ayant pas nécessité un transfert vers l'hôpital soulageant ainsi l'engorgement croissant des services d'urgence tout en améliorant le confort et la rapidité de prise en charge des patients.

Effectuer de tels gestes au domicile, après concertation avec les médecins de garde aux urgences de l'hôpital permet ainsi d'optimiser la prise en charge des patients mais également de réguler l'activité des flux en amont des urgences sans recourir à des moyens supplémentaires tant financiers qu'en personnel.

• **Problème spécifique de la période de nuit au cours de la PDS**

Peu de travaux se sont spécifiquement intéressés à l'activité exclusive rencontrée au

²³³ «L'activité des services d'urgence en 2004», DREES, Etudes et résultats n° 524, septembre 2006.

²³⁴ «Les urgences médicales : constats et évolution récente», Cour des Comptes, p. 316, Paris, 2006.

cours de la période de nuit et principalement au cours de la seconde partie de nuit ou nuit profonde. En mars 2006, la mission conjointe de l'IGAS et de l'IGA a relevé «la tendance générale au désengagement de la médecine libérale en seconde partie de nuit.»²³⁵

Les membres de cette mission analysaient cette tendance comme le résultat «d'une absence d'inscription individuelle d'effecteurs sur les tableaux mensuels d'astreinte, soit d'une décision collective départementale de couverture partielle de l'astreinte, soit d'une défection de généralistes pourtant inscrits sur les listes d'astreinte.» en soulignant «l'empirisme de cette organisation».²³⁶

En 2006, sur 88 départements métropolitains ayant répondu à la requête de l'IGAS, 468 secteurs sur 2 186 n'étaient pas couverts par un médecin libéral en seconde partie de nuit ; ce qui représente 21,4% de ce total. Ce constat a également été fait par les SAMU. Dans une réponse à une enquête réalisée par un prestataire externe à la demande de la DHOS, 21% des SAMU interrogés indiquent que «plus de la moitié des secteurs médicaux existent sans effecteurs de la PDS à partir de minuit».²³⁷

Nous avons précédemment démontré que l'activité de nuit représente 61,25% de toute notre activité annuelle ce qui correspond à une moyenne d'actes mensuels s'établissant à 135 par mois, tous actes confondus, soit près de 5 par nuit. Au sein de cette période spécifique, 64% des déplacements s'effectuent entre 20 heures et minuit et 36% après minuit, en période de nuit profonde. Nos données sont très différentes de celles présentées dans d'autres études.²³⁸ (Tableau 17)

Notre activité médicale est très différente durant les deux segments de la période de nuit. On observe une nette diminution du nombre de visites simples entre la première et la seconde partie de nuit avec, dans le même temps, une considérable augmentation du recours à des visites aboutissant à un ECG au domicile.

²³⁵ Elle précise que ce désengagement est noté «... même dans les départements où la participation aux astreintes est largement assurée par ailleurs.», Rapport IGAS/IGA n° 2006 029, 006-07-02, mars 2006.

²³⁶ ibid. p. 2/5, résumé du rapport IGAS n° 2006 029 et IGA 006-07-02.

²³⁷ Source DHOS.

²³⁸ «Bilan d'évaluation de la permanence des soins en médecine ambulatoire», MRICE (Mission Régionale et Interdépartementale de Contrôle et d'Evaluation), 30 juin 2004.

Ceci témoigne d'une typologie des appels très différente selon les périodes de nuit - ce que nous avons précédemment précisé entre la période de jour et de nuit. Mais nous démontrons que cette évolution s'observe aussi au sein même de la période de nuit. C'est ainsi que plus de 50% des ECG pratiqués pendant la période de nuit l'est en période de nuit profonde alors que ce sont moins de 30% de visites qui ont lieu pendant cette même période. (Tableau 18)

Les pathologies requérant un déplacement médical la nuit sont donc beaucoup plus de ressort de l'urgence «vraie» avec la nécessité, entre autre, d'effectuer un ECG à visée diagnostique au domicile, que celles motivant un déplacement médical au cours de la période de jour. Cette notion est, à notre sens, nouvelle. Cette gradation pathologique, qui s'effectue de manière non-linéaire, se retrouve également durant la période de nuit à mesure que l'on avance vers la période de nuit profonde.

Il avait été noté dans certaines études qu'il y avait «d'autant moins d'activité en seconde partie de nuit que les régulations libérales, lorsqu'elles existent, militent le plus souvent pour que les patients attendent l'ouverture des cabinets pour voir leur médecin ou se rendent aux urgences si la nécessité est forte» sans qu'aucun élément objectif ne vienne définir cette notion²³⁹ ni qu'aucun médecin ne constate la réalité clinique, et son éventuelle gravité, au lit du malade. Notre étude démontre le contraire ; les patients vus en seconde partie de nuit présentent fréquemment un tableau pathologique requérant rapidement un examen clinique au domicile.

Comme l'expose le tableau suivant, notre travail met en exergue plusieurs points d'importance concernant le type de pathologie rencontré au cours des horaires de la permanence des soins ainsi que l'évolution de leur répartition et de leur part relative au cours des différentes plages horaires de la PDS.

La diminution du nombre d'interventions régulées au cours de la période de nuit profonde est bien documentée mais la variation concomitante de la typologie des affections rencontrées au cours de ces mêmes périodes n'a jamais été décrite. Or nous observons un «découplage» entre la variation de nombre de déplacements consacrés

²³⁹ Source IGAS/IGA, Rapports n° 2006 029, n° 06-07-002, p. 28, mars 2006.

à des visites avec cotation K ou réalisation d'un ECG et la part respective que ces derniers représentant dans l'activité totale de chaque plage horaire.

Entre la première et la seconde partie de nuit, notons la diminution du nombre de visites avec cotation K (-19%) alors que la part respective de ces actes sur l'activité totale de cette période augmente de +53% ou celle des visites avec ECG dont le nombre augmente, entre les deux périodes de nuit, de +32% tandis que la part respective dévolue à ces actes, entre la première partie de nuit et la période de nuit profonde, augmente de +137%.

Ce «découplage», qui s'amplifie entre la première partie de nuit et la nuit profonde par rapport à la période de jour et la première partie de nuit, témoigne de l'acutisation des pathologies rencontrées au cours de la permanence des soins à mesure que l'on aborde la période de nuit et que l'on atteint la période de nuit profonde.

	% variation entre période de jour et première partie de la nuit		% variation entre première partie de la nuit et nuit profonde	
	Nombre	Part respective du total d'activité	Nombre	Part respective du total d'activité
Visites	- 7,68%	- 9%	- 59,36%	- 30%
Cotation K	+ 19,46%	- 18%	- 18,93%	+ 53%
ECG	+ 133,33%	+ 130%	+ 32,14%	+ 137%
Total	+ 1,5%		- 45%	

La période de nuit de la PDS n'est donc pas la période «creuse» évoquée dans de nombreux travaux mais bien une période critique requérant la présence active et efficiente d'une permanence des soins fiable compte tenu de la typologie des demandes de recours urgents au cours de ces plages horaires nocturnes avec la très nette modification des pathologies rencontrées tendant vers une sévérité plus importante des affections en période de nuit profonde.

La réalisation d'ECG au domicile du patient permet de disposer rapidement des informations pertinentes permettant d'orienter au mieux les patients vers les unités spécialisées selon les résultats de l'examen clinique et les données recueillies au domicile. «Un tiers seulement des personnes frappées d'infarctus appelle le centre 15 et la

moitié des malades n'arrivent à l'hôpital que plus de trois heures après avoir ressenti les premières douleurs ce qui entraîne une véritable perte de chance».²⁴⁰

En remettant le patient et sa demande au centre du dispositif de la PDS, il est ainsi possible de le rassurer en écartant d'éventuelles affections requérant un passage aux urgences ce qui évite le recours systématique à l'hôpital notamment en période de nuit profonde ou l'onéreuse mobilisation d'effecteurs opérationnels (SAMU, ambulances privées, pompiers) et de mieux orienter son parcours médical une fois réalisé un examen clinique approfondi dans les plus brefs délais à son domicile.

Il était dès lors logique de s'intéresser au devenir des patients une fois qu'un déplacement médical avait été effectué au domicile et que la pathologie était bien documentée tant sur le plan clinique qu'électrocardiographique.

3. Devenir des patients après déplacement médical durant la PDS.

• Orientation des patients

I - Données globales.

Plus de 80% des patients vus au domicile dans le cadre d'un appel prérégulé restent sur place après examen médical ce qui représente une moyenne de 187 patients par mois alors que, dans le même temps, 33 sont adressés à l'hôpital. (Tableau 21)

En analysant spécifiquement le devenir de ces seuls 400 patients adressés à l'hôpital, on observe que 80% ont été adressés aux urgences et près de 20% directement dans l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC) de l'hôpital de Périgueux. (Tableau 22)

Selon les données issues de notre étude, au cours d'une année complète d'activité médicale de l'UMSUD, en données brutes, le SAMU a été responsable du transfert à l'hôpital de 1% de la totalité des patients que nous avons vus à leur domicile. Quant à elles, les ambulances privées du pool de garde ont véhiculé vers

²⁴⁰ Société Française de Cardiologie, enquête nationale établie à partir d'un registre incluant, dans 250 unités de soins intensifs de cardiologie, tous les patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde pendant une période d'un mois au dernier trimestre 2005.

l'hôpital 10% des patients que nous avons vus dans le cadre de la permanence des soins.

L'UMSUD a, pour sa part, transporté à l'hôpital 3% des patients vus pendant cette période tandis que les véhicules des Pompiers amenaient à l'hôpital 0,6% de tous les patients vus au cours d'une année complète d'activité médicale de l'UMSUD pendant les horaires de la permanence des soins.

L'orientation de ces patients vers les effecteurs hospitaliers a été décidée dès le domicile du patient, *en amont des urgences*, grâce une une régulation tripartite incluant le médecin de l'UMSUD ayant pratiqué l'examen clinique sur place, le médecin régulateur du SAMU et le médecin de permanence responsable de l'unité hospitalière d'accueil.²⁴¹

Cette régulation permet une réduction des temps de prise en charge et des délais d'attente des patients dès l'arrivée à l'hôpital puisque ces derniers sont attendus dans les services qui les ont acceptés et les reçoivent. Elle permet également de mieux définir le type de moyen logistique utilisé afin d'adresser le patient à l'hôpital et optimiser la gestion du flux des patients en aval des urgences.

La régularisation des flux d'amont des urgences au cours de la PDS que nous exposons dans ce travail, mené en 2004, va dans le sens de ce que le Professeur Coriat a souligné dans le rapport remis au Ministère de la Santé en 2008 : «La principale des contrainte (des urgences hospitalières) est l'aval des urgences : s'il n'est pas assuré de façon pertinente et rationnelle, il représente la principale source de dysfonctionnement d'un service d'urgence, et au plan clinique peut constituer une véritable perte de chance pour la qualité des soins. Par ailleurs une mauvaise organisation de l'aval des urgences pénalise l'ensemble de l'ergonomie du système car une énergie considérable est dépensée pour la recherche de lits d'hospitalisation.»²⁴²

²⁴¹ «Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage.» Article 60 du Code de Déontologie Médicale.

²⁴² «Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins», Rédigé par P. Coriat, Président, F. Braun, J.-P. Genet, P. Goldstein, A. Nazac, B. Pol, J. Remond, p. 8, Mai 2008.

Cette régularisation pré-hospitalière d'amont permet ainsi une amélioration de la gestion intra-hospitalière en aval des flux de patients selon ce que les anglo-saxons dénommeraient une «*win-win*» situation profitant à chacun des acteurs de la chaîne de soins urgents non programmés : patients et leurs familles, médecins de la PDS, hôpital et société dans son ensemble par les avantages économiques que nous évoquerons dans la suite de ce travail.

L'articulation particulière de la PDS que nous avons menée à bien avec les dispositifs qui la complètent : Centre 15, garde ambulancière, services hospitaliers spécialisés, mais aussi les pharmacies de garde, a été également appelée de ses vœux par l'IGAS et l'IVA dans leur rapport commun de mars 2006 en y voyant la résolution d'une carence, source de difficultés pratiques pour les usagers et de surcoûts multiples pour l'assurance maladie.

Nous reviendrons sur cet aspect spécifique dans la suite de ce travail, mais il faut cependant noter qu'une fois cette hospitalisation acceptée, aucun malade n'a eu à se rendre à l'hôpital par ses propres moyens ou ceux de sa famille. De plus, le médecin de l'UMSUD est toujours resté avec le patient le temps qu'arrive le moyen de transfert défini par la régulation tripartite.

II - Patients adressés aux urgences de l'hôpital.

Près de 70% des patients adressés aux urgences ont été transportés par les ambulances privées du pool de garde. Nous avons nous même transporté dans notre véhicule 25% des patients adressés aux urgences soit parce que les effecteurs institutionnels étaient déjà engagés sur d'autres interventions, soit parce que, compte tenu de la pathologie rencontrée, du contexte social ou psychologique afférent, ou de l'absence de moyen de locomotion, il n'y avait pas d'autre solution rapide disponible en l'état. (Tableau 23)

Le SAMU n'a eu à transporter que près de 2,5% des patients vers les urgences et les véhicules des Pompiers n'ont été mis à contribution que dans 4% des cas ad-

mis aux urgences.

III - Patients adressés dans l'USIC de l'hôpital.

Près de 70% des patients adressés dans l'USIC de l'hôpital, après accord direct entre le médecin cardiologue de garde, le médecin régulateur du SAMU et le médecin de l'UMSUD au chevet du malade, sont transportés par les ambulances. (Tableau 24)

Le SAMU contribue pour sa part à près de 26% des transports dans un cadre médicalisé sophistiqué après parfois mise en place d'un protocole de thrombolyse au domicile. L'activité des Pompiers a contribué à 4% des transports totaux vers l'USIC.

Tous ces transports ont été précédés par la réalisation d'un ECG au domicile par le médecin de l'UMSUD. Cependant, compte tenu des observations cliniques et des tracés obtenus, nombre de patients, après ECG, ont été orientés vers le service des urgences de l'hôpital après avis concerté du SAMU et de médecin en charge de l'USIC.

Ces données sont donc comptabilisées dans l'activité globale des différents effecteurs présentée dans la section précédente sans distinction particulière quant à pathologie dont souffraient les patients transportés.

L'enquête effectuée, au niveau national, par la DREES en milieu hospitalier a montré que près d'un passage sur cinq génère une hospitalisation²⁴³. En appliquant ce pourcentage au 323 patients que nous avons adressés aux urgences de l'hôpital, nous pouvons en déduire que 65 d'entre eux ont bénéficié d'une hospitalisation immédiate auxquels il faut, en toute logique adjoindre les 77 patients hospitalisés d'emblée en USIC.

On peut ainsi en déduire que 5,4% de tous les patients que nous avons vus pendant l'année au cours de déplacements dans le cadre de recours urgents non pro-

²⁴³ «Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale». V. Carrasco, D. Baubeau, DREES, Etudes et résultats, p.8, n° 471, mars 2006.

grammés sont hospitalisés, dont :

- ❖ 2,5% après passage aux urgences de l'hôpital.
- ❖ 2,9% en USIC.

Ces données sont cependant biaisées car l'étude de la DREES²⁴⁴ ayant établi le pourcentage d'hospitalisation repris dans le rapport de la Cour des Comptes s'est appliquée à étudier tous les patients se rendant aux urgences hospitalières sans distinction quant à leur parcours pré-hospitalier. Or, il est admis que «70% des usagers se présentent directement aux urgences, sans contact médical préalable, même par téléphone»²⁴⁵.

Les acteurs hospitaliers évoquent comme accroissement de l'activité aux urgences l'engorgement lié à l'absence de solutions d'aval internes et externes ; les données que nous exposons présentent un élément viable de solution d'amont permettant de réguler les flux aux urgences²⁴⁶ et d'améliorer la gestion en aval au sein de l'hôpital évoquée par le Pr. Coriat.

Dans notre cas, tous les patients que nous avons adressés aux urgences ont réellement vu un médecin qui, en accord avec le médecin des urgences et le régulateur du SAMU, a décidé de l'orientation vers ce service. La présence d'un médecin au domicile exerce donc, entre autres, une fonction de régulation, de filtre, qui tout en diminuant drastiquement la surcharge d'amont du service des urgences et les délais afférents, optimise et facilite son travail en lui adressant des patients «sélectionnés», ayant, pour certains, subi un ECG au domicile.

• **Activité des vecteurs opérationnels vers l'hôpital durant la PDS**

I – Rôle du SAMU dans le cadre de la PDS.

Nos données permettent d'évaluer la part respective de chaque effecteur dans le transport des patients vers l'hôpital dans la cadre de la PDS après examen médical

²⁴⁴ «L'activité des services d'urgence en 2004». DREES, Etudes et résultats, n° 524, septembre 2006.

²⁴⁵ «Les urgences médicales : constats et évolution récente». Rapport de la Cour des Comptes, p. 316, Paris, 2006.

²⁴⁶ Dans une enquête de 2002, la DREES mentionnait que pour 18% des usagers des urgences (hors trauma-tisme), ces dernières constituaient une alternative à la médecine de ville faute de système de PDS fiable ou existante.

au domicile. (Tableau 24)

Nous pouvons observer que, si la SAMU contribue à 7% de l'activité totale de transport des patients vers l'hôpital, son activité est spécifiquement recentrée vers ses compétences avec près de 71% des malades orientés dans l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie. Ces patients présentaient des statuts cliniques plus précaires ayant requis la mise en condition technique spécifique et l'initiation, dès le domicile, de procédures plus agressives dans le cadre de protocoles thérapeutiques.²⁴⁷

L'activité de transports SAMU entre l'USIC et les urgences s'établit selon un rapport de 2,5 pour 1.

