

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2013\_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : FERNANDES LOPES      Prénom : SANDRA**  
**Née le 10 septembre 1982 à Paris 12ème**

*Présentée et soutenue publiquement le : 21 novembre 2013*

**ETATS DES LIEUX**  
**DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES**  
**EN ILE-DE-FRANCE**

Président de thèse : **Professeur** NOUGAIREDE Michel

Directeur de thèse : **Docteur** LE BEL Josselin

**DES de Médecine Générale**

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2013\_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : FERNANDES LOPES      Prénom : SANDRA**  
**Née le 10 septembre 1982 à Paris 12ème**

\_\_\_\_\_  
*Présentée et soutenue publiquement le : 21 novembre 2013*  
\_\_\_\_\_

**ETATS DES LIEUX**  
**DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES**  
**EN ILE-DE-FRANCE**

Président de thèse : **Professeur** NOUGAIREDE Michel

Directeur de thèse : **Docteur** LE BEL Josselin

**DES de Médecine Générale**

## TABLES DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>p.10</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>p.11</b>
<b>I – INTRODUCTION</b> .....	<b>p.12</b>
1. La permanence de soins.....	p.13
1.1. Définition législative.....	p.13
1.2. Code de déontologie et code de santé publique.....	p.14
1.3. Les acteurs de la permanence de soins.....	p.14
1.4. La gestion de la permanence des soins.....	p.15
1.4.1. L’Agence Régionale de Santé.....	p.15
1.4.2. Le CODAMUPS.....	p.15
1.5. Le cahier des charges.....	p.17
1.6. L’état des lieux national en 2012.....	p.18
2. Les structures de la Permanence de Soins Ambulatoires.....	p.19
2.1. Définition.....	p.19
2.2. L’historique.....	p.19
2.3. Les modalités de fonctionnement préconisées par le cahier des charges.....	p.20
2.3.1. Le lieux.....	p.20
2.3.2. Les horaires.....	p.20
2.3.3. Les effecteurs.....	p.21
2.3.4. Les réquisitions.....	p.21
2.3.5. La régulation.....	p.21
2.3.6. La sectorisation.....	p.22
2.3.7. La tarification des actes.....	p.22
2.4. Le financement.....	p.22
<b>II - MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>p.23</b>
1. Type d’étude.....	p.23
2. Choix des participants.....	p.23
3. Recueil des données.....	p.23
4. Le questionnaire.....	p.24
5. Analyses statistiques.....	p.25
6. Aspects légaux.....	p.25

<b>III – RESULTATS</b> .....	<b>p.26</b>
1. La région Ile-de-France.....	p.27
2. Le département de Paris (75).....	p.29
2.1. Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires.....	p.29
2.1.1. Cartographie des PDSA	p.29
2.1.2. Fonction des responsables des structures de PDSA	p.31
2.1.3. Lieu des consultations des structures de PDSA	p.31
2.1.4. Structure d’appui à proximité de la PDSA	p.31
2.1.5. Où se situe le Service d’Accueil d’Urgence le plus proche ?	p.32
2.1.6. Horaires d’ouverture de chacune des structures de PDSA	p.32
2.1.7. Nombre d’heures effectuées sur une astreinte	p.33
2.1.8. Mode d’accès à la PDSA	p.33
2.2. Caractéristiques des actes.....	p.34
2.2.1. Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures	p.34
2.2.2. Actes ne relevant pas de la PDSA	p.34
2.3. Caractéristiques des effecteurs.....	p.35
2.3.1. Nombre des effecteurs participant à la PDSA	p.35
2.3.2. La fréquence des astreintes	p.36
2.3.3. La fréquence du choix de garde	p.37
2.3.4. La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA	p.37
2.3.5. La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA	p.37
2.3.6. La rétrocession	p.37
2.4. Logistique de la Permanence de Soins Ambulatoires.....	p.38
2.4.1. Aménagement des locaux	p.38
2.4.2. Équipements administratifs disponibles dans les structures	p.38
2.4.3. Informatisation des dossiers médicaux	p.39
2.4.4. Matériel médical disponible au cabinet	p.39
2.4.5. Les médicaments d’urgence	p.40
2.4.6. Mode de paiement des actes	p.40
2.4.7. La pratique du tiers payant	p.40
2.4.8. Liste du personnel travaillant pour la structure	p.41
2.5. Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires.....	p.42
2.5.1. Coût initial d’investissement à l’ouverture de la structure	p.42
2.5.2. Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure	p.42
2.5.3. Répartition approximative des coûts	p.43
2.5.4. Financement des structures	p.44
3. Le département de Seine-et-Marne (77).....	p.45
3.1. SOS Médecin Nord.....	p.47
3.2. MU 77.....	p.48

4. Le département des Yvelines (78)	p.49
4.1. Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires	p.49
4.1.1. Cartographie des PDSA	p.49
4.1.2. Fonction des responsables des structures de PDSA	p.51
4.1.3. Lieu des consultations des structures de PDSA	p.51
4.1.4. Structure d'appui à proximité de la PDSA	p.51
4.1.5. Où se situe le Service d'Accueil d'Urgence le plus proche ?	p.52
4.1.6. Horaires d'ouverture de chacune des structures de PDSA	p.53
4.1.7. Nombre d'heures effectuées sur une astreinte	p.53
4.1.8. Mode d'accès à la PDSA	p.54
4.2. Caractéristiques des actes	p.55
4.2.1. Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures	p.55
4.2.2. Actes ne relevant pas de la PDSA	p.56
4.3. Caractéristiques des effecteurs	p.57
4.3.1. Caractéristiques des effecteurs participant à la PDSA	p.57
4.3.2. La fréquence des astreintes	p.58
4.3.3. La fréquence du choix de garde	p.59
4.3.4. La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA	p.60
4.3.5. La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA	p.61
4.3.6. La rétrocession	p.61
4.4. Logistique de la Permanence de Soins Ambulatoires	p.62
4.4.1. Aménagement des locaux	p.62
4.4.2. Équipements administratifs disponibles dans les structures	p.62
4.4.3. Informatisation des dossiers médicaux	p.63
4.4.4. Matériel médical disponible au cabinet	p.63
4.4.5. Les médicaments d'urgence	p.64
4.4.6. Mode de paiement des actes	p.64
4.4.7. La pratique du tiers payant	p.64
4.4.8. Liste du personnel travaillant pour la structure	p.65
4.5. Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires	p.66
4.5.1. Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure	p.66
4.5.2. Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure	p.66
4.5.3. Répartition approximative des coûts	p.67
4.5.4. Financement des structures	p.68
5. Le département de l'Essonne (91)	p.69
5.1. Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires	p.69
5.1.1. Cartographie des PDSA	p.69
5.1.2. Fonction des responsables des structures de PDSA	p.71
5.1.3. Lieu des consultations des structures de PDSA	p.71
5.1.4. Structure relais à proximité de la PDSA	p.71
5.1.5. Où se situe le Service d'Accueil d'Urgence le plus proche ?	p.72

5.1.6. Horaires d'ouverture de chacune des structures de PDSA	p.72
5.1.7. Nombre d'heures effectuées sur une astreinte	p.73
5.1.8. Mode d'accès à la PDSA	p.73
5.2. Caractéristiques des actes.....	p.74
5.2.1. Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures	p.74
5.2.2. Actes ne relevant pas de la PDSA	p.74
5.3. Caractéristiques des effecteurs.....	p.75
5.3.1. Caractéristiques des effecteurs participant à la PDSA	p.75
5.3.2. La fréquence des astreintes	p.76
5.3.3. La fréquence du choix de garde	p.77
5.3.4. La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA	p.77
5.3.5. La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA	p.78
5.3.6. La rétrocession	p.78
5.4. Logistique de la Permanence de Soins Ambulatoires.....	p.79
5.4.1. Aménagement des locaux	p.79
5.4.2. Équipements administratifs disponibles dans les structures	p.79
5.4.3. Informatisation des dossiers médicaux	p.80
5.4.4. Matériel médical disponible au cabinet	p.80
5.4.5. Les médicaments d'urgence	p.81
5.4.6. Mode de paiement des actes	p.81
5.4.7. La pratique du tiers payant	p.81
5.4.8. Liste du personnel travaillant pour la structure	p.82
5.5. Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires.....	p.83
5.5.1. Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure	p.83
5.5.2. Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure	p.83
5.5.3. Répartition approximative des coûts	p.84
5.5.4. Financement des structures	p.84
5.6 Point fixe de garde Sos Médecins.....	p.85
6. Le département des Hauts-de-Seine (92).....	p.86
6.1. Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires.....	p.86
6.1.1. Cartographie des PDSA	p.86
6.1.2. Fonction des responsables des structures de PDSA	p.88
6.1.3. Lieu des consultations des structures de PDSA	p.88
6.1.4. Structure relais à proximité de la PDSA	p.88
6.1.5. Où se situe le Service d'Accueil d'Urgence le plus proche ?	p.89
6.1.6. Horaires d'ouverture de chacune des structures de PDSA	p.89
6.1.7. Nombre d'heures effectuées sur une astreinte	p.90
6.1.8. Mode d'accès à la PDSA	p.90
6.2. Caractéristiques des actes.....	p.91
6.2.1. Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures	p.91
6.2.2. Actes ne relevant pas de la PDSA	p.91