Les quelques 29% adressés aux urgences par le SAMU étaient des patients à la condition clinique précaire d'étiologies diverses (collapsus cardio-vasculaire sur hémorragie digestive massive, état de mal asthmatique, processus expansif intra-crânien tumoral ou hémorragique, entre autres) dont certains ont été d'emblée adressés, par hélicoptère, au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux après avoir été préalablement mis en condition grâce au plateau technique des urgences de l'hôpital.

II – Rôle des ambulances privées du pool de garde dans le cadre de la PDS.

L'activité des ambulances est par contre résolument inverse de celle du SAMU avec plus de 80% des patients adressés par nos soins vers les urgences de l'hôpital et seulement près de 20% dans l'USIC soit un rapport de 4 pour 1 entre urgences et USIC.

III – Rôle des autres effecteurs dans le cadre de la PDS.

Nous pouvons observer les mêmes constatations pour les Pompiers en notant

²⁴⁷ L'organisation territoriale des urgences (circulaire DHOS 01-2007 65 du 13 février 2007) relative à la prise en charge des urgences) repose sur la mise en réseau des structures d'urgence, intégrant des filières de soins spécifiques adaptées aux besoins de la population. Cette organisation en filières a déjà fait la preuve de son efficacité dans certaines pathologies comme le syndrome coronarien aigu, l'accident vasculaire cérébral et le traumatisme grave. L'organisation de ces filières est un élément essentiel de la gestion de l'urgence sur le territoire.

que de nombreuses interventions ont été entreprises par l'UMSUD à la demande d'équipes de Pompiers déjà présentes au domicile du patient. Majoritairement, ce sont ces derniers qui se sont chargés de transférer le patient à l'hôpital au décours de l'examen clinique pratiqué, assurant ainsi une continuité dans la démarche de prise en charge des patients au domicile ou sur la voie publique.

Cette faible activité relative, au sein de notre secteur d'étude, des véhicules des Pompiers dans le cadre du transfert de patients vers l'hôpital est peut-être la conséquence de la monopolisation opérationnelle de ces équipes sur des interventions nombreuses - dont certaines liées à l'existence de «zones noires et grises» de la PDS où aucun médecin n'est disponible, présent ou joignable - au sein d'un vaste territoire rendant leur disponibilité moindre pour des transports hospitaliers.

Les services départementaux d'incendie et de secours ont noté que les insuffisances de la permanence des soins se traduisaient par un accroissement des interventions, soit pour transporter le patient à l'hôpital en l'absence de médecin, soit même pour effectuer une première prise en charge²⁴⁸.

Outre qu'elles s'inscrivent hors du cadre des missions statutaires définies pour les SDIS, de telles interventions pénalisent leur capacité d'intervention et pèsent négativement, sur la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires, notamment en zone rurale, sans parler des conséquences budgétaires globales liées à cette suractivité.



Dans notre étude, aucune admission de patients au niveau des urgences ou de l'USIC de l'hôpital ne s'est produite sans examen médical au domicile. De plus, aucun transport vers l'hôpital n'a été effectué sans discussion et accord préalable entre le médecin de l'UMSUD au domicile du patient et le médecin régulateur du Centre 15.

Ainsi, la mobilisation des effecteurs opérationnels a donc été optimale dans le ca-

²⁴⁸ En Haute-Garonne, Tarn et Isère.

dre de cette étude tant au bénéfice des patients et de leurs familles, des unités hospitalières réceptrices que du système de soins dans son ensemble. Cette optimisation de l'organisation logistique disponible au cours de la permanence des soins n'est pas sans s'accompagner de conséquences économiques que nous détaillerons.

Avant cela deux points méritent d'être évoqués. Ce sont d'une part :

- ❖ Le devenir des patients ayant eu un ECG au domicile et
- ❖ Celui des patients adressés par le SAMU à l'UMSUD au cours de la PDS.

- **Devenir des patients ayant eu un ECG au domicile au cours de la PDS.**

La moitié des patients chez lesquels un ECG a été réalisé au domicile dans le cadre de la PDS a été hospitalisée de première intention dans l'USIC de l'hôpital quel qu'ait été le motif initial du déplacement. (Tableau 19)

Ces chiffres sont cependant sous évaluées, car, pour avoir une estimation plus précise du nombre total de patients admis en USIC de l'hôpital, nous devrions intégrer les patients admis dans un premier temps aux urgences après ECG au domicile et dont la symptomatologie a amené à leur hospitalisation secondaire en USIC.

Ces données ne sont pas disponibles par manque de disponibilité des comptes-rendus d'hospitalisation provenant des urgences.

Le nombre moyen de patients admis en USIC après ECG au domicile représente un peu plus de 6 patients par mois soit un tous les 5 jours.

- **Devenir des patients vus par l'UMSUD après régulation par le SAMU.**

Plus de 82% des patients vus au domicile au cours de la PDS, suite à la demande du SAMU ayant pré-régulé l'appel après réception directe au Centre 15, ont été hospitalisés ce qui représente 34 patients par mois. Seuls 18% sont laissés sur place. (Tableau 20)

Ce sont autant de mobilisations initiales d'une équipe du SAMU qui ont ainsi pu être évitées. Certaines interventions de l'UMSUD ont amené à ce que le patient

soit, dans un second temps, adressé à l'hôpital par le biais du SAMU. Mais dans ce cas, l'équipe du SAMU a été engagée spécifiquement dans le cadre de ses compétences optimisant ainsi les coûts afférents et l'efficacité du système logistique d'organisation pendant la permanence des soins tout en évitant un déplacement inutile et coûteux.

Les données exposées dans ce travail sont en harmonie avec les conclusions présentées dans le rapport de la Cours des Comptes : «Il est difficile de faire a priori la distinction entre l'urgence ressentie par un patient et l'urgence clinique. Seul un diagnostic porté par des professionnels peut permettre la bonne orientation du patient. Pour éviter un afflux non justifié des patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande soit bien organisé en amont des établissements de santé.»²⁴⁹

C . IMPLICATIONS ECONOMIQUES POUR LA SOCIETE

Ce chapitre de notre travail sera consacré à l'analyse comparative de notre activité par rapport à celle présentée comme l'activité d'un Médecin Référentiel pour la Région Aquitaine par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

Les données que nous présentons proviennent des données relatives à l'activité des deux médecins de l'UMSUD publiées par l'URCAM. Nous n'avons pas mis en évidence de différences statistiques significatives entre les données issues de l'activité de chaque praticien. C'est pourquoi nous utiliserons l'activité d'un médecin de l'UMSUD afin de pouvoir la comparer à celle du médecin référentiel région Aquitaine ce qui explique que le nombre d'actes total remboursés présenté ultérieurement dans les tableaux n'est pas l'exacte moitié des 2 648 déplacements effectués au cours de l'année 2004 qui constituent l'objet de cette étude.

• Nombre d'actes

La pratique spécifique de la médecine d'urgence de recours lors de la permanence des soins décrite dans ce travail s'effectue au cours de plages horaires particulières très différentes de celles des cabinets de médecine générale. Ceci explique en partie

²⁴⁹ «Les urgences médicales, constats et évolution récente», Rapport de la Cour des Comptes. p. 315, Paris, 2006.

la différence entre le nombre total comparatif d'actes effectués, même s'il s'agit toujours de médecine générale. (Tableau 26)

Le nombre total de prescriptions de biologie est naturellement moins élevé dans notre cas qu'en ce qui concerne une pratique de médecine générale classique mais nous avons été surpris du différentiel entre ces deux pratiques (-95,89%).

Pour autant, malgré la typologie des pathologies rencontrées dans le cadre des recours urgents au cours de la permanence des soins, nous avons peu prescrit d'arrêts de travail ayant abouti au versement d'indemnités journalières puisqu'il apparaît une différence de -88% entre notre activité et celle du médecin référentiel région. Même l'analyse des données rapportées au nombre de patients vus au cours de la même période plaide largement en faveur d'un autre type d'exercice au cours de la PDS tel que nous l'avons pratiqué.

On ne peut écarter l'idée que le plus long temps moyen d'examen fréquemment disponible au cours de la permanence des soins (supérieur à 30 minutes dans notre étude) permet un dialogue plus approfondi avec le patient ou sa famille et, de fait, autorise une meilleure analyse de la plainte exprimée et de sa verbalisation. Dès lors, l'arrêt de travail se place dans une perspective différente et son utilité peut être plus librement discutée et argumentée tant de la part du médecin que du patient.

L'activité de déplacements à domicile dans le cadre de recours urgents ou non programmés pendant la permanence des soins est donc peu génératrice d'actes remboursés malgré une typologie pathologique faisant apparaître des affections plus graves ou au pronostic plus engagé.

Au cours de ces visites de nombreux actes gratuits ont été pratiqués pour des diverses raisons en grande partie liées à la grande précarité et à la détresse matérielle de nombre de patients qui pour autant ne doit pas les exclure de l'accès aux soins.

- **Montant total remboursable des actes**

L'étude comparative des montants totaux remboursables met en évidence de fortes disparités entre une pratique médicale à domicile dans le cadre de recours urgents et la pratique généraliste de cabinet. (Tableau 27)

Le différentiel très important concernant le secteur Pharmacie est probablement à imputer à la prescription de la part des généralistes de molécules onéreuses pour des pathologies chroniques diverses que nous ne voyons qu'occasionnellement au cours de notre activité pendant la PDS. De plus, c'est fréquemment à l'occasion de complications aiguës que nous sommes amenés à voir ces patients au domicile ce qui ne nous permet pas d'interférer dans les prescriptions de fond des affections dont souffrent ces patients hormis lors de surdosages ou d'interactions médicamenteuses malheureuses.

Nous avons décrit antérieurement nos résultats concernant la mobilisation de moyens de transports spécialisés afin d'adresser aux urgences ou en USIC les patients vus au domicile dans le cadre de la permanence des soins. Il appert de nos données qu'une stratégie de prise en charge des patients bien ciblée et régulée en accord avec le SAMU permet d'optimiser l'efficacité du système opérationnel de transport médicalisé vers l'hôpital mais aussi d'en réduire drastiquement les coûts.

Cette différence peut être considérée comme la preuve indirecte de la pertinence de l'indication de déplacement nécessaire en fonction de l'état pathologique constaté au lit du malade et de l'efficacité de la régulation tricéphale - médecin de l'UMSUD au domicile du patient, médecin régulateur du SAMU, médecin responsable du service des urgences ou de l'USIC.

Chaque moyen logistique disponible a ainsi été mobilisé à bon escient permettant de fait une optimisation de l'efficacité du système de prise en charge des patients au cours de la PDS sans coût supplémentaire et injustifié pour la société.

Malgré un taux important d'hospitalisation des patients vus au domicile dans le cadre de notre activité annuelle (près de 15% de notre activité totale), le montant remboursable des transports est inférieur de plus de 70% à celui du médecin référentiel région.

La différence conséquente entre les deux activités concernant le montant total remboursable des autres prescriptions (-93,7%) est probablement à mettre en perspective avec la typologie des pathologies rencontrées. Seules des prescriptions de séances de kinésithérapie pour diverses affections peuvent être communes aux deux styles de pratique médicale comparés. Cependant, l'absence de données plus fines disponibles auprès de l'URCAM quant à la nature des actes inclus dans cette catégorie, nous interdit toute autre forme d'extrapolation.

Quoi qu'il en soit, la comparaison de montant total des prescriptions rapporté au montant total des actes effectués fait apparaître un ratio très favorable en faveur de notre activité médicale de recours urgents au domicile dans le cadre de la permanence des soins par rapport à l'activité du médecin référentiel région.

Notre activité met en évidence un ratio inférieur de près de 95% à celui du médecin référentiel région, toutes prescriptions confondues. L'activité médicale d'urgence au cours de la PDS n'est donc pas une activité onéreuse pour la collectivité dans le cadre de la pratique spécifique que nous exposons dans ce travail. Ces constatations vont à l'encontre des conclusions de certains rapports qui estiment ce système, principalement en période de nuit, comme «particulièrement inefficace et coûteux.»²⁵⁰

Les examens biologiques prescrits dans le cadre des déplacements médicaux de l'UMSUD au domicile des patients ont été essentiellement destinés à permettre aux patients de gagner du temps afin de se rendre chez leur médecin traitant munis de données plus pertinentes, ainsi que d'un courrier d'accompagnement, permettant à ce dernier d'approfondir rapidement sa réflexion au bénéfice exclusif du patient tout en intégrant le fait pathologique présent dans le cadre de la connaissance holistique et historique qu'ils ont de leurs patients.

Notre pratique médicale, dans le cadre de recours urgents durant la PDS, permet dès lors l'exercice d'une médecine essentiellement clinique - seuls l'ECG et la spirométrie pouvant être considérés comme des examens para-cliniques utilisables au lit

²⁵⁰ Rapport IGAS/IGA, p. 41, mars 2006.

du patient - avec pour corollaire les très faibles coûts liés aux diverses prescriptions qui n'ont guère d'utilité au cours du processus diagnostique et thérapeutique lors de la prise en charge d'urgences au domicile.

Dans ces conditions, il est légitime que se pose la question soulevée par divers rapporteurs quant à la rémunération au-delà du forfait d'astreinte «normal» avec indemnisation du surcroît de responsabilité dans le cas qui nous occupe de part la couverture d'une aire de très grande envergure²⁵¹. D'autant que le système de permanence de soins que nous décrivons est efficient et semble aller dans le sens des conclusions de nombreux rapports que nous avons présentés dans ce travail.

Pour reprendre les termes de l'IGAS : «Dans ce cas, il conviendra alors de définir un mode de rémunération qui privilégie la réalisation d'actes plutôt que le paiement d'astreintes. ... Il doit être possible de compenser la perte financière des forfaits ainsi supprimés par une augmentation substantielle du tarif des actes réalisés en nuit profonde.»

- **Prescriptions de médicaments génériques**

Les conclusions précédentes entre notre activité et celle du référentiel région ne sont probablement pas étrangères à la différence de prescriptions de molécules génériques puisque notre activité prescriptrice concernant ces médicaments est supérieure de 110% à celle du médecin généraliste référent (21% contre 10%). (Tableau 28)

- **Montant total remboursable par patient**

Nous avons vu précédemment que le nombre d'actes effectués annuellement entre ces deux types de pratique de la médecine est très différent. Rapporter le montant total remboursable des actes au nombre de patients vus au cours de la même période permet de comparer plus avant ces deux modes d'exercice. (Tableau 31)

Quel que soit le paramètre analysé (prescriptions d'examens biologiques, prescription pharmacie, transports ou autres prescriptions), on observe que les coûts liés à

²⁵¹ ibid. supra note 60.

notre activité sont très largement inférieurs à ceux liés à une pratique généraliste classique.

Les ordres de grandeur des variations sont assez conséquents pour être notés puisqu'ils oscillent entre -94% en ce qui concerne les autres prescriptions, -91% pour les prescriptions de biologie, près de -90% pour la pharmacie et -36% pour ce qui a trait aux transports.

Il est clair pour tous que, compte tenu du plus grand nombre relatif de patients transportés à l'hôpital dans le cadre de notre activité de recours urgents qu'au cours d'une pratique généraliste conventionnelle, c'est précisément cet aspect où la différence entre notre activité et celle du médecin référentiel est la moins accentuée. Il n'en demeure pas moins que l'ordre de grandeur de cette différence reste de près de 40%.

A euro constant, la sommation des prescriptions de biologie, de pharmacie, de transports et autres prescriptions représente 31,88 € par patient vu lors de recours urgents par un médecin de l'UMSUD contre 303,15 € par patient pour un médecin référentiel région soit une différence de -89,5%.

L'activité médicale liée aux recours urgents ou non programmés dans le cadre de la permanence des soins de médecine générale est donc une pratique spécifique de la médecine générale qui possède de solides arguments économiques devant, à notre sens, être pris en compte lors de la définition d'un nouveau modèle de prise en charge de l'Aide Médicale Permanente à la Population.

Ainsi quel que soit le point de vue adopté, analyse comparative en terme d'activité totale annuelle, de montant total remboursable en euros constants, de prescription de médicaments génériques ou de montant total remboursable par patient, notre travail démontre que l'activité de prise en charge des recours urgents ou non programmés dans le cadre des horaires de la permanence des soins en médecine générale est une alternative économiquement viable par rapport à une activité de médecine générale classique.

Pour être tout à fait équitable, nous n'omettrons pas de préciser qu'il s'agit de deux types différents, mais complémentaires, de pratique médicale s'appliquant à des populations différentes, à des temps différents de leur processus pathologique au cours de périodes horaires différentes.

• Typologie sociale des patients

Nous avons, dans la partie initiale de ce travail, consacré une assez large partie à l'analyse des différentes catégories populationnelles et sociologiques résidant dans le secteur d'activité de l'UMSUD. Cette analyse nous a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs de référence. (Tableau 29)

Les données présentées démontrent que notre activité est supérieure de plus de 50% à celle du Référentiel Région concernant les patients exonérés en ALD et de plus de 92,85% concernant ceux bénéficiant de la Couverture Médicale Universelle ou CMU.