6.3. Caractéristiques des effecteurs .....	p.92
6.3.1. Caractéristiques des effecteurs participant à la PDSA	p.92
6.3.2. La fréquence des astreintes	p.93
6.3.3. La fréquence du choix de garde	p.94
6.3.4. La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA	p.95
6.3.5. La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA	p.95
6.3.6. La rétrocession	p.95
6.4. Logistique de la Permanence de Soins Ambulatoires .....	p.96
6.4.1. Aménagement des locaux	p.96
6.4.2. Équipements administratifs disponibles dans les structures	p.96
6.4.3. Informatisation des dossiers médicaux	p.97
6.4.4. Matériel médical disponible au cabinet	p.97
6.4.5. Les médicaments d'urgence	p.98
6.4.6. Mode de paiement des actes	p.98
6.4.7. La pratique du tiers payant	p.98
6.4.8. Liste du personnel travaillant pour la structure	p.99
6.5. Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires .....	p.100
6.5.1. Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure	p.100
6.5.2. Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure	p.100
6.5.3. Répartition approximative des coûts	p.101
6.5.4. Financement des structures	p.102
7. Le département de Seine-Saint-Denis (93) .....	p.103
7.1. Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires .....	p.103
7.1.1. Cartographie des PDSA	p.103
7.1.2. Fonction des responsables des structures de PDSA	p.105
7.1.3. Lieu des consultations des structures de PDSA	p.105
7.1.4. Structure relais à proximité de la PDSA	p.105
7.1.5. Ou se situe le Service d'Accueil d'Urgence le plus proche ?	p.106
7.1.6. Horaires d'ouverture de chacune des structures de PDSA	p.107
7.1.7. Nombre d'heures effectuées sur une astreinte	p.107
7.1.8. Mode d'accès à la PDSA	p.108
7.2. Caractéristiques des actes .....	p.109
7.2.1. Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures	p.109
7.2.2. Actes ne relevant pas de la PDSA	p.110
7.3. Caractéristiques des effecteurs .....	p.111
7.3.1. Caractéristiques des effecteurs participant à la PDSA	p.111
7.3.2. La fréquence des astreintes	p.112
7.3.3. La fréquence du choix de garde	p.113
7.3.4. La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA	p.114
7.3.5. La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA	p.114
7.3.6. La rétrocession	p.114
7.4. Logistique de la Permanence de Soins Ambulatoires .....	p.115