Cependant, la part des actifs ayant eu des indemnités journalières dans notre activité est inférieure de 60% à celle de la patientèle représentée par le médecin référentiel région. Nous avons précédemment discuté combien la spécificité de la relation médecin-patient au cours des interventions au domicile dans le cadre de recours urgents pendant la PDS avec le temps disponible afférent pouvait constituer un élément d'explication pertinent à cette différence de traitement.

On observe la prescription d'arrêts maladie dans 12% des recours urgents auprès d'un médecin généraliste²⁵² alors que seulement 4% des patients actifs que nous avons vus dans le cadre de recours urgents ont eu des indemnités journalières.

Ces données sont en adéquation avec les données démographiques et sociologiques que nous avons analysées concernant notre secteur d'activité et son évolution sociétale. Une plus ample étude serait nécessaire afin de pouvoir appréhender avec une plus grande pertinence ce phénomène mais on peut remarquer que la population à laquelle nous faisons référence est constituée de personnes particulièrement, et durement affectées, par la vie que ce soit en rapport avec leur maladie ou que cela s'inscrive dans un plus vaste et complexe contexte sociologique.

Il ressort néanmoins de ces données que nous nous sommes très souvent trouvés en contact avec des patients exclus, de fait, du fonctionnement de la société sans que

²⁵² «Recours aux soins urgents ou non programmés» La santé observée. ORS des Pays de la Loire, Edition 2007, pp. 156,157. juin 2007.

nous puissions identifier avec acuité s'ils ont eux-mêmes induit cette exclusion, consciemment ou non, se sentant honteux de la condition sociale qu'ils traversent ou si cette «mise à l'écart» n'est pas inhérente à leur statut social et au regard que certaines catégories de la société portent sur eux.

Les très récentes études relatives au refus de soins de la part de certains professionnels en fonction de la typologie sociale des patients ne peuvent être exclues de notre réflexion d'autant que le Conseil National de l'Ordre des Médecins semble avoir pris la mesure d'un phénomène qui, pour être peu divulgué, n'en existe pas moins.

L'analyse de nos données montre que partie de notre activité est dévolue aux plus fragiles, qui se sentent exclus d'un système qui n'a cessé de se dégrader depuis la réalisation de ce travail, puisqu'une récente étude a démontré que près de 34% des patients en France ont, au cours du premier trimestre de 2008, renoncé ou décalé un soin ou une consultation médicale suite à des difficultés de nature pécuniaire.

La DREES, en avril 2006, avait déjà noté que les chômeurs et des inactifs recouraient plus souvent aux urgentistes de ville qu'aux généralistes en cabinet, et ce à sexe et âge donnés. Ce travail n'avait pas identifié de rôle majeur dans ce choix concernant certaines caractéristiques socio-démographiques des patients (couverture complémentaire disponible, zone géographique)²⁵³. Nos observations vont dans le sens des conclusions rapportées dans cette étude.

	UMSUD	Pays de la Loire ²⁵⁴	France Métropolitaine ²⁵³
Patients en ALD	36%	13%	20%
Patients avec CMU	13,5%	8%	8%

Nos données sont également cohérentes avec celles de la littérature issues de l'étude de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. Il faut noter cependant une activité consacrée aux patients avec CMU près de 1,7 fois supérieure à celles des médecins des Pays de la Loire ou de France Métropolitaine probablement en rapport avec le tissu social et les caractéristiques populationnelles de notre zone de travail comme l'atteste le pourcentage de patients en ALD, dans notre exercice, qui

²⁵³ «Le recours aux médecins urgentistes de ville», DREES, Etudes et résultats, n° 480, p.3, avril 2006.

²⁵⁴ Op. cité. pp. 156,157. juin 2007.

est 1,8 fois supérieur à celui de la France Métropolitaine et 2,8 fois supérieur à celui des Pays de Loire.

Les observations de notre travail s'inscrivent dans la droite ligne des constatations menées par l'URCAM Nord-Pas-de-Calais de 2004 qui avait noté pour la population totale de la région un taux de 1,2% de la population ayant recours au médecin de garde mais un taux de 3,2% pour les patients bénéficiaires de la CMU ce qui représente une propension trois fois plus élevée à utiliser le dispositif. Les raisons amenant à cette utilisation n'ont pas été étudiées.

Le travail que nous présentons permet d'ouvrir quelques pistes quant aux raisons pouvant expliquer ces constatations. Les données publiées dans le travail de l'ORU-MIP des Pays de la Loire s'appliquent à des terroirs différents avec leurs spécificités particulières rendant toute extrapolation hasardeuse. Dans notre étude, le tissu social et démographique est identique. Pourtant notre activité consacrée aux patients avec CMU est près de 2 fois supérieure à celle du médecin référentiel région ; et celle consacrée aux patients en ALD y est 1,5 plus élevée.

La part importante des patients âgés dans la population que nous avons étudiée, le nombre élevé de familles monoparentales avec enfants, le tissu social précaire, l'éloignement populationnel des centres médicaux lié à la migration de la population, la désaffection des médecins libéraux de la permanence des soins sont autant de facteurs permettant d'initier des axes de recherche afin de mieux appréhender ce phénomène et de proposer des solutions efficaces et viables au problème de la permanence des soins en zone rurale.

Alors que les personnes possédant la CMU représentent 10% de la population de la région étudiée, 24% du total des actes ont été effectués à leur profit avec une différence encore plus notable si on étudie les enfants de moins de 15 ans couverts par la CMU qui représentent 44% des actes réalisés pour l'ensemble de cette classe d'âge.

Notre travail confirme et amplifie ce que précise la charte de SOS Médecins qui note qu'un médecin SOS consacre, jusqu'à 30 % de son temps aux patients détenteurs de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat.

Pour leur part, dans notre étude, les enfants de moins de 10 ans représentent 35% des actes (6% des moins de 5 ans de la région ont bénéficié de ce dispositif tandis que les jeunes femmes, dont l'âge se situe entre 15 et 35 ans, représentent 15% des actes effectués sans que leur situation familiale ne soit précisée (famille monoparentale avec ou sans enfants, chômage ou non, etc.).

La part relative aux personnes âgées a été également évaluée et 2,7% des personnes âgées de 80 ans et plus utilisent le dispositif avec 2,4% des patients en ALD - régime qui concerne surtout les personnes âgées - ce qui représente un recours au dispositif de PDS 2 fois plus important en proportion que l'ensemble de la population de la région étudiée.

Dans nombre de situations auxquelles nous avons été confrontés, il était flagrant que le recours inévitable, devant une situation médicale urgente, à un médecin se déplaçant au domicile durant la PDS plaçait le patient dans une situation financière délicate malgré la prise en charge des soins par le système de santé et les éventuelles assurances privées qu'il a souscrites, lorsqu'il le peut.

Ces situations de détresse, d'autant plus manifestes qu'elles touchent les personnes âgées à très faible retraite, totalement isolées, que nous avons évoquées précédemment expliquent pour partie certains des actes médicaux gratuits pratiqués au cours de cette étude.

- **Typologie comparative selon les tranches d'âge**

Les données que nous exposons démontrent que notre activité, bien qu'elle s'applique dans sa globalité à toutes les classes d'âge de la population générale, se retrouve indirectement destinée préférentiellement à certaines strates d'âge qui sont respectivement les enfants de moins de 16 ans (activité médicale de l'UMSUD supérieure de 30% à celle du Référentiel Région) et les patients âgés de plus de 70 ans (activité médicale de l'UMSUD supérieure de 75% à celle du Référentiel Région).

Nous savons qu'il est bien établi dorénavant que la clientèle des services d'urgence est globalement plus jeune que l'ensemble de la population puisqu'un patient sur 4 se

présentant aux urgences d'un hôpital est âgé de moins de 15 ans. Le taux de recours aux urgences le plus élevé est celui des enfants de moins de un an. Il représente 48%, ce que nous avons noté dans notre travail. Ils sont suivis par les personnes âgées de 80 ans et plus, dont le taux de recours aux urgences, s'élevant à 40%, est particulièrement fort²⁵⁵. Ces chiffres sont assez similaires à ceux que nous avons observés dans notre étude puisque 26% des patients que nous avons pris en charge au domicile étaient âgés de moins de 16 ans et 24,5% de plus de 70 ans. (Tableau 30)

Non content d'être élevé, le taux de recours aux urgences des personnes âgées présente une croissance annuelle plus forte que l'évolution globale du recours aux services d'urgences hospitalières puisqu'entre 2000 et 2004 ce taux a augmenté de 9,6% alors que la tendance générale était à un accroissement de 2%²⁵⁶.

Ces patients sont fréquemment poly-pathologiques et vus tardivement par les structures médicales ce qui explique la difficulté rencontrée pour leur trouver une place d'hospitalisation dans le service *ad hoc*. Bien souvent, ces patients fragiles sont pris en charge dans des services non adaptés au traitement de leur pathologie. Pendant le temps nécessaire à débloquer ces situations, ces patients restent parfois des heures dans les services d'urgence dans des situations inconfortables, sur des brancards, dans des couloirs, des salles de plâtre ou de simples réduits.

La proportion considérable de personnes très âgées arrivant à l'hôpital destructure l'organisation conventionnelle des services d'urgence en augmentant leur charge de travail. Faute de l'intervention en amont, en pré-hospitalier, de préférence du médecin traitant, reconstituer l'histoire clinique du patient et la nature de la demande présente tient plus de l'enquête policière que de la démarche médicale.

Quoi qu'il en soit, ce sont des patients très fragilisés, en perte totale de repère, parfois ininterrogeables, qui arrivent aux urgences et vont requérir beaucoup d'attention

²⁵⁵ Selon les données présentées dans le rapport de la Cour des Comptes. Paris, 2006.

²⁵⁶ L'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans se rendant aux urgences traduit donc l'échec d'un suivi global adapté à leurs problèmes de santé, échec courageusement dénoncé, mais hélas sans suite concrète, par la Cour des Comptes dans un rapport de 2003 qui recommandait le développement des filières gériatriques suivant les principes d'organisation définis dans une circulaire du 18 mars 2002.

et de temps déstabilisant ainsi toute l'organisation des urgences déjà engorgées par des patients ayant certes besoin d'un examen médical mais pas obligatoirement à l'hôpital.

- **Astreintes médicales rémunérées**

En regardant les choses d'un point de vue général, certains pourraient déduire que l'activité du médecin référentiel région se destine préférentiellement à une catégorie de population qui peut se déplacer au cabinet médical au détriment des plus démunis ou des plus faibles qui, pour de multiples raisons, n'ont pas cette possibilité.

Il semble cependant qu'il faille y voir un reflet de la désaffection de la médecine générale pour l'urgence et les patients ne pouvant se déplacer et requérant, de fait, une disponibilité que les médecins généralistes au cabinet ne peuvent ou ne veulent plus assurer. Le désintérêt pour assurer la permanence de soins est indissociable de cette évolution des mentalités médicales auquel de nombreuses études associent la féminisation du corps médical.

Le nombre élevé d'astreintes effectuées par les médecins de l'UMSUD (7 par mois à comparer à 1,5 pour le référentiel région) reflète tant l'activité individuelle de chaque médecin de l'UMSUD en tant que médecin de garde que celle liée à l'acceptation d'effectuer la garde de ceux qui le demandaient officiellement après en avoir informé les autorités compétentes (préfecture, DDASS).

Le nombre total d'astreintes effectuées par les deux médecins de l'UMSUD est de 162 ce qui représente 44,38% de toute l'activité annuelle d'astreintes sur la zone d'activité de l'UMSUD. Cette activité est très différente de celle mentionnée dans l'étude de la CNAMTS qui notait un nombre moyen d'astreintes rémunérée par omni-praticien passant de 42,2 en 2003 à 39,4 en 2004 puis 35 en 2005.²⁵⁷

Au total, l'activité médicale de l'UMSUD, s'inscrivant dans le cadre d'une pratique codifiée par la CPAM, n'oblige pas nécessairement à créer de nouvelles structures budgétaires mais à redistribuer différemment celles qui existent car elle supplée le

²⁵⁷ «Situation au 1er février 2006 concernant les astreintes médicales en 2005». Source CNAMTS.

manque d'effecteurs libéraux au cours de la PDS en permettant au patient de recevoir une rapide, efficace et réelle prise en charge médicale efficiente²⁵⁸ dans le cadre d'appels urgents tout en soulageant les services d'urgences de l'hôpital des flux d'amont non régulés.



²⁵⁸ La mission de l'IGAS note, dans son rapport n° 2006-029, page 40 : «Le paiement des astreintes et des actes majorés doit être assuré sous condition de régulation effective et d'activité observée.»

CRITIQUES DE LA METHODE

Il ne nous a pas échappé que les données innovantes présentées dans cette thèse sont le résultat d'un travail dont la méthode peut être sujette à discussion compte tenu du caractère unique et novateur de notre étude.

Les analyses comparatives que nous avons tenté de mener entre nos résultats et les rares données de la littérature se sont heurtées à nombre de questionnements quant aux écueils de toute nature concernant tant la méthodologie que les populations étudiées, les méthodes utilisées, les critères d'analyse et les objectifs recherchés.

Nous n'avons pas cherché à écarter de notre champ de comparaison les travaux dont le parti pris semblait par trop visible car ils permettent également d'appréhender, sans la dénigrer ou l'occulter, une certaine vision de la PDS et des demandes des patients qui n'est pas sans conséquence sur le fonctionnement erratique de cette dernière en France ; sans qu'il nous appartienne de porter un quelconque jugement de valeur sur les appréciations ou les motivations de leurs auteurs.

Afin de respecter une démarche intellectuelle honnête, nous avons tenté, selon la formule de Hume, «de ne pas devenir esclave des attentes dues à l'habitude».²⁵⁹

Bien que n'ayant fait preuve d'aucun parti pris initial, nous avons conscience des réserves pouvant être émises concernant ce travail, c'est pourquoi nous allons développer succinctement quelques points particuliers pouvant être sujets à controverse quant à la méthodologie employée et au recueil des données analysées dans cette étude.



²⁵⁹ «Traité de la nature humaine», David Hume (1711-1776), Livre I traduction de P. Baranger et P. Saltel (1995), Livre II, traduction de Jean-Pierre Cléro (1991), Livre III, traduction de Philippe Saltel (1993) Flammarion, Paris.

A - RECUEIL DES DONNEES

I. Critères d'évaluation pour motiver un déplacement médical.

Il apparaît qu'une grille d'évaluation spécifique s'avère nécessaire afin de recueillir les informations pertinentes, dès réception de l'appel de demande de soins urgents, et déterminer si un déplacement médical au domicile se justifie. Nous ne l'avons pas élaborée lorsque nous avons effectué ce travail au cours de la PDS. La forme sous laquelle elle devrait se présenter nous apparaît clairement dorénavant.

L'analyse de la littérature ne nous a pas permis de trouver trace d'une quelconque grille de ce type dans tous les travaux que nous avons analysés. A l'avenir, il apparaît cependant fondamental de pouvoir élaborer un tel outil de travail afin de pouvoir effectuer des études multicentriques comparables pour peu que les modalités d'exercice des praticiens impliqués soient semblables, comme nous le développerons ultérieurement.

Cette grille d'évaluation se devrait de comporter, outre les informations médicales, des indications socio-démographiques (âge des patients, contexte familial : personne isolée, familles monoparentales, moyens de déplacement, possibilité d'accompagnement, localisation géographique, etc.) et des facteurs d'évaluation psychologique quant à l'angoisse exprimée par le patient et sa famille lors de la demande de recours urgent ou les inquiétudes non verbalisées sous-jacentes à cette requête de soins dans le cadre de la PDS.

Concernant notre étude, le recueil de données et les raisons de déplacement ayant été motivées par les deux même médecins, et eux seuls, les facteurs ayant contribué à l'analyse décisionnelle sont donc relativement homogènes mais requièrent néanmoins l'établissement d'une grille d'évaluation plus standardisée dans le cadre d'éventuelles études ultérieures.

Nous reviendrons sur cet aspect dans la suite de ce chapitre, mais il est clair que la spécificité décisionnelle liée aux deux médecins de l'UMSUD constitue un biais de sélection des déplacements effectués que nous ne pouvons, ni ne désirons, éluder.

II. Subjectivité d'interprétation des critères d'évaluation pour déplacement médical.

Il faut reconnaître qu'en matière de processus décisionnel dans le cadre de demandes de recours urgents non programmés au cours de la permanence des soins, quelle que puisse être la pertinence et la précision de la grille d'évaluation utilisée, nous serons toujours confrontés à la difficulté, soulevée par Thomas S. Kuhn²⁶⁰, concernant l'interprétation individuelle des opérateurs recevant la demande. L'interprétation des sensations perçues par les effecteurs médicaux est, en partie, conditionnée par leur éducation, leur formation médicale, leur expérience professionnelle et, pour nombre d'entre eux, l'habitude.

Dans la mesure où les individus appartiennent au même groupe et partagent de ce fait une éducation, une langue, une expérience et une culture, nous avons de bonnes raisons de supposer que leurs impressions seront les mêmes lors de la réception des appels urgents. Pour autant, on ne peut nier que l'expérience et les impressions vécues et ressenties par des urgentistes et des médecins généralistes ne soient différentes pour des motifs tout à fait compréhensibles liés, entre autres, aux raisons personnelles les ayant fait choisir une pratique et opter pour une spécialité médicale plutôt qu'une autre. C'est d'autant plus vrai lorsque la participation à la PDS est vécue comme une contrainte.

Il y a actuellement une différenciation et une spécialisation des groupes qui gèrent les appels d'urgence dans le cadre de la PDS. Ces clivages concourent à accroître le trouble quant à une analyse neutre de l'identification des problèmes réels auxquels sont confrontés les patients et les praticiens au cours de cette période spécifique d'activité. Il nous faut, dès lors, accepter que, malgré l'existence d'une grille d'analyse précise et d'un schéma décisionnel consensuel - qui n'existent toujours pas, les décisions de déplacement médical et les options diagnostiques et thérapeutiques proposées ne diffèrent grandement selon la spécialisation et la formation du régulateur recevant l'appel.

²⁶⁰ «La structure des révolutions scientifiques», Thomas S. Kuhn, p. 261 à 264, Postface à la nouvelle édition augmentée de 1970, Champs Flammarion, Paris, 1983.

De même qu'il n'y a pas d'algorithme neutre pour le choix d'une théorie, il n'y a pas de procédure systématique qui, appliquée à bon escient, doive conduire chaque individu du groupe à la même décision d'orientation.²⁶¹

Le caractère responsable - sous ses différents aspects - de l'exercice personnel du médecin constitue un facteur social essentiel. «La société ne saurait garantir à ses membres un droit à la bonne santé. Elle peut seulement organiser pour eux l'accès à des soins de qualité. Et peut-être cette qualité est-elle liée au sentiment conservé par les médecins qu'ils sont personnellement responsables de leurs actes».²⁶²

Seul un groupe homogène de praticiens libéraux et hospitaliers, tant dans leur formation, leur expérience ou leur pratique commune que dans le partage d'une même conception quant à la nature et la nécessité de répondre sans restriction aux demandes de recours urgents non programmés dans le cadre de l'Aide Médicale Permanente à la Population, est à même de limiter ce biais de sélection en légitimant l'existence d'une grille d'analyse précise afin de mettre en place un schéma décisionnel consensuel avec tous les effecteurs de la chaîne de soins au cours de la PDS de médecine générale.

III. Catégorisation des pathologies motivant un déplacement médical.

Afin de pouvoir réellement comparer et analyser notre activité avec différents types d'exercice, ou évaluer l'efficacité d'un système donné de fonctionnement de la PDS, il est absolument nécessaire que le «lexique» terminologique utilisé soit le même. Nous avons soulevé dans ce travail le problème de la catégorisation lexicale des affections ayant motivé nos déplacements médicaux. L'analyse des études disponibles dans la littérature nous a révélé le même type de problématique à savoir l'absence de catégorisation uniforme des motifs de déplacement par le biais de l'utilisation d'une grille unique de spécification des pathologies rencontrées.

²⁶¹ L'article 69 du Code de Déontologie Médicale (article R.4127-69 du Code de la Santé Publique) entérine d'ailleurs cette réalité de la subjectivité de la décision médicale lorsqu'il énonce : «L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.» Le caractère personnel de l'exercice médical et la notion de responsabilité sont donc intimement liés ; l'un ne se conçoit pas sans l'autre.

²⁶² «Aspects actuels ou méconnus de la responsabilité médicale», J.Savatier, Actes Colloque CERSAMS 1991 - 111.

Ainsi, dans la partie «Motifs de déplacements», nous avons précisé les catégories pathologiques sous lesquelles ont été regroupés les appels ayant motivé nos déplacements en tentant de les reformuler dans des catégories générales différentes afin que nous puissions tenter une comparaison avec d'autres études.²⁶³ En ce sens, la catégorisation utilisée en France par les spécialistes de l'urgence selon l'échelle CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences)²⁶⁴, comportant cinq classes selon la gravité de la pathologie rencontrée, constitue un large cadre fédérateur permettant *in fine* d'analyser des groupes cohérents de pathologies.

Il nous semble cependant que ce cadre soit trop général et devrait inciter à développer une classification plus fine des affections selon l'appareil au sein de ces catégories établies en fonction de la gravité de l'affection dans le cadre de la pratique spécifique de la médecine d'urgence durant les horaires de la permanence des soins.

B - SUIVI DES PATIENTS

I. Devenir de patients.

L'analyse plus fine de l'orientation des patients et de leur devenir après déplacement et examen médical au domicile n'a pu être possible faute de données hospitalières disponibles quant au trajet d'aval des malades après hospitalisation dans le service des urgences ou l'USIC de l'hôpital.

Sans compte-rendu systématique adressé par les services d'urgence et de soins intensifs de cardiologie, il est impossible de pouvoir analyser et évaluer en détail le parcours d'aval des patients que nous avons adressés à l'hôpital après réalisation au domicile d'un examen clinique, et éventuellement d'un ECG, et régulation tricéphale entre le médecin régulateur du SAMU, le médecin de l'UMSUD sur place et le médecin de l'unité d'accueil hospitalière. Cette régulation semble avoir évité l'écueil d'un biais de sélection quant au devenir des patients après examen médical au do-

²⁶³ Voir supra le problème de la définition et de la catégorisation de la notion de «Détresse».

²⁶⁴ La classification CCMU subdivise les patients en 5 classes selon l'appréciation subjective de l'état clinique initial. Les deux premières I et II incluent les malades dont l'état clinique est jugé stable, la classe III groupe les patients dont le pronostic vital n'est pas jugé engagé, les classes IV et V comprennent les malades dont le pronostic vital est jugé engagé.

micile puisque la décision finale reflète un consensus entre trois praticiens différents selon les horaires, les services et les jours de garde.

Les quelques compte-rendus disponibles ne nous ont pas permis d'obtenir une vision globale et fiable de la trajectoire hospitalière d'aval de ces patients dans le cadre d'une perspective holistique de fonctionnement de la PDS allant de la demande initiale du patient jusqu'à sa résolution finale qu'elle soit sous forme:

- d'hospitalisation - et si oui dans quelle unité,
- de transfert inter-hospitalier - et si oui par quel vecteur et vers quelle unité,
- de retour au domicile - et si oui par quel moyen et après quel type de soins,
- voire du décès du patient - et si oui pour quel motif et selon quel délai après la prise en charge au domicile.

Sans ces documents, nous n'avons pu corrélérer nos données quant à l'évolution des patients vus au domicile selon leur âge, le type d'affection ayant motivé le déplacement initial, la tranche horaire au sein de laquelle s'est effectué ce déplacement ainsi que l'origine géographique ou sociale de l'appelant.

L'établissement d'une grille de suivi s'avère donc indispensable afin de préciser les différentes trajectoires appliquées aux patients selon ces paramètres.

L'existence d'une structure spécifique en charge du suivi des patients vus dans le cadre de la PDS (recueil des comptes-rendus d'hospitalisation en accord avec les services hospitaliers d'accueil, analyse des flux d'aval intra ou extra-hospitaliers et délais éventuels, devenir des patients, etc) s'avère fondamentale afin de pouvoir affiner notre travail et renforcer l'efficacité du système que nous présentons malgré les résultats positifs, innovants et encourageants que nous publions en permettant la mise en place d'arbres décisionnels avec «feed-back négatif et positif».

Cette structure devrait être transversale c'est-à-dire intégrer les données de tous les effecteurs de la PDS : médecins effecteurs de l'UMSUD, médecin régulateur et permanenciers du SAMU et des Pompiers, services hospitaliers finaux en utilisant un

système de collection et d'analyse lexicale uniforme comme, par exemple, la classification GEMSA²⁶⁵, utilisée par la DREES.

II. Corellation entre la pathologie motivant un déplacement médical et le diagnostic médical final.

En l'absence de retour d'information sous forme de comptes-rendus d'hospitalisation, cette corellation a été impossible dans ce travail. Faute de ces données, nous n'avons pas souhaité intégrer dans ce travail, les données liées exclusivement aux patients laissés au domicile.

C - ANALYSE DES DONNEES

I. Série unique.

Bien que l'étude que nous présentons s'applique à 2 648 déplacements médicaux effectifs, nous avons bien conscience qu'elle ne représente en fait qu'un seul cas et qu'en l'occurrence les conclusions, projections et applications éventuelles qui pourraient en découler pâtiraient du caractère unique de ce travail.²⁶⁶

Néanmoins, c'est une étude qui, malgré certains biais que l'on peut légitimement relever, a le mérite d'exister en apportant des informations novatrices tout en osant formuler des propositions innovantes afin d'améliorer le fonctionnement de la PDS et l'offre de prise en charge des recours urgents non programmés pour l'ensemble de la population indifféremment de son âge, de son contexte social, de sa localisation géographique ou du contexte sociétal général.

II. Date de la série et cotation.

On pourrait reprocher que ce travail s'applique à des données datant de 2004 avec les cotations en vigueur à cette époque mais il nous a fallu un long travail de dé-

²⁶⁵ Acronyme du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil qui a mis au point cette classification avec la société française de réanimation et la SFMU, Société Française de Médecine d'Urgence. Cette classification distingue les patients selon leur mode d'accueil et de sortie aux urgences de l'hôpital, c'est-à-dire selon qu'il y a eu hospitalisation ou non suite au passage dans l'unité des urgences.

²⁶⁶ Alan F. Chalmers note qu'il n'y a pas eu besoin d'une troisième bombe atomique sur le Japon pour comprendre le caractère dévastateur de la puissance nucléaire sans que cela n'invalide pour autant la physique nucléaire en tant que science. «What is the Thing called Science ? An assessment of the Nature and Status of Science and its Methods», Univ. Of Queensland Press, St Lucia, Australia, 1976, Second edition, 1982, «Qu'est-ce que la science ? Popper, Khun, Lakatos, Feyerabend», Editions la Découverte, Paris, 1987.

pouillement, de sélection et d'analyse des données disponibles pour mener à bien cette étude.

Il faut cependant noter que les données démographiques utilisées afin de mettre notre travail en perspective datent de la publication exhaustive de 1999 et que les toutes récentes publications de l'INSEE en janvier 2009 quant au recensement de 2006 dénotent de faibles variations par rapport aux chiffres considérés.

De plus, l'analyse des rares articles de la littérature et des quelques rapports de synthèse relatifs à la PDS et ses dysfonctionnements, publiés tant au moment de notre étude que depuis cette date, notent une nette dégradation de la situation au cours des années tant sur le plan de la démographie médicale, que des évolutions sociétales ou de l'efficience, voire de l'existence, de la PDS.

La situation que nous avons révélée au cours de la réalisation de notre travail en 2004 s'est largement aggravée depuis cette date avec le désengagement de la médecine générale de la PDS et la disparition de la structure de l'UMSUD. Ainsi, en Dordogne, l'activité a explosé depuis que le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) de l'hôpital de Périgueux a récupéré la permanence des soins, le soir après 19 heures et les week-ends.

En 2008, le CRRA de Périgueux (qui rayonne sur tout le département) a enregistré une hausse d'activité de 24 %, soit un total de 525 000 appels, et 150 080 dossiers ont été traités. Un représentant des PARM du SAMU de Périgueux notait très récemment : « Nous avons beaucoup d'appels et nous devons faire comprendre que le Samu n'est pas le prolongement du cabinet médical »²⁶⁷.

Les données que nous présentons, ainsi que les conclusions que nous en extrayons, restent toujours d'actualité tout en exposant un instantané de la situation de la PDS en zone rurale ce qui, à notre sens, est tout à fait novateur.

²⁶⁷ Courrier adressé à Mme Bachelot, Ministre de la Santé, par la Commission PARM des SAMU de France le 2 novembre 2009 dans le cadre de la réforme de statut des PARM incluse dans la loi Hôpital.

D - BIAIS DE SELECTION

I. Spécificité de l'exercice professionnel.

On pourra bien évidemment objecter de la spécificité particulière du type d'exercice pratiqué par les deux médecins ayant collecté les données présentées. Mais c'est précisément le choix assumé de pratiquer la médecine d'urgence selon une modalité innovante qui a permis de recueillir ces données fondamentales tout en répondant aux attentes d'une population qu'il nous a ainsi été possible d'identifier et de soulager dans le cadre d'un système de prise en charge des soins en grande difficulté.

Ce choix nous a également donné l'opportunité de démontrer qu'il existe une autre manière de pratiquer la médecine d'urgence libérale au bénéfice des patients, du système hospitalier des urgences, de la communauté dans son ensemble, et des confrères dont les contraintes quotidiennes expliquent, en partie, le désengagement de la PDS.

De cette pratique particulière assumée, découle inévitablement un biais de sélection puisque notre disponibilité d'écoute et d'analyse ouvre inéluctablement vers une plus grande disponibilité de déplacement au domicile des patients ; n'étant pas contraints par la nécessité d'une pratique libérale le lendemain dans un cabinet médical.

Pour autant, nous avons exercé scrupuleusement les fonctions de régulation des appels en donnant des conseils médicaux ouverts avec proposition de réappel si besoin de la part des patients ou de nous-mêmes selon l'affection considérée, en réorientant l'appel vers le SAMU ou en nous déplaçant exclusivement selon les modalités décrites précédemment dans ce travail.

II. Subjectivité liée aux effecteurs de soins.

On ne peut nier l'existence d'un biais d'observation lié à notre expérience clinique, tant en France qu'à l'étranger, à notre formation universitaire dans divers services d'urgence, de réanimation médicale ou chirurgicale ainsi qu'au SAMU de Paris. Ces expériences diverses nous ont donné la maîtrise et le goût de certains gestes techniques (sutures, parages, débridages de plaie, mèches, extraction de corps étrangers, entre autres) ou diagnostiques plus spécifiques (ECG, examens neurologiques approfondis, situations d'urgences, etc) ce qui a contribué, sans nul doute, à orienter

nos décisions vers un déplacement médical suite à appel d'urgence alors que d'autres auraient adressé ces patients aux urgences ou fait appel aux ambulances de garde voire au SAMU.

L'expérience professionnelle des effecteurs de soins d'urgence joue donc comme biais de sélection et d'observation.

E - EVALUATION DES IMPACTS ECONOMIQUES ET LOGISTIQUES

Cette section spécifique de notre travail devra faire l'objet d'analyses et d'études spécifiques qui, à notre sens, font partie de l'Economie de la Santé. Le bilan coût-avantages que nous présentons, dans tous les aspects qui relèvent de l'intérêt général, plaide incontestablement en faveur du renforcement du système d'intervention au domicile que nous avons mis en œuvre. En tout cas, il s'oppose à toute approche doctrinaire que ce soit de la part des tenants du «Tout 15» avec la mobilisation systématique du SMUR et des équipes de régulation du Centre 15 ou, à l'opposé, de ceux qui préconisent le déplacement systématique du patient en faisant fi du motif de l'appel ou des conditions matérielles.

Nous présentons, et mettons en perspective, les données les plus pertinentes de notre travail en les comparant avec les chiffres de l'URCAM de la Région Aquitaine et certains éléments de la littérature.

Il existe peu de données fiables concernant l'impact économique du déplacement et de l'expertise médicale alors que des centaines de millions d'Euros ont déjà été dépensés depuis des années, tant pour la PDS que les maisons médicales de garde, pour un résultat que toutes les études jugent pour le moins faible et peu lisible. C'est tout un travail qui reste à produire auquel nous apportons notre pierre.

CONCLUSIONS

Nous sommes très attachés à pérenniser la morale et l'éthique d'une médecine accessible à tous les patients quelle que soit leur origine sociale, leur lieu de résidence et l'heure de leur demande de soins. Nous avons démontré la dangerosité et la fausseté des assertions prétendant que tout patient peut et doit se déplacer, ou l'inexactitude des certaines revendications catégorielles affirmant que le système de visites à domicile serait une «exception française» pour une activité négligeable durant la période de nuit.

La visite médicale à domicile après régulation préalable au cours de la permanence des soins est une véritable médecine de proximité, indispensable et nécessaire, dont le plus large développement doit être favorisé au bénéfice des patients dans le cadre du maintien de ces derniers au domicile, du service d'Aide Médicale Permanente à la Population et de la pérennisation d'un tissu social vivant au sein de zones rurales et semi-rurales tout en s'inscrivant dans le cadre d'une meilleure efficacité de la gestion économique de l'urgence et du système de santé.

Grâce aux données que nous présentons, nous pouvons affirmer que la visite et l'expertise médicale au domicile au cours des horaires de la permanence des soins représente l'expression d'une médecine à la portée de tous qui reste la seule prise en charge adaptée de l'urgence pour une partie sans cesse croissante de la population incluant tant les jeunes enfants que les personnes âgées vivant seules, avec une subséquente précarité médicale accrue, ou en maison de retraite. L'évolution de la société et de la pyramide des âges rendent d'ores et déjà incontournable la prise en compte de ce phénomène et la mise en place rapide de nouvelles alternatives innovantes de gestion des demandes de recours urgents pendant la PDS compte tenu des carences du système actuel.

Il est fondamental de conserver et de promouvoir l'expertise médicale sur le lieu de détresse, au lit du malade, non seulement pour des motifs humains bien compréhensibles, mais également en raison des implications économiques considérables liées à une structure efficiente, rapide et viable, aux coûts directs et indirects infiniment moins élevés pour la collectivité. Cette structure extrêmement réactive permet de régulariser le fonctionnement logistique de toute la chaîne de gestion de l'urgence en optimisant la mobilisation des équipes techniques selon la gravité des pathologies identifiées au domicile mais également d'alléger les flux d'amont vers les services d'urgence des hôpitaux.

➤ IDENTIFICATION DES APPELANTS

Notre travail permet de spécifier la typologie démographique des appelants (dont 50% ont moins de 16 ans ou plus de 70 ans) ainsi que leur typologie sociale (la part de patients avec CMU est près de 2 fois supérieure à celle du médecin référentiel région et celle consacrée aux patients en ALD 1,5 plus élevée).