7.4.1. Aménagement des locaux	p.115
7.4.2. Équipements administratifs disponibles dans les structures	p.116
7.4.3. Informatisation des dossiers médicaux	p.116
7.4.4. Matériel disponible au cabinet	p.117
7.4.5. Les médicaments d'urgence	p.117
7.4.6. Mode de paiement des actes	p.118
7.4.7. La pratique du tiers payant	p.118
7.4.8. Liste du personnel travaillant pour la structure	p.118
7.5. Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires	p.119
7.5.1. Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure	p.119
7.5.2. Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure	p.119
7.5.3. Répartition approximative des coûts	p.120
7.5.4. Financement des structures	p.121
<b>8. Le département du Val-de-Marne (94)</b>	<b>p.122</b>
8.1. Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires	p.122
8.1.1. Cartographie des PDSA	p.122
8.1.2. Fonction des responsables des structures de PDSA	p.124
8.1.3. Lieu des consultations des structures de PDSA	p.124
8.1.4. Structure relais à proximité de la PDSA	p.124
8.1.5. Ou se situe le Service d'Accueil d'Urgence le plus proche ?	p.125
8.1.6. Horaires d'ouverture de chacune des structures de PDSA	p.125
8.1.7. Nombre d'heures effectuées sur une astreinte	p.126
8.1.8. Mode d'accès à la PDSA	p.126
8.2. Caractéristiques des actes	p.127
8.2.1. Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures	p.127
8.2.2. Actes ne relevant pas de la PDSA	p.128
8.3. Caractéristiques des effecteurs	p.129
8.3.1. Caractéristiques des effecteurs participant à la PDSA	p.129
8.3.2. La fréquence des astreintes	p.130
8.3.3. La fréquence du choix de garde	p.131
8.3.4. La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA	p.132
8.3.5. La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA	p.132
8.3.6. La rétrocession	p.133
8.4. Logistique de la Permanence de Soins Ambulatoires	p.134
8.4.1. Aménagement des locaux	p.134
8.4.2. Équipements administratifs disponibles dans les structures	p.134
8.4.3. Informatisation des dossiers médicaux	p.135
8.4.4. Matériel disponible au cabinet	p.135
8.4.5. Les médicaments d'urgence	p.136
8.4.6. Mode de paiement des actes	p.136
8.4.7. La pratique du tiers payant	p.136
8.4.8. Liste du personnel travaillant pour la structure	p.137

8.5. Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires.....	p.138
8.5.1. Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure	p.138
8.5.2. Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure	p.138
8.5.3. Répartition approximative des coûts	p.139
8.5.4. Financement des structures	p.140
9. Le département du val d'Oise (95).....	p.141
9.1. Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires.....	p.141
9.1.1. Cartographie des PDSA	p.141
9.1.2. Fonction des responsables des structures de PDSA	p.143
9.1.3. Lieu des consultations des structures de PDSA	p.143
9.1.4. Structure relais à proximité de la PDSA	p.143
9.1.5. Ou se situe le Service d'Accueil d'Urgence le plus proche ?	p.144
9.1.6. Horaires d'ouverture de chacune des structures de PDSA	p.144
9.1.7. Nombre d'heures effectuées sur une astreinte	p.145
9.1.8. Mode d'accès à la PDSA	p.145
9.2. Caractéristiques des actes.....	p.146
9.2.1. Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures	p.146
9.2.2. Actes ne relevant pas de la PDSA	p.146
9.3. Caractéristiques des effecteurs.....	p.147
9.3.1. Caractéristiques des effecteurs participant à la PDSA	p.147
9.3.2. La fréquence des astreintes	p.148
9.3.3. La fréquence du choix de garde	p.149
9.3.4. La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA	p.150
9.3.5. La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA	p.150
9.3.6. La rétrocession	p.150
9.4. Logistique de la Permanence de Soins Ambulatoires.....	p.151
9.4.1. Aménagement des locaux	p.151
9.4.2. Équipements administratifs disponibles dans les structures	p.152
9.4.3. Informatisation des dossiers médicaux	p.152
9.4.4. Matériel disponible au cabinet	p.153
9.4.5. Les médicaments d'urgence	p.153
9.4.6. Mode de paiement des actes	p.153
9.4.7. La pratique du tiers payant	p.153
9.4.8. Liste du personnel travaillant pour la structure	p.154
9.5. Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires.....	p.155
9.5.1. Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure	p.155
9.5.2. Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure	p.155
9.5.3. Répartition approximative des coûts	p.156
9.5.4. Financement des structures	p.157