Nous démontrons que, face à un processus démographique migratoire centrifuge aboutissant à un éloignement de l'offre de soins de proximité des habitants, les conséquences sont d'autant plus manifestes, au cours de la permanence des soins, qu'elles affectent des populations fragilisées socialement et médicalement, précarisées et isolées, principalement, mais non exclusivement, composées de personnes âgées ou de familles monoparentales avec enfants.

Ces phénomènes intriqués justifient la nécessité de mettre en place et de développer des systèmes médicaux centrifuges fiables se rendant au chevet des patients plutôt que des structures exclusivement centripètes de type maisons médicales de garde obligeant les patients à se déplacer et dont l'efficacité est notoirement aléatoire.

Notre travail permet également de spécifier que le nombre de déplacements médicaux pour 1 000 habitants est l'indicateur le plus fiable pour évaluer la demande réelle de déplacements médicaux au sein d'une zone d'activité mixte en mettant en évidence un taux moyen «incompressible» de 38 visites annuelles pour 1 000 habitants quel que soit le type, la taille ou la superficie de la commune considérée.

Notre étude démontre que ce n'est pas l'éloignement du service d'urgence central du dispositif de soins qui conditionne la plus ou moins grande consommation de soins d'urgence sur le secteur géographique donné.

➤ NATURE, ORIGINE ET NOMBRE DES APPELS

Compte tenu de la typologie, du nombre et du degré de gravité des affections rencontrées, ainsi que de leur répartition au long des périodes de la permanence des soins, il est indispensable que soient développées et promues des structures médicales mobile fiables, rapidement réactives, pérennes et viables.

Plus du quart de nos déplacements est dédié à des situations de détresse tandis qu'un autre quart se consacre à la résolution de pathologies douloureuses aiguës. Les déplacements durant la nuit sont près de deux fois plus nombreux que pendant la période de jour ; cette dernière ne représentant que 39% de l'activité annuelle totale.

Nous démontrons une évolution vers l'aggravation des pathologies au cours des plages horaires de la PDS, à mesure que l'on aborde la période de nuit profonde, avec :

- Une très importante diminution de la part d'activité consacrée aux visites simples parallèlement à
- Une acutisation des affections avec la réalisation d'actes plus techniques (cotations K, ECG), révélateurs d'une typologie pathologique plus sévère.

Ainsi, près de 85% des ECG sont réalisés au domicile pendant la période de nuit, dont près de 60% durant la période de nuit profonde. Ces données corroborent les propos du Dr Goldstein, directeur du SAMU de Lille, précisant que, dans la tranche 19 heures à 7 heures du matin, 70 % des arrivées ont lieu entre 19 heures et minuit et 30 % entre minuit et 7 heures. Arrivent aux urgences aussi bien les grands malades que les autres.²⁶⁸

Nous affirmons, grâce à une analyse quantitative et qualitative nouvelle de la nature des appels, que la période de nuit profonde est une période critique quant à la gravité des affections faisant l'objet de demandes de recours urgents puisque la part respective d'ECG réalisés au domicile au cours de cette période augmente de 137% par rapport à la période de début de nuit.

Nous démontrons que, compte tenu de la typologie pathologique et de sa gradation au cours de la nuit, il est impératif qu'existe et soit maintenue une permanence des soins réelle, fiable et efficace durant le période de nuit profonde avec des structures spécifiquement dédiées au déplacement et à l'expertise médicale à domicile.

²⁶⁸ Colombier G. ; *La prise en charge des urgences médicales* ; Rapport de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales ; N° 3672 ; Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 février 2007. 581 pages.

La période de nuit profonde n'est donc pas la période largement décrite, à tort, pendant laquelle les besoins médicaux des patients s'arrêtent.

➤ ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

L'étude de nos déplacements à domicile nous permet d'évaluer l'importance de la présence et de l'expertise d'un médecin au domicile durant la PDS dans le processus d'orientation ultérieure des patients et d'optimisation du fonctionnement des structures opérationnelles disponibles.

Près de 85% des patients vus au domicile sont laissés sur place après un examen médical approfondi ; la présence d'un médecin au domicile permettant d'orienter les quelques 15% de patients hospitalisés de manière argumentée vers l'unité hospitalière d'accueil pertinente avec l'accord du médecin responsable. Aucun malade n'est adressé à l'hôpital sans examen clinique, sans courrier, ni accord préalable.

La régulation tricéphale de l'orientation des malades (médecin sur place, médecin du SAMU et médecin de l'unité d'accueil) permet un désengorgement des flux en amont des urgences et une diminution des temps de prise en charge des patients.

Deux pour cent des déplacements médicaux donnent lieu à la réalisation d'un geste technique initial de type petite chirurgie évitant ainsi le déplacement vers les urgences.

La moitié des ECG pratiqués au domicile aboutissent à l'hospitalisation du patient directement dans l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie de l'hôpital soit 20% de tous les malades hospitalisés après déplacement au domicile ; les 80% restants étant adressés aux urgences de l'hôpital.

Notre approche médicale étant basée sur la prise en charge intégrée du patient avec la garantie de l'accès aux soins quelle que soit l'heure de son appel, il est légitime d'envisager l'amélioration de la qualité du service médical rendu, dès le domicile, en développant des systèmes de télétransmission de données vers les services d'accueil (notamment pour les ECG), comme en Norvège, afin d'améliorer l'efficacité de la démarche diagnostique et de l'orientation thérapeutique des patients.

➤ ORIENTATION ET DEPLOIEMENT OPTIMAL DES MOYENS OPERATIONNELS

La gestion de l'orientation des patients dès le domicile permet l'optimisation de la logistique opérationnelle disponible et son déploiement au cours de la PDS.

Près des trois quarts de l'activité du SAMU, dans le cadre de la PDS, est consacrée au transport des patients vers l'USIC. Seuls 30% de son activité sont orientés vers les urgences alors que, dans le même temps, les ambulances du pool de garde consacrent 80% de leur activité au transport des patients, vus au domicile par un médecin de l'UMSUD, vers les urgences de l'hôpital.

Le transfert d'appels régulés par le SAMU vers notre structure contribue à cette réorientation notamment dans le cadre de l'établissement de certificats médico-légaux ou de réalisation de visites au cours de gardes à vue.

Au total, nous démontrons que l'existence d'un système fiable de prise en charge des recours urgents, dans le cadre de la permanence des soins, permet de redéployer le SAMU et les ambulances privées vers leurs missions propres en optimisant leur mobilisation selon la typologie et le degré de gravité de la pathologie identifiée au domicile par le médecin de l'UMSUD.

Ce système permet également de fluidifier toute la chaîne de prise en charge médicale des patients, dès le domicile :

- En régulant à la fois le flux d'amont vers les urgences
- En soulageant les services hospitaliers des contraintes et problèmes liés à la gestion d'aval des patients en réduisant le nombre d'admissions aux urgences tout en réorientant ces dernières vers ses missions propres par la sélection préhospitalière des pathologies dont elle aura la charge.

➤ CONSEQUENCES ECONOMIQUES

Les conclusions précédentes liées à l'optimisation du déploiement des moyens logistiques opérationnels disponibles au cours de la permanence des soins ne sont pas sans conséquences économiques si l'on met en perspective les coûts liés au dépla-

cement d'un médecin par rapport à ceux d'une équipe du SAMU ; qui, en outre, n'est plus disponible pour d'autres interventions dès lors qu'elle est engagée ailleurs.

On ne peut éluder la différence de coût pour la collectivité entre la mobilisation d'un médecin au domicile du patient au cours de la permanence des soins, incluant le montant de l'astreinte et celui de la visite avec d'éventuelles adjonctions en rapport avec les actes ou gestes techniques pratiqués selon la codification en vigueur, et le coût d'une hospitalisation aux urgences.^{269,270}

Une structure de prise en charge des urgences au cours de la PDS telle que nous la présentons permet l'hospitalisation, après expertise médicale approfondie au domicile, de seulement 15% des patients dans le cadre de recours urgents après accord de l'unité hospitalière d'accueil. Il favorise, de fait, la considérable réduction des coûts afférents, au bénéfice de l'ensemble de la communauté²⁷¹.

Le 16 janvier 2007, Mr Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, a souligné que l'intervention de structures de type SOS Médecins n'est pas plus coûteuse que celle des autres effecteurs²⁷².

Cela rejoint les résultats d'une étude récente réalisée en février 2006 par AREMIS pour l'URCAM Ile de France comparant les coûts de revient d'une intervention de permanence des soins pour chacun de ces effecteurs.

Cette étude démontre que :

- ❖ Un examen aux urgences de l'hôpital coûte 104,01 € ;
- ❖ Un acte effectué dans une maison médicale de garde, du fait de coûts de fonctionnement importants, coûte de 70 à 120 € ;

²⁶⁹ La Cour des Comptes note : «La complexité du système tarifaire et l'éclatement du paiement des urgences entre plusieurs modalités de prise en charge, sans relation entre elles, ne facilite ni la maîtrise par les établissements, ni la connaissance a posteriori des coûts réels». p. 335, op. cité.

²⁷⁰ Le coût de la prise en charge des urgences a été estimé par la DHOS à près de 3,1 Md€ en 2004 pour les seuls services d'urgence publics décomposé en 2,3 Md€ pour les services d'accueil et de traitement des urgences, 171 Md€ pour les SAMU et 530 Md€ pour les SMUR terrestres et hélicoptés.

²⁷¹ SOS Médecins hospitalise 7% des patients vus à domicile mais ne réalise que 2% d'ECG au domicile.

²⁷² Colombier G. ; *La prise en charge des urgences médicales* ; Rapport de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales ; N° 3672 ; Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 février 2007. pp 538-549.

- ❖ Une intervention du SMUR coûte 189,60 €, plus l'examen aux urgences ;
- ❖ Une intervention des pompiers coûte 90 € pour une carence d'ambulance, plus 104 € pour un examen aux urgences ;
- ❖ Un appel direct à une ambulance coûte 210,27 €, plus l'examen aux urgences ;
- ❖ Une intervention de type SOS Médecins coûte autour de 59,83 € en moyenne pour un acte effectué dans des zones exclusivement urbaines ;
- ❖ Une intervention de l'UMSUD pour une visite médicale simple coûte en moyenne 52,40 € dans des zones rurales ou péri-urbaines ;
- ❖ Une intervention effectuée par l'UMSUD (incluant des visites simples, des visites avec établissement de cotation d'urgence K et des visites avec réalisation d'un ECG au domicile) coûte en moyenne autour de 64,19 € en tenant compte des indemnités kilométriques pour des interventions en zone rurale ou péri-urbaine.
- ❖ Au cours de la période de jour (entre 8 heures et 20 heures) tout acte confondu, le coût moyen d'un acte par l'UMSUD est de 51,79 € ;
- ❖ Au cours de la première partie de nuit (entre 20 heures et minuit et entre 6 heures et 8 heures) tout acte confondu, le coût moyen d'un acte par l'UMSUD est de 70,26 € ;
- ❖ Au cours de la période de nuit profonde (entre minuit et 6 heures) tout acte confondu, le coût moyen d'un acte par l'UMSUD est de 75,39 € alors que 50 % de l'activité est représentée par des visites avec cotation K ou réalisation d'ECG.

Le coût pour la collectivité de notre structure incluant coût de fonctionnement et coût de structure est beaucoup plus faible que tous les autres dispositifs existant que ce soient les maisons médicales de garde ou les urgences hospitalières notamment. Il est très inférieur au cumul ambulance + urgences hospitalières ou passage vers une aléatoire maison médicale de garde.

La visite médicale au domicile au cours de la PDS, dont les résultats sont décrits dans ce travail, représente donc le coût le plus bas pour la garantie médicale la plus élevée puisqu'elle résulte de l'expertise médicale d'un praticien dûment formé et équipé se rendant au chevet du patient.

Cette grande disparité de coûts en faveur des interventions médicales à domicile met en exergue la nécessité de communiquer sur la gradation dans l'utilisation des ef-

fecteurs opérationnels (SMUR, Pompiers, ambulances privées) avec l'intégration du coût humain et économique des externalités liés aux problèmes de sécurité ou de déplacement nocturne pour les patients, entre autres.

Le rapport Grall avait noté, concernant la PDS, que «les bénéfices attendus (désengorgement des urgences hospitalières, service médical rendu à la population, coût pour la collectivité) de la bonne marche de ce dispositif, là où il est en place, sont encore incertains».

Notre travail apporte la démonstration claire qu'existent, en zone rurale, des alternatives ayant déjà fait leurs preuves, sans aucun financement institutionnel (FAQSV), et qui vont dans le sens des souhaits émis tant par la Cour des Comptes que l'IGAS, l'IGA ou d'autres instances administratives et gouvernementales qui cherchent à promouvoir des solutions plus adaptées aux besoins réels de la population.

Nous pensons avoir contribué à mieux définir et mettre en perspective les besoins de la population dans le cadre de demandes urgentes au cours de la permanence des soins comme la Cour des Comptes l'avait appelé de ses vœux dans son rapport de 2006.²⁷³

Notre étude permet pour la première fois d'évaluer les impacts économiques, logistiques et médicaux d'une structure permanente, fiable, viable et efficace sur le recours à l'hôpital dans le cadre de la PDS.



L'émergence de crises sanitaires récentes comme le SRAS, la grippe aviaire ou la grippe H₁N₁, rend d'autant plus pertinentes la création et la généralisation de telles structures que ces dernières permettent, outre le service rendu à la population, d'éviter la concentration, et la dissémination ultérieure inévitable des vecteurs de maladie, porteurs sains ou malades, confinés dans les salles d'attente ou les services d'urgence des hôpitaux, puisque c'est un effecteur médical unique qui se rend chez le patient.

²⁷³ «Les études disponibles sur les comportements des patients et les motifs de leurs recours aux services d'urgence sont partielles et nécessiteraient d'être plus régulièrement actualisées». p. 317, op. cité.

En terme pratique, mais aussi économique, la généralisation de structures spécifiquement dévolues aux recours urgents non programmés dans le cadre de la permanence des soins, est de toute première importance car ce sont des structures opérationnelles réactives, directement mobilisables dans le cadre d'épidémies ou de pandémies telles qu'évoquées précédemment. Il est dès lors nettement moins onéreux de vacciner le seul praticien se rendant au domicile, bien informé des mesures de protection et d'hygiène requises, afin d'éviter la propagation de l'infection, que la totalité d'une population dont le ciblage reste sujet à controverse (sujets à risques, personnes âgées, sujets contaminants actifs ?).²⁷⁴

Ce type de pratique médicale spécifique est également en phase avec les souhaits exprimés par le corps médical, tant féminin que masculin, quant à la recherche d'une meilleure qualité de vie personnelle et d'exercice professionnel. Le temps disponible pour chaque patient, dans l'étude que nous présentons, permet une écoute qu'une pratique libérale en cabinet n'offre malheureusement plus.

La sécurité ressentie par les patients, conséquence de l'existence d'un système fiable de prise en charge des recours urgents non programmés au cours des horaires de la PDS, permet une temporisation des rapports humains qui, de fait, réduit l'agressivité au cours de la garde évoquée par certains lors d'études antérieures.

Pour notre part, nous n'avons eu à subir aucune agression tant verbale que physique au cours de la durée de cette étude. Aucun sentiment d'insécurité n'a été ressenti au cours de ce travail et nous n'avons jamais fait appel à l'accompagnement des autorités de police pour quelque intervention que ce soit, qu'elles qu'aient pu en être la nature ou le contexte alors qu'un des praticiens ayant contribué à cette étude était une femme.

Cette activité est de nature à séduire certains praticiens quelque peu «consummés»²⁷⁵ par une activité quotidienne harassante qui arrêtent leur activité libérale pour devenir

²⁷⁴ «Optimizing Influenza Vaccine Distribution», J. Medlock, A. P. Galvani, *Epidemiology and Public Health*, Yale University School of Medicine, Scienceexpress, www.sciencexpress.org, 9 pages, 10.1126, Science, 1175570, 20 august 2009.

²⁷⁵ Au sens de «burn out».

remplaçants.²⁷⁶ La pratique décrite ici n'est pas physiologiquement compatible avec un exercice quotidien tout au long de l'année. Elle est par contre parfaitement réalisable sous la forme de périodes d'une semaine d'activité de nuit alternant avec une semaine de repos.

Nous démontrons que deux médecins seulement ne se consacrant qu'à la permanence des soins, selon une activité à mi-temps, sont à même de prendre en charge un secteur de près de 70 000 habitants en zone mixte rurale et péri-urbaine avec une densité de peuplement plus de deux fois et demi supérieure celle de la moyenne des secteurs de garde en France Métropolitaine et une forte population âgée isolée²⁷⁷.

Cette notion est à rapprocher de celle présentée dans le rapport IGAS/IGA qui cite des données fournies par la CNAMTS selon lesquelles les associations SOS Médecins, qui ne regroupent que 3 % des effectifs de médecins, ont pris en charge, en 2004, 38,5 % des visites à domicile en début et fin de nuit (20h - 0h et 6h - 8h), 43,6 % des visites en milieu de nuit (0h - 6h) et 28,7 % des visites de dimanches et jours fériés.

Pour ces motifs, il nous semble indispensable de promouvoir une réponse médicale libérale aux demandes de soins urgents non programmés en mettant en place des structures médicales professionnalisées, telles que celle dont nous présentons les résultats, agissant en parfaite coordination avec les unités hospitalières d'accueil tout en souscrivant aux trois impératifs présentés par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) : la proximité, la qualité et la sécurité des soins.

Le niveau de qualification de l'équipe médicale en charge de la permanence des soins est un facteur déterminant, si ce n'est le facteur déterminant : «plus il est élevé, plus le temps de prise en charge est réduit, plus l'orientation diagnostique et thérapeutique est précise et plus son coût diminue». Pour ce faire, une nécessaire adaptation de la forma-

²⁷⁶ Vers 49 ans, selon les données récentes publiées dans l'«Atlas de la Démographie Médicale - Situation au 1^{er} janvier 2009», Dirigé par M. Legmann, I. Kahn-Bertrand et P. Romestang, CNOM, Paris, 9 juin 2009.

²⁷⁷ L'analyse du devenir des personnes âgées confirme l'idée que l'âge ne devrait pas influencer la décision médicale et le degré de médicalisation préhospitalière. C. Leroy, A. Ricard-Hibon ; *Prise en charge préhospitalière médicalisée des personnes âgées* ; Annales françaises d'anesthésie et de réanimation ; Volume 22, numéro 3 ; pages 183-188 (mars 2003).

tion universitaire à l'urgence, tant hospitalière que libérale à domicile, est fondamentale afin d'être parfaitement adaptée à la pratique spécifique de ce mode d'exercice.

Cette dernière devrait être introduite précocément dans le cursus sous la forme de stages pratiques et de gardes dans les permanences des centres 15 ou les associations de type SOS Médecins et de formations théoriques spécialisées. Cette reconnaissance universitaire devrait être accompagnée de la création d'un véritable statut administratif afin de pouvoir mener à bien des études en collaboration avec d'autres unités de recherche notamment en économie de la santé ou en gériatrie par exemple. N'omettons pas l'apport irremplaçable des informations recueillies en terme d'analyse épidémiologique par des structures telles celle dont nous présentons les résultats ou SOS Médecins.

Mettre en place des politiques de santé cohérentes et des structures efficaces de gestion de l'urgence n'est concevable qu'avec une connaissance préalable des caractéristiques médicales de la population mais également de la nature de ses besoins. Ce n'est qu'après analyse de ces données et la définition des structures opérationnelles subséquentes que l'obtention et le déploiement des cadres budgétaires *ad hoc* est fondée.

Notre travail démontre que la disponibilité des effecteurs de la PDS, et leur subséquente réactivité, doit être absolue afin de réduire les temps d'intervention et donner les meilleures chances aux patients. Pour ce faire, les praticiens urgentistes impliqués se doivent de ne se consacrer qu'à la permanence des soins et à elle seule, hors de toute pratique libérale diurne en cabinet. Cela permet de réduire la multiplicité des intervenants dans le cadre de la PDS, de simplifier le dispositif en en améliorant la lisibilité pour les patients et recentrer les médecins généralistes installés sur leur exercice spécifique en les écartant enfin de ce que nombre d'entre eux perçoivent comme une contrainte²⁷⁸.

Cette exclusivité d'exercice ne peut se concevoir que grâce à la mise en place d'un cadre budgétaire pérenne, fondé, sur une rémunération basée sur le paiement à l'acte ex-

²⁷⁸ De nouveaux types d'installation en cabinet de groupe sont envisageables avec, sous forme de roulement hebdomadaire, un praticien effectuant toute l'activité de visites à domicile et d'appels urgents non programmés au cours des horaires d'ouverture du cabinet, et l'autre collègue associé restant en charge de l'activité exclusive de consultations programmées au cabinet médical.

Cette nouvelle organisation, de type transversal, sort du cadre habituel des cabinets de groupe où chaque praticien est en charge de sa patientèle selon un mode horizontal, dans un même lieu d'exercice, mais il est en conformité avec les nouvelles aspirations des jeunes médecins et l'évolution sociétale vers une féminisation de ce corps professionnel.

clusif permettant une correspondance avec les rémunérations moyennes d'autres praticiens. La réduction des admissions aux urgences et le service rendu à la population devront être pris en considération dans l'évaluation économique de ce nouveau modèle de prise en charge des recours urgents durant la PDS.

Le rapport IGAS/IGA de 2006 propose d'ailleurs dans ses conclusions de favoriser le paiement à l'acte au cours de la PDS par rapport aux systèmes forfaitisés pour lesquels les actes réellement pratiqués en contrepartie du forfait de l'astreinte sont non évalués, voire inexistants dans le cas de certains secteurs ou de maisons médicales de garde qui ferment parfois à 23 heures !

Les tarifications appliquées à la permanence des soins tant au niveau des actes que de la rémunération de l'astreinte permettent une pratique à mi-temps procurant des revenus décents. De nouvelles pistes tarifaires pourraient être envisagées²⁷⁹ à l'avenir pour peu que le service rendu à la société soit évalué sérieusement tant au niveau de sa viabilité, de son effectivité, de sa fiabilité que de ses coûts, comme ce que nous présentons dans ce travail.

Persiste la question de comment évaluer le coût sanitaire et social de l'attente, de l'incertitude et du risque médical pour le patient et sa famille ? N'oublions pas, en outre, que le déplacement du praticien au chevet du malade constitue la garantie juridique de la qualification de l'urgence, sans laquelle la responsabilité des centres d'appels est accrue.

Ce n'est qu'en «professionnalisant» la PDS, en lui procurant un cadre réglementaire, budgétaire, juridique, universitaire et statutaire spécifique, que l'on parviendra à consolider et pérenniser véritablement cette organisation vitale, notamment pour les plus faibles et les plus fragilisés de notre société.

²⁷⁹ «Un nécessaire changement de paradigme. Préconisations pour une réponse efficiente et adaptée à la demande non-programmée de soins et d'avis médical. Préconisations pour un dispositif d'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP) fiable, pérenne et lisible.», J-Y Grall, Paris, Août 2007.

La façon dont nous opérons est au moins aussi importante que la prestation que nous apportons. Peut-être plus même, car c'est de cette prise en compte décente des réalités vécues par les patients que dépend le respect de la dignité de la personne²⁸⁰.

La visite médicale à domicile au cours de la permanence des soins offre l'unique réponse possible pour maintenir un minimum de contacts avec la population générale, surtout les personnes âgées, les handicapés et les citoyens en situation précaire en leur offrant l'expertise clinique et l'écoute que requiert l'affection dont ils souffrent.

C'est également la seule alternative économiquement viable, modulaire et adaptable aux changements démographiques, sociétaux et catégoriels dans une société équitable et juste.

«Il serait en effet inadmissible de ne pas garantir, à chaque citoyen, en tout point du territoire, une égalité de chances face à une urgence vitale et/ou fonctionnelle.»²⁸¹

«Il faut profiter de l'occasion de «porter secours» avant qu'elle n'échappe
et on sauvera ainsi le malade pour avoir su en profiter»

Hippocrate de Cos²⁸²



²⁸⁰ «La personne malade a droit au respect de sa dignité.» Article L1110-2. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002.

²⁸¹ «Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins», Rédigé par P. Coriat, Président, F. Braun, J.-P. Genet, P. Goldstein, A. Nazac, B. Pol, J. Remond, Mai 2008.

²⁸² Touwaide A. ; Recherches récentes sur Hippocrate et le Corpus hippocraticum - Recent Researches on Hippocrate and the Corpus Hippocraticum ; ISSN 0394-7394 ; 1994, vol. 9 ; n°1 ; pp. 305-319.

PROPOSITIONS

1. Promouvoir et développer dans les zones rurales des unités centrifuges de déplacement médical libéral au domicile après régulation en fonction de la pertinence de la demande :
 - ✓ Disponibles 24 heures sur 24 et 365 jours par an.
 - ✓ Constituées de médecins urgentistes n'ayant pas de cabinet personnel ce qui garantit une expertise, une fiabilité et une motivation sans faille au cours de la permanence des soins.
2. «Professionnaliser» la Permanence Des Soins en lui procurant un cadre réglementaire, budgétaire, juridique, universitaire et statutaire spécifique.
3. Savoir que :
 - ✓ Les demandes de recours urgents de la population ne s'arrêtent pas au cours de la période de nuit profonde.
 - ✓ Les pathologies au cours de la période de nuit profonde sont plus «lourdes» que celle de début de soirée et de journée.
 - ✓ Ce n'est pas l'éloignement du service d'urgence central du dispositif de soins qui conditionne la plus ou moins grande consommation de soins d'urgence sur un secteur géographique donné.
 - ✓ La typologie des appelants (jeunes enfants, personnes âgées dépendantes ou non) jointe à la très grande précarité et à l'éloignement des centres urbains requiert la mise en place de structures d'expertise médicale mobiles.
 - ✓ La visite médicale au domicile au cours de la PDS représente le coût le plus bas pour la garantie médicale la plus élevée car elle résulte de l'expertise médicale d'un praticien dûment formé et équipé se rendant au chevet du patient.
4. Repenser le dispositif des maisons médicales de garde aléatoires centripètes au profit de structures libérales de déplacement médical rapide vers le patient.
5. Mettre en place des unités d'étude et de recherche universitaires spécialement dédiées à l'analyse des problématiques humaines, sociales, cliniques et économique liées à la permanence des soins ainsi qu'à l'évaluation du service rendu au patient et à la collectivité.

BIBLIOGRAPHIE

RAPPORTS

1. Boënnec P. ; *Rapport d'information sur la permanence des soins* ; Délégation à l'Aménagement et au Développement Durable du Territoire déposé à la Présidence de l'Assemblée nationale ; N° 1205 ; 21 octobre 2008. *Très pertinent.*
2. Grall J.Y. ; *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins* ; Rapport remis au Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; août 2007, 28 pages. *Un travail innovant et courageux. Très intéressantes propositions pour l'avenir dont certaines ont déjà été testées dans notre travail.*
3. Blanchard P., Dupont M., Ollivier R., et al. *Evaluation du nouveau dispositif de permanence de soins en ambulatoire* ; IGAS - Rapport n° 2006 029, IGA - Rapport n° 06-007-02 ; Mars 2006. *Malheureusement explicite et toujours d'actualité.*
4. Coriat P., Braun F., Genet J.-P. and al.; *Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins* ; Mai 2008.
5. Steg A. ; *L'urgence à l'hôpital* ; Rapport de la section des affaires sociales du Conseil Economique et Social ;1989. *Bien qu'ancien, reste d'actualité.*
6. Steg A. ; *La médicalisation des urgences* ; Rapport de la Commission Nationale de Restructuration des Urgences ; 1993 ; 180 pages.
7. Daniel C., Delpal B., Lannelongue C. ; *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)* ; Inspection Générales des Affaires Sociales - Rapport n° 2006-022 ; Mai 2006. *Analyse pertinente mais ne porte que sur 14 départements. Conclusions intéressantes, peu d'alternatives nouvelles dans le cadre de la PDS.*
8. *Evaluation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)* - Eurecal C 3 E - 2005.
9. Descours C. ; *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins* ; Rapport au ministre de la Santé ; 22 janvier 2003. *Une idée historique des fondements de la réflexion sur la PDS.*
10. Cour des Comptes ; *Les urgences médicales : constats et évolution récente* ; Paris, 2006. 612 pages. *Passionnant mais n'étudie que peu la partie préhospitalière et le problème de la PDS.*
11. ORU-MIP ; *Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville* ; URML Midi-Pyré-

- nées, DEESSE Toulouse, ORS-MIP, octobre 2004. Intéressant mais effleure le problème de la PDS. *Excellente analyse du rôle et des limites des MMG.*
12. ORU-MIP ; *Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées* ; Section 1/7 ; 2006 ; 145 pages. *Approfondi, le travail le plus poussé à ce jour mais se focalise sur les MMG en évitant d'aborder plus avant la PDS.*
 13. *Citoyenneté et services aux personnes vieillissantes* ; Séminaires Villes et Vieillir ; 7-8 juillet 2004 ; Saint-Denis ; La documentation française ; Collection Villes et société ; 2004 ; 125 pages. *Passionnant, de vraies questions de fond y sont abordées sans esprit partisan.*
 14. Berland Y. ; *Rapport de la commission nationale sur la démographie médicale* ; Paris ; Mai 2005. *De graves questions sur le futur de la profession, faible analyse de fond.*
 15. Attal-Toubert K., Vanderschelden M., *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales* ; Etudes et résultats DREES ; n° 679 ; Février 2009. *Travail très fouillé, on peut lui reprocher l'absence de propositions.*
 16. Carton M., Cerruti F., Le Guern H. ; *Féminisation et exercice médical, apports et conséquences* ; Conseil National de l'Ordre des Médecins ; Paris ; Juin 2000 ; 26 pages. *Prémonitoire.*
 17. Carton M., Cerruti F., Le Guern H. ; *L'exercice médical à l'horizon 2020* ; Conseil National de l'Ordre des Médecins ; Paris ; Juin 2000 ; 44 pages. *Belle étude prospective.*
 18. Degorre A., Redor P. ; *Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 - Les départements du Sud et du littoral atlantique gagnants au jeu des migrations internes* ; INSEE Première N° 1116 ; janvier 2007 ; 12 pages.
 19. *Villes et Vieillir* ; La documentation française, Collection Villes et société ; Paris ; 2004 ; 145 pages. *Très intéressante étude sur les conditions de vieillissement urbain.*
 20. Godet M., Mousli M. ; *Vieillissement, activités et territoires à l'horizon 2030* ; Conseil d'analyse économique, © La Documentation française. - ISBN : 2-11-00xxx-x ; Paris ; 2006. *Captivante étude portant sur les perspectives économiques.*
 21. Autiès M. ; *La santé des habitants : Un enjeu permanent pour le Nord-Pas-de-Calais 2004-2010* ; Conseil Général Nord-Pas-de-Calais ; 10 février 2006 ; 24 pages.

22. Morel B., Redor P. ; *Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005 - La croissance démographique s'étend toujours plus loin des villes* ; INSEE Première n° 1058 ; janvier 2006 ; 18 pages. *Très intéressante étude sur les phénomènes migratoires démographiques.*
23. *Citoyenneté et services aux personnes vieillissantes - Une vieillesse de plus en plus plurielle* ; Séminaire de Saint-Denis ; 7-8 juillet 2004. *Passionnant, très utile.*
24. *Calculs «Geste»*, Commissariat général du Plan, 2004. 234 pages.
25. Daniel C., Delpal B., Lannelongue C. ; *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)* ; IGAS ; Résumé du rapport n° 2006 022 ; Paris ; mai 2006 ; 34 pages.
26. *Bilan d'évaluation de la permanence de soins en médecine ambulatoire* ; MIIRCE - 30 juin 2004, 164 pages. *Intéressante étude à mettre en parallèle avec notre travail.*
27. *Rapports n° 2005-176, 2005-181, 2005-182, 2005-202, 2005-005 sur les régions Bourgogne, Champagne Ardennes, Haute Normandie, Provence Alpes Côte d'Azur, Rhône Alpes* ; Inspection Générale des Affaires Sociales ; 2005.
28. *Principales cotations en médecine générale* ; NGAP ; 2006 ; mise à jour 30 avril 2009.
29. *Données en date de remboursement extraites du SNIIR-AM et d'Erasmus V1* ; Eclairage Maladie ; juillet 2007 ; p.139
30. *Situation au 1er février 2006 concernant les astreintes médicales en 2005*. Source CNAMTS.
31. *Décision de la commission du 20 juin 2008 modifiant la décision 2004/858/CE aux fins de transformer l'«Agence exécutive pour le programme de santé publique» en «Agence exécutive pour la santé et les consommateurs ; (2008/544/CE)*, Journal officiel de l'Union européenne L 173/27 ; Bruxelles ; 3 juillet 2008. *Edifiant quant à la marchandisation de la santé !*
32. *Indices et séries statistiques* ; rubrique Démographie. <http://www.insee.fr>
33. *La France en faits et chiffres* ; rubrique Population. <http://www.insee.fr>
34. *La région en faits et chiffres* ; rubrique Population. www.insee.fr/aquitaine
35. *Tableaux Economiques de l'Aquitaine* ; INSEE Aquitaine ; Édition 2000-2001 ; Dossier N° 35 ; 124 pages.
36. *Bilan démographique 2008* ; INSEE première n°1220 ; janvier 2009 ; 179 pages.

37. *Recensement de la population de 2006 - La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes* ; INSEE première n°1218 ; janvier 2009 ; 12 pages *Intéressant*.
38. *La population légale des communes - 63 235 568 habitants au 1er janvier 2006* ; INSEE première n°1217 ; janvier 2009 ; 236 pages. *Dernières données démographiques partielles*.
39. *Population et évolution, soldes naturels et migratoires apparents par commune - Recensement de 2006* ; INSEE première n°1219 ; Janvier 2009. *Très instructif*.
40. *Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville (étude financée par la Cnamts)* ; Recto-Verso ; n°5 ; novembre 2004 ; 16 pages. *Edifiant mais peu de données concernant la PDS*.
41. *Recensement de la population 2006* ; Fiche INSEE ; Juin 2009 ; 54 pages.
42. *Résultats de l'Enquête Revenus Fiscaux 2004 en France métropolitaine. Les revenus et la pauvreté monétaire en 2004* ; Publication INSEE ; n° 69 ; Juillet 2007 ; 67 pages.
43. CIA World Factbook 2005.
44. *Dordogne-Chiffres clés : Famille-Situation matrimoniale* ; INSEE. RP1999 et RP2006 exploitations complémentaires.
45. *Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital* ; Conférence d'experts réunissant le SAMU de France, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation avec le concours de la Société Française de Médecine d'Urgence et de la Société de Réanimation de Langue Française ; 04/01/2006 ; 6 pages,. *Intéressant, aborde la PDS*.
46. *Surveillance sanitaire des urgences et des décès, Surveillance de la médecine ambulatoire* ; Réseau SOS Médecins ; Résultats nationaux 2006/2008. InVS, Mai 2008 ; 8 pages. *Rare étude avec quelques données comparables à celles produites dans notre travail*.
47. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute ; *Jammed access : Widening the front door to healthcare. A supportive community will boost patient engagement* ; PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute Publications ; avril 2008 ; 176 pages. *Une très bonne analyse prospective des avantages logistiques et économiques inhérents à la pratique médicale collective. A lire absolument*.

48. Colombier G. ; *La prise en charge des urgences médicales* ; Rapport de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales ; N° 3672 ; Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 février 2007. 581 pages. *Rapport édifiant quant au fossé existant, concernant la PDS, entre les urgentistes libéraux ou hospitaliers et les revendications catégorielles ou ordinales. Certaines dépositions devant la commission sont, à ce titre, parfois surréalistes.*

OUVRAGES ET ARTICLES

49. Baubeau D., Carrasco Y. ; *Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale* ; Etudes et résultats DREES ; janvier 2003 ; n° 212 ; 6 pages.
50. Baubeau D., Carrasco Y. ; *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières* ; Etudes et résultats DREES ; n° 215 ; janvier 2003 ; 8 pages. *Intéressant.*
51. Baubeau D., Carrasco Y. ; *L'activité des services d'urgence en 2004* ; Etudes et résultats DREES n° 524, Paris, septembre 2006 ; 6 pages. *Bonne étude mais spécifiquement consacrée à l'hôpital.*
52. Hugentobler W. ; *Cabinets d'urgences associés aux hôpitaux*, ; Primary Care ; 8 : n° 11 ; pp. 209-213, *Intéressant, quoiqu'un peu orienté et assez partial.*
53. Bontemps V. ; *Les collectivités locales doivent faire face au vieillissement de la population* ; Le Monde ; 13 décembre 2007.
54. Rainfray M. ; *Epidémiologie du vieillissement* ; Néphrologie Vol. 21 n° 6 ; pp. 273-274. *Remarquable étude, toujours d'actualité.*
55. Legmann M. , Kahn-Bertrand I., Romestang P. ; *Atlas de la Démographie Médicale - Situation au 1^{er} janvier 2009* ; CNOM, Paris ; 9 juin 2009 ; 144 pages.
56. *L'Aquitaine* ; Journal d'information du Conseil Régional d'Aquitaine ; n° 33 ; mai et juin 2009 ; p. 4.
57. Henry S. ; *Les pièges de la régulation médicale* ; Les Rendez-vous de l'Urgence ; Strasbourg ; 29 mai 2008. *Très bon outil pédagogique.*
58. Gouyon M., Labarthe G. ; *Premiers résultats de l'enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale* ; DREES Etudes et résultats ; n° 471, 2005 ; 6 pages.
59. LePen C. ; *Patient ou Personne malade? Un nouveau paradigme? Les nouvelles figures du consommateur de soins* ; Revue économique ; Presses de Sc. Po. I.S.B.N.2724631371 ; Vol. 60 2009/2 ; p. 257 à 271. *Remarquable. A lire.*

60. *Arrêt Hedreul* ; Cour de cassation ; Première Chambre civile ; 25 février 1997 ; Arrêt n° 426. Cassation ; Pourvoi n° 94-19.685.
61. Hureau J., Poitout D., *L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation d'un dommage corporel* ; Elsevier Masson, 2^{ème} édition ; ISBN 2294014634, 9782294014635 ; 2005 ; 339 pages. *Pour tous ceux que passionne le sujet.*
62. Roberts W. ; *The costs of visits to emergency departments* ; N. Eng. J. Med, 334:642-6, 1996. *Bien que s'appliquant exclusivement au système américain, reste tout à fait remarquable et insiste sur la réintroduction de la visite au domicile avec ses implications économiques.*
63. <http://www.carelevel.com>. *Une nouvelle "ancienne" pratique de la médecine avec un point de vue économique passionnant.*
64. Spooner J. W. ; *Long Term Care Integration Project San Diego - Personal Visiting Physician Delivery System & the Care Management for High Cost Beneficiaries Demonstration* ; SVP Outcomes ; Academic & Government Relations ; Chicago ; 2006 ; 45 pages. *Travail extrêmement passionnant qui fait réfléchir quant à l'abandon de la démarche au domicile et ses conséquences économiques. A lire impérativement.*
65. *Remarks by the President to a joint session of Congress on Health Care* ; The White House ; Office of the Press Secretary, Washington D.C. ; September 9 2009 ; 42 pages.
66. Duban J. P. ; *Panorama Démographique Aquitain* ; INSEE Aquitaine ; N ° 47 ; Code Sage IAD4708 ; novembre 2003 ; 184 pages.
67. Delfaud P. ; *Economie du département de la Dordogne* ; Editions Sud Ouest ; 1993 ; 176 pages. *Un peu ancien mais malheureusement toujours d'actualité.*
68. Morel B., Redor P. ; *Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005 - La croissance démographique s'étend toujours plus loin des villes* ; INSEE Première n° 1058 ; janvier 2006 ; *Excellentes données pour bien appréhender les flux de migration centrifuges.*
69. *La situation démographique en 2000 - Mouvement de la population* ; INSEE Résultats - Série Société n° 10 (octobre 2002) et INSEE Résultats - Série Société n° 18 ; septembre 2003 ; 25 pages.
70. Ranoux P. ; *Atlas de la Dordogne-Périgord* ; Saunard ; 1996 ; 175 pages.

71. Dittgen A. ; *Logements et taille des ménages dans la dynamique des populations locales. L'exemple de Paris* ; Population édition française ; 60^e année ; n° 3 ; mai-juin 2005 ; 34 pages. *Une très bonne analyse.*
72. Gouyon M. ; *Le recours aux associations de médecins urgentistes est concentré dans les zones urbaines* ; «Les urgences en médecine générale», DREES, série «Statistiques», n° 94, avril 2006. *Spécialement consacré aux MMG et aux zones urbaines.*
73. Medlock J., Galvani A. P. ; *Optimizing Influenza Vaccine Distribution* ; Science ; 10.1126, 1175570 ; 20 august 2009 ; Scienceexpress, www.sciencexpress.org ; 9 pages, *A méditer !*
74. *Recours aux soins urgents ou non programmés. La santé observée* ; ORS des Pays de la Loire ; Edition 2007 ; juin 2007 ; 6 pages. *L'étude la plus utile pour comparer notre travail, données très intéressantes mais lacunes quant à la PDS.*
75. C. Leroy, A. Ricard-Hibon ; *Prise en charge préhospitalière médicalisée des personnes âgées* ; Annales françaises d'anesthésie et de réanimation ; Volume 22, numéro 3 ; pages 183-188 (mars 2003). *Très intéressant travail, à lire impérativement par les tenants du «zéro visite».*
76. Touwaide A. ; *Recherches récentes sur Hippocrate et le Corpus hippocraticum - Recent Researches on Hippocrate and the Corpus Hippocraticum* ; ISSN 0394-7394 ; 1994, vol. 9 ; n°1 ; pp. 305-319. *Très passionnant, j'en recommande la lecture pour un rafraîchissement des idées quant à l'éthique, aux principes et la déontologie. Article en espagnol.*

TEXTES REGLEMENTAIRES DIVERS

77. Article L1110-1 du Code de la Santé Publique, créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002.
78. Article L1110-2. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002.
79. Art. R. 6315-1, al. 1^{er}, Nouvelle partie réglementaire du Code de la Santé Publique. Dalloz, p. 2443, Paris, 2007.
80. Art. R. 6315-4, al. 1^{er}. Code de la Santé Publique.
81. Art. L.4163-7 du Code de la Santé Publique.
82. Article L. 6315-1 du Code de la Santé Publique, décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003.
83. Articles R.730 et suivants, fixés par le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005.

84. Art. L.162-5 du Code de la Santé Publique du 12 janvier 2005.
85. Art. L.4163-7 du Code de la Santé Publique. Décret n° 2003-800 du 15 septembre 2003.
86. Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005.
87. Avenant n° 4 à la convention nationale des médecins organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005, signé le 22 avril 2005 et approuvé par arr. du 26 mai 2005 (J.O., le 1^{er} juin 2005).
88. Art. R. 6315-2 à R. 6315-7 de la nouvelle partie réglementaire du Code de la Santé Publique. Dalloz, p.2443-2444, Paris, 2007.
89. Art. 74 du Code de Procédure Pénale.
90. Article 63-3 du Code de Procédure Pénale en accord avec l'alinéa 4 de la circulaire générale C. 63-3.
91. Article R.117 du Code de Procédure Pénale.
92. Article R.642-1 du Code Pénal.
93. Décret N° 87-1005 du 16 décembre 1987 du Code de la Santé Publique.
94. Version en vigueur au 12 juin 2009, depuis le 12 avril 2008. Modifié par Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 - art. 2 () JORF 28 décembre 2006.
95. Article L1110, Créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3, JORF 5 mars 2002.
96. Article L1110-1 du Code de la Santé Publique, créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002
97. Avenant n° 27 à la convention nationale des médecins du 19 décembre 2007. Approuvé par l'arrêté du 21 décembre 2007, publié au J.O. du 27 décembre 2007.
98. Article 1110-3 du code de la Santé Publique de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002.
99. Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en août 2004.
100. Délibérés n° 2006 - 232 à 234, Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), 6 novembre 2006.
101. Alinéa 1er de l'article 7 du code de déontologie médicale, dont les dispositions sont reprises à l'article R. 4127-7 du Code de la Santé Publique.
102. Article 32 du Code de Déontologie Médicale.
103. Article 33 du Code de Déontologie Médicale.
104. Article 60 du Code de Déontologie Médicale.

105. Article 77 alinéa 1 du Code de Déontologie Médicale.
106. Conseil constitutionnel : Décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004.
107. Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
NOR: INTX0300078L, Version consolidée au 29 mai 2009.
108. J.O. Numéro 264 du 14 Novembre 1999, page 16 917, Textes généraux, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Décret N° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville NOR : MESS9923393D.
109. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, Conseil constitutionnel Décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 publiée au Journal officiel de ce jour.

ANNEXES

ANNEXE I

Textes Législatifs et Réglementaires relatifs à la permanence de soins en France

Ci-dessous nous avons placé une partie de l'ensemble des textes relatifs à la permanence des soins en médecine de ville ainsi que les sites où ils sont aisément consultables.

- L'avenant n°27 à la convention nationale des médecins libéraux
- Circulaire du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde
- Décret du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la PDS
- Article 104 de la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007
- Circulaire DHOS du 10 octobre 2006 relative au dispositif de PDS et à l'organisation de la régulation
- Avenant n° 4 à la convention des médecins généralistes et spécialistes
- Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la PDS et aux conditions de participation des médecins à cette permanence
- Article 40 Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003
- Article L 6313-1 du code de la santé publique
- Article L 6313-2 du code de la santé publique
- Article L 6314-1 du code de la santé publique
- Code de la santé publique, notamment les article L6111-1, L6111-2, L6112-1, L6112-

2, L6112-5, L6112-6, L6141-4, le livre 3 de la sixième partie de la nouvelle partie législative « Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé. », et dans la partie réglementaire-« décrets simples » les articles D 712-66 à D 712-74

- Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 sur l'aide médicale urgente et les transports sanitaires
- Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. (NOR : ASEP8701666D)
- L'obligation pour les opérateurs de télécommunication d'acheminer les appels au Centre 15 relève de la Décision n° 2002-1179 du 19 décembre 2002 de l'Autorité de régulation des télécommunications, établissant la liste des numéros d'urgence devant être acheminés gratuitement par les opérateurs de télécommunications autorisés au titre des articles L. 33-1 et L. 34-1 du *Code des postes et télécommunications* NOR: ARTL0200744S (*Journal officiel* n° 155 du 6 juillet 2003 page 11520).

ANNEXE II

La Communauté d'Agglomération de Périgueux

Créée à partir de 7 communes du District de l'Agglomération Périgourdine (Champcevinel, Chancelade, Coulounieix-Chamiers, Marsac-sur-l'Isle, Notre-Dame-de-Sanilhac, Périgueux et Trélissac), la Communauté d'agglomération Périgourdine s'ouvre fin 2002 à 6 autres communes (Antonne-et-Trigonant, Château-l'Évêque, Coursac, Escoire, La Chapelle-Gonaguet et Razac-sur-l'Isle).

La Communauté d'Agglomération de Périgueux ou CAP, créée le 20 décembre 1999, couvre une superficie de 242 km² à comparer aux 187,07 km² du secteur d'activité de l'UMSUD qui fait l'objet de ce travail avec une population totale de 72486 habitants (recensement de 1999) contre 69483 pour le secteur de l'UMSUD. La densité de population de la CAP est de 300 hab/km², sensiblement inférieure aux 554 hab/km² du secteur que nous étudierons.

Les 13 communes constituant la Communauté d'Agglomération de Périgueux ou CAP sont :

- Antonne et Trigonant
- Champcevinel
- Chancelade
- La Chapelle-Gonaguet
- Château-l'Évêque
- Coulounieix-Chamiers
- Coursac
- Escoire
- Marsac-sur-l'Isle
- Notre-Dame-de-Sanilhac
- Périgueux
- Razac-sur-l'Isle
- Trélissac

Compétences de la CAP

Aménagement de l'espace

* *Schéma directeur et schéma de secteur.*

- * *Études, création, réalisation de zones d'aménagement.*
- * *Organisation des transports urbains.*

Développement économique

- * *Création, aménagement, entretien et gestion de zones d'activité industrielles, commerciales, tertiaires, artisanales, touristiques, portuaires ou aéroportuaires.*
- * *Étude et réalisation d'actions de développement économique.*
- Politique de l'habitat
 - * *Études et mise en œuvre du Programme Local de l'Habitat.*
 - * *Politique du logement, notamment du logement social.*
 - * *Action en faveur du logement des personnes défavorisées et amélioration du parc immobilier bâti.*
- Politique de la ville
 - * *Dispositifs contractuels de développement urbain, de développement local et d'insertion économique et social.*
 - * *Dispositifs locaux de prévention de la délinquance*
- Voirie et stationnement
- Protection de l'environnement
 - * *Protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie.*
 - * *Lutte contre la pollution de l'air*
 - * *Lutte contre les nuisances sonores.*
 - * *Élimination et valorisation des déchets des ménages et des déchets assimilés.*
- Équipements culturels et sportifs
- Assainissement
- Accueil des gens du voyage
- Aménagement des berges de l'Isle

ANNEXE III

Activité Comparative des Médecins de l'UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine

ACTES et MONTANTS	UMSUD 1	Référentiel Région	% variation UMSUD 1 / Réf
Nb Total Actes Remboursés	1454	4820	-69,83%
Prescriptions Biologie	4975	111151	-95,52%
Prescriptions Biologie / patient	8,63	82,49	-89,54%
Nombre Indemnités Journalières	240	1753	-86,31%
Nombre Indemnités Journalières / patient	13,33	30	-55,57%
Montant Total Remboursable Pharmacie	10651	276669	-96,15%
Montant Total Remboursable Pharmacie / patient	18,49	201,31	-90,81%
Pourcentage Médicaments Génériques	26%	10%	160,00%
Montant Total Remboursable Transports	1345	6038	-77,72%
Montant Total Remboursable Transports / patient	2,33	4,42	-47,28%
Montant Total Remboursable autres prescriptions	464	20159	-97,70%
Montant Total Remboursable autres prescriptions / patient	0,8	14,93	-94,64%
Montant Total Remboursable Prescriptions / Montant Total des Actes	0,23	4,45	-94,83%

PATIENTS	UMSUD 1	Référentiel Région	% variation UMSUD 1 / Réf
Patients exonérés	36%	24%	50,00%
Patients CMU	13%	7%	46,15%
Actifs ayant eu des Indemnités journalières	5%	10%	-50,00%
Moins de 16 ans	25%	20%	35,00%
16 à 59 ans	44%	56%	-21,43%
60 à 69 ans	5%	9%	-44,44%
70 et plus	24%	14%	71,42%

Nombres d'astreintes	97	18	538,89%
----------------------	----	----	---------

ACTES et MONTANTS	UMSUD 2	Référentiel Région	% variation UMSUD 2 / Réf
Nb Total Actes Remboursés	1511	4820	-68,65%
Prescriptions Biologie	4168	111151	-96,25%
Prescriptions Biologie / patient	6,16	82,49	-92,53%
Nombre Indemnités Journalières	150	1753	-91,44%
Nombre Indemnités Journalières / patient	11,53	30	-61,57%
Montant Total Remboursable Pharmacie	15674	276669	-94,33%
Montant Total Remboursable Pharmacie / patient	23,18	201,31	-88,48%
Pourcentage Médicaments Génériques	16%	10%	60,00%
Montant Total Remboursable Transports	2230	6038	-60,07%
Montant Total Remboursable Transports / patient	3,29	4,42	-25,56%
Montant Total Remboursable autres prescriptions	619	20159	-96,93%
Montant Total Remboursable autres prescriptions / patient	0,91	14,93	-93,90%
Montant Total Remboursable Prescriptions / Montant Total des Actes	0,33	4,45	-92,58%

PATIENTS	UMSUD 2	Référentiel Région	% variation UMSUD 2 / Réf
Patients exonérés	36%	24%	50,00%
Patients CMU	14%	7%	50,00%
Actifs ayant eu des Indemnités journalières	3%	10%	-70,00%
Moins de 16 ans	27%	20%	35,00%
16 à 59 ans	41%	56%	-26,78%
60 à 69 ans	5%	9%	-44,44%
70 et plus	25%	14%	78,57%

Nombres d'astreintes	79	18	438,89%
----------------------	----	----	---------

ANNEXE IV**Loi du 4 mars 2002 - DROIT D'ACCES DU PATIENT ET DU MEDECIN****Article L1110-1**

Créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Article L1110-2

La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Article L1110-3

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Article L1110-4

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en

charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Article L1110-5

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre I^{er} de la première partie du présent code.

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Article L1110-8

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

Ancien texte

Article L710-1

Modifié par Loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 - art. 23 (V) JORF 30 décembre 1999
Abrogé par Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4 I JORF 22 juin 2000

ANNEXE V

- 1. Formulaire de Déclaration en date du 30 mars 2009**
- 2. Récépissé de Déclaration en date du 30 juin 2009**
Numéro de déclaration : 1355427



Récépissé de déclaration

Numéro de déclaration
1355427

Monsieur Xavier BRUNEAU
7 RUE ROMAINE
24000 PERIGUEUX

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en août 2004,

Monsieur Xavier BRUNEAU
7 RUE ROMAINE
24000 PERIGUEUX

A déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés un traitement automatisé d'informations nominatives dont la finalité principale est :

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

La délivrance du présent récépissé ne vaut pas constatation de la conformité du traitement à la loi et n'exonère le déclarant d'aucune de ses responsabilités.

Paris, le 30 juin 2009
Par délégation de la commission

Alex TÜRK
Président de la commission



Commission Nationale de
l'Informatique et des Libertés
8, rue Vivienne
75083 PARIS cedex 02
Tél : 01.53.73.22.22
Fax : 01.53.73.22.00

DECLARATION NORMALE

www.cnil.fr

1 Déclarant

Nom Monsieur bruneau xavier
Adresse 7 rue romaine
24000 perigueux
Téléphone 06 73 94 25 08 - Télécopie - Adresse électronique xbruneau@hotmail.com

Service ou Organisme chargé de la mise en oeuvre du traitement

Nom Monsieur bruneau xavier
Adresse 7 rue romaine
24000 perigueux
Téléphone 06 73 94 25 08 - Télécopie - Adresse électronique xbruneau@hotmail.com

Service ou Organisme auprès duquel s'exerce le droit d'accès

Nom Monsieur bruneau xavier
Adresse 7 rue romaine
24000 perigueux
Téléphone 06 73 94 25 08 - Télécopie - Adresse électronique xbruneau@hotmail.com

Traitement déclaré

Finalité these de doctorat en medecine
Objectif du traitement ...
Nom du logiciel excel pour mac et pour palmpad tungsten Population concernée 2648
Existe-t-il des transferts d'informations hors de l'Union européenne ? Non

Contact CNIL/Personne à contacter

Le contact est une personne de l'organisme déclarant.
Nom Monsieur bruneau xavier
Adresse 7 rue romaine
24000 perigueux
Fonction interne en medecine
Téléphone 06 73 94 25 08 - Télécopie - Adresse électronique xbruneau@hotmail.com

Fonctions de l'application

- 1 saisie des données démographiques (âge, sexe, localisation, type de famille : monoparentale avec ou sans enfants, etc.)
- 2 saisie des paramètres horaires de réception des appels
- 3 motifs apparent de la requête requérant un déplacement médical
- 4 recueil des paramètres cliniques de base (pouls, ta, fc, fr, température, etc.)
- 5 recueil des données succinctes de l'examen clinique sur place au lit du patient
- 6 histoire de la maladie et antécédents
- 7 recueil des thérapeutiques instituées et des traitements en cours ou antérieurs
- 8 évolution du patient (laisse sur place ou hospitalisée)
- 9 nature du transport régulé des le domicile (samu, pompiers, ambulance privée)
- 10 typologie des actes médicaux effectués selon la tranche horaire (visite simple, visite avec cotation k, visite avec ecg, petite chirurgie au domicile)

Sécurité et secrets

Mettez-vous en place des règles permettant de contrôler l'accès à l'application ? Oui
 Prenez-vous des dispositions pour protéger votre réseau des intrusions extérieures ? Oui
 Les données elles-mêmes font-elles l'objet d'une protection particulière (anonymisation, chiffrement...) Oui

Catégories de données enregistrées

A	Données d'identification	I	Moyens de déplacement des personnes
B	NIR, N° de Sécurité Sociale ou consultation du RNIPP	J	Utilisation des médias et moyens de communication
C	Situation familiale	K	Données à caractère personnel faisant apparaître les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques, religieuses ou les appartenances syndicales des personnes
D	Situation militaire	L	Données biométriques
E	Formation - Diplômes - Distinctions	M	Santé, données génétiques, vie sexuelle
F	Adresse, caractéristiques du logement	N	habitudes de vie et comportement
G	Vie professionnelle	O	Informations en rapport avec la police
H	Situation économique et financière	P	Informations relatives aux infractions, condamnations ou mesures de sûreté

		Détails des données	Origine des données	Durée de conservation
x	A	nom, prénom, sexe, âge, date de naissance	auprès de la personne concernée, de sa famille ou de son entourage	5 ans
x	B	n° sécurité sociale	auprès de la personne concernée, de sa famille ou de son entourage	5ans
x	C	Famille monoparentale avec ou sans enfants	auprès de la personne concernée, de sa famille ou de son entourage	5ans
x	D	adresse, commune	auprès de la personne concernée, de sa famille ou de son entourage	5ans
	E			
	F			
x	G	Paramètres cliniques (ta, fr, fc, temp., examen clinique, atcd, traitements antérieurs ou actuels, allergies, etc.)	par le médecin effecteur sur place, auprès de la personne concernée, de sa famille ou de son entourage	5ans
	H			
	I			
	J			
	K			

	L M			
x	N	Facteurs de risque médicaux (tabac, alcool, médicaments, substances diverses) auprès de la personne concernée, de sa famille ou de son entourage	auprès de la personne concernée, de sa famille ou de son entourage	5ans
	O P			

Catégories des destinataires Catégories d'informations fournies

1 medecin traitant des patients si hospitalisation	ACFMN
2 cpam	B

Interconnexion, mise en relation, rapprochement

Le traitement a pour objet l'interconnexion de fichiers dont les finalités principales sont différentes ? Non
 Le traitement a pour objet l'interconnexion de fichiers dont les finalités principales correspondent à des intérêts publics différents ? Non

Mesures prises pour informer les intéressés de leurs droits

par une mention sur le questionnaire de collecte
 par la remise d'un document
 par envoi de courrier
 par affichage
 par une mention sur le site internet
 par intranet

autres : explication du recueil de données en vue de la constitution d'un dossier
 d'observation et de suivi au lit du patient

Moyens permettant d'exercer son droit d'accès

par un accès en ligne à leur dossier
 par courrier électronique
 par voie postale
 sur place

autres : par demande simple lors de la visite, aucun renseignement téléphonique
 délai immédiat

Signataire

Nom Monsieur bruneau xavier
 Fonction interne en medecine
 Adresse électronique xbruneau@hotmail.com

Les informations portées sur ce formulaire et figurant en gras sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé à la CNIL et sont destinées aux membres et services de la Commission chargés de l'instruction de votre dossier et au public désireux de s'informer de l'existence d'un fichier dans les conditions prévues à l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978. Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux informations qui vous concernent en vous adressant à : la CNIL, 8 rue Vivienne - CS30223 - 75083 Paris cedex 02.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	p.2
OBJECTIFS	p.9
INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE	p.12
INTRODUCTION	p.13
PROBLEMATIQUE	p.16
1 - TYPOLOGIE DES APPELANTS	p.23
2 - TYPOLOGIE DES APPELS	p.35
3 - IMPLICATIONS ECONOMIQUES POUR LA SOCIETE	p.46
A . Optimisation des moyens logistiques disponibles dès le domicile vers l'hôpital.	p.47
B . Perspectives économiques pour la société.	p.49
MATÉRIEL ET MÉTHODES	p.59
1 . STRUCTURE REGLEMENTAIRE	p.60
<i>I - ASPECTS JURIDIQUES</i>	p.60
2 . STRUCTURE OPERATIONNELLE	p.61
<i>I - STRUCTURE DE L'UMSUD ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS</i>	p.61
A. Structure de l'UMSUD.	p.61
B. Recueil et transmission des données cliniques.	p.62
<i>a - Recueil des données cliniques.</i>	p.62
<i>b - Transmission des données.</i>	p.63
<i>c - Recueil des appels</i>	p.63
<i>II - GESTION DES APPELS, CRITERES DE DEPLACEMENT ET ORIENTATION DES PATIENTS</i>	p.64
A. Gestion des appels.	p.64
B. Critères de déplacement.	p.65
C. Orientation des patients au domicile au décours immédiat de la visite.	p.66
<i>III - ANALYSE DES DONNEES</i>	p.66
A. Présentation des données.	p.66
B. Analyse des données et exploitation des résultats.	p.67

CARTES		p.69
CARTE 1 :	Données Démographiques relatives au Secteur d'Activité de l'UMSUD	p.70
CARTE 2 :	Pourcentage de Déplacements par Commune par rapport à l'Activité Annuelle de l'UMSUD	p.71
CARTE 3 :	Nombre de Déplacements par Commune rapporté à la Population de chaque Commune	p.72
CARTE 4 :	Nombre de Déplacements Annuels pour 1000 Habitants selon la Commune	p.73
TABLEAUX		p.74
TABLEAU 1 :	Données Démographiques Relatives au Secteur d'Activité de l'UMSUD	p.75
TABLEAU 2 :	Comparaisons Démographiques entre Secteur d'Activité de l'UMSUD et Dordogne	p.76
TABLEAU 3 :	Données Comparatives Nombre Moyen d'Habitants et Superficie Moyenne entre Secteur de l'UMSUD, Données DHOS et France Métropolitaine	p.77
TABLEAU 4 :	Evolution des Flux Populationnels entre les Recensements de 1999 et 2006	p.78
TABLEAU 5 :	Sex Ratio Femme/Homme selon les Classes d'Age au niveau du Secteur de l'UMSUD	p.79
TABLEAU 6 :	Répartition des Familles Monoparentales dans le Secteur d'activité de l'UMSUD	p.80
TABLEAU 7 :	Répartition Familles Monoparentales avec 1 enfant et plus dans les Communes du Secteur de l'UMSUD	p.81
TABLEAU 8 :	Motifs des Déplacements de l'UMSUD	p.82
TABLEAU 9 :	Typologie des Motifs des Déplacements de l'UMSUD	p.83
TABLEAU 10 :	Typologie des Catégories d'Appelants	p.84
TABLEAU 11 :	Nombre de Déplacements Mensuels et Annuels, pour 1 000 Habitants selon la Commune	p.85
TABLEAU 12 :	Typologie des Actes Effectués par l'UMSUD par An Selon les Plages Horaires	p.86
TABLEAU 13 :	Nombre Mensuel Moyen d'Actes Médicaux Effectués selon Tranches Horaires	p.87
TABLEAU 14 :	Activité Globale Annuelle de l'UMSUD au sein de chaque Tranche Horaire	p.88

TABLEAU 15 :	Variation de la Part Respective des Actes Pratiqués selon les Tranches Horaires	p.89
TABLEAU 16 :	Gestes Techniques Effectués au Domicile par l'UMSUD	p.90
TABLEAU 17 :	Activité Globale de l'UMSUD pendant la Période de Nuit	p.91
TABLEAU 18 :	Typologie des Actes Effectués par l'UMSUD pendant la Période Spécifique de Nuit	p.92
TABLEAU 19 :	Admissions en USIC suite à ECG au Domicile par l'UMSUD	p.93
TABLEAU 20 :	Devenir des Patients Régulés par le SAMU et adressés à l'UMSUD	p.93
TABLEAU 21 :	Devenir des Patients vus à Domicile par l'UMSUD	p.94
TABLEAU 22 :	Orientation Hospitalière des Patients vus à Domicile par l'UMSUD	p.95
TABLEAU 23 :	Moyens utilisés pour transporter les Patients aux Urgences de l'Hôpital	p.96
TABLEAU 24 :	Moyens utilisés pour transporter les Patients dans l'USIC de l'Hôpital	p.96
TABLEAU 25 :	Rôle du SAMU, des Ambulances et des Pompiers dans les Transports vers l'Hôpital	p.97
TABLEAU 26 :	Comparatif Nombre d'Actes UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine	p.98
TABLEAU 27 :	Comparatif Montant Total Remboursable UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine	p.99
TABLEAU 28 :	Comparatif Médicaments Génériques	p.99
TABLEAU 29 :	Comparatif Typologie Sociale Patients UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine	p.100
TABLEAU 30 :	Typologie Comparative des Patients UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine	p.101
TABLEAU 31 :	Comparatif Montant Total Remboursable par Patient	p.101
DISCUSSION		p.102
A . TYPOLOGIE DES APPELANTS		p.103
1. Caractéristiques démographiques de la population étudiée		p.103
• Données démographiques générales		p.103
• Conditions socio-économiques		p.104
• Données démographiques propres au secteur de notre étude		p.106

• Répartition démographique selon les tranches d'âge et le sexe	p.111
• Constitutions démographiques familiales propres à notre secteur d'étude	p.113
2. Typologie des classes d'appelants.	p.118
3. Origine géographique des appelants.	p.121
4. Répartition des recours urgents selon l'âge et le sexe des appelants.	p.123
B. TYPOLOGIE DES APPELS	p.125
1. Circonstances des recours.	p.125
• Nombre de déplacements	p.125
• Motifs des déplacements	p.126
2. Réponse médicale.	p.135
• Typologie des actes	p.135
I - Typologie selon les plages horaires.	p.135
II - Typologie des types d'actes pratiqués au cours des plages horaires.	p.137
III - Variation de la Part Respective des Actes Pratiqués selon les Tranches Horaires.	p.140
❖ Visites simples	p.141
❖ Visites avec cotation K	p.141
❖ Visites avec réalisation d'un ECG	p.141
IV - Différents actes techniques réalisés au cours de la PDS	p.142
• Problème spécifique de la période de nuit au cours de la PDS	p.142
3. Devenir des patients après déplacement médical durant la PDS.	p.146
• Orientation des patients	p.146
I - Données globales.	p.146
II - Patients adressés aux urgences de l'hôpital.	p.148
III - Patients adressés dans l'USIC de l'hôpital.	p.149
• Activité des vecteurs opérationnels vers l'hôpital durant la PDS	p.151
I - Rôle du SAMU dans le cadre de la PDS.	p.151
II - Rôle des ambulances privées dans le cadre de la PDS.	p.151
III - Rôle des autres effecteurs dans le cadre de la PDS.	p.151
• Devenir des patients ayant eu un ECG au domicile au cours de la PDS.	p.153
• Devenir des patients vus par l'UMSUD après régulation par le SAMU.	p.153
C. IMPLICATIONS ECONOMIQUES POUR LA SOCIETE	p.154

• Nombre d'actes	p.154
• Montant total remboursable des actes	p.155
• Prescriptions de médicaments génériques	p.158
• Montant total remboursable par patient	p.158
• Typologie sociale des patients	p.160
• Typologie comparative selon les tranches d'âge	p.163
• Astreintes médicales rémunérées	p.165
CRITIQUES DE LA METHODE	p.167
A - RECUEIL DES DONNEES	p.169
I. Critères d'évaluation pour motiver un déplacement médical.	p.169
II. Subjectivité d'interprétation des critères d'évaluation pour déplacement médical.	p.170
III. Catégorisation des pathologies motivant un déplacement médical.	p.171
B - SUIVI DES PATIENTS	p.172
I. Devenir de patients.	p.174
II. Corellation entre la pathologie motivant un déplacement médical et le diagnostic médical final.	p.174
C - ANALYSE DES DONNEES	p.174
I. Série unique.	p.174
II. Date de la série et cotation.	p.174
D – BIAIS DE SELECTION	p.176
I. Spécificité de l'exercice professionnel.	p.176
II. Subjectivité liée aux effecteurs de soin.	p.176
E - EVALUATION DES IMPACTS ECONOMIQUES ET LOGISTIQUES	p.177
CONCLUSIONS	p.178
IDENTIFICATION DES APPELANTS	p.180
NATURE, ORIGINE ET NOMBRE DES APPELS	p.180
ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE	p.182
ORIENTATION ET DEPLOIEMENT OPTIMAL DES MOYENS OPERATIONNELS	p.183
CONSEQUENCES ECONOMIQUES	p.183
PROPOSITIONS	p.192
BIBLIOGRAPHIE	p.193
ANNEXES	p.203
ANNEXE I Textes Législatifs et Réglementaires relatifs à la PDS en France	p.204
ANNEXE II La Communauté d'Agglomération de Périgueux	p.206

ANNEXE III	Activité Comparative des Médecins de l'UMSUD vs Référentiel Région Aquitaine	p.208
ANNEXE IV	Corpus Législatif	p.209
ANNEXE V	Déclaration à la CNIL	p.212
	1. Formulaire de Déclaration en date du 30 mars 2009	p.213
	2. Récépissé de Déclaration en date du 30 juin 2009	p.214
TABLE DES MATIERES		p.217