<b>IV – DISCUSSIONS ET ANALYSES DES RESULTATS</b>	<b>p.158</b>
1. L'état des lieux à l'échelle départementale	p.158
1.1. Le département de Paris (75)	p.158
1.2. Le département de Seine-et-Marne (77)	p.160
1.3. Le département des Yvelines (78)	p.161
1.4. Le département de l'Essonne (91)	p.162
1.5. Le département des Hauts-de-Seine (92)	p.163
1.6. Le département de Seine-Saint-Denis (93)	p.164
1.7. Le département du Val-de-Marne (94)	p.165
1.8. Le département du val d'Oise (95)	p.166
2. L'état des lieux à l'échelle régionale	p.167
2.1. Caractéristiques de la Permanence de Soins Ambulatoires	p.167
2.2. Caractéristiques des actes	p.168
2.3. Caractéristiques des effecteurs	p.168
2.4. Logistique de la Permanence de Soins Ambulatoires	p.169
2.5. Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires	p.170
3. Une structure type de permanence de soins ambulatoires	p.172
<b>V - CONCLUSION</b>	<b>p.175</b>
<b>VI - BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>p.177</b>
<b>VII - INDEX DES FIGURES</b>	<b>p.180</b>
<b>VIII - INDEX DES TABLEAUX</b>	<b>p.184</b>
<b>IX - INDEX DES CARTOGRAPHIES</b>	<b>p.186</b>
<b>X- ANNEXES</b>	<b>p.187</b>
Questionnaire « Etats des lieux des structures de PDSA »	p.188
Fiche de thèse	p.194

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel Nougairède,  
merci de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse et de m'avoir guidé tout au long de mes années d'internat de médecine générale.

A Messieurs les jurys,  
merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Josselin Le Bel,  
merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir soutenue et guidée tout au long de ce travail. Je vous remercie pour vos précieux conseils et votre disponibilité.

A tous les responsables médecins généralistes que j'ai rencontrés dans le cadre de ma thèse,  
merci pour votre disponibilité et la richesse de nos échanges au cours de nos rencontres.

A Monsieur le Docteur Cornelis Floor, le Docteur Patrick Lorcet et le Docteur Valérie Artis,  
merci de votre coopération et de la confiance que vous m'avez portée depuis ces trois dernières années.

A Monsieur le Docteur Michel Rybojad,  
merci de votre soutien et de votre aide depuis ma plus jeune enfance.

A mes parents,  
merci à vous de m'avoir offert la possibilité d'accomplir mon rêve. Merci de votre amour.

A ma sœur Emilie et mon frère Alexandre,  
merci de votre amour inconditionnel et de votre réconfort tout au long de ma vie et de mes études.

A Camille,  
merci pour ta tendresse. Merci pour ton aide et tes encouragements.

A Florence,  
merci pour tes petits mots de réconfort et de m'avoir aidée dans ce travail.

A Céline,  
merci pour ton amitié indéfectible et ton écoute.

A ma famille, mes cousins,  
merci de votre affection.

A mes amis,  
merci pour votre amitié, vos encouragements et votre compréhension.

## GLOSSAIRE

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUPS : Comité De l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGARS : Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé

FAQSV : Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

ECG : électrocardiogramme

HSPT : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

MMG : Maison Médicale de Garde

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgences

SASPAS: Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

TDR : test de diagnostics rapide

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## I - INTRODUCTION

Depuis une quinzaine d'années, on note un accroissement du nombre de passages aux urgences sans une augmentation franche des urgences médicales vraies ou conduisant à une hospitalisation. Beaucoup de patients ne distinguent pas une urgence vraie (vitale, ou nécessitant une prise en charge rapide) d'une consultation qui peut être remise au lendemain. La médecine devient un bien de consommation. Les patients souhaitent une réponse immédiate, et c'est pourquoi ils ont recours aux urgences comme à un cabinet médical ouvert 24h/24h. Comme l'indique le rapport de la Cour des Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2007 (1), « le nombre de passages dans les services d'urgences a doublé de 1990 à 2004, passant de 7 à 14 millions ». Cette situation est paradoxale car ces passages, ne correspondent pas le plus souvent à une situation d'urgence vitale ou grave, puisque dans les trois quarts des cas environ, les patients rentrent à domicile après leur consultation.

Pour ces raisons, la Permanence de Soins Ambulatoires (PDSA) s'est développée afin d'essayer de « désengorger les urgences » et limiter le recours abusif aux services d'urgences. Environ 15 % des patients sont classés CCUM1 (c'est-à-dire ne justifiant pas de recours à des examens complémentaires) et pourraient être gérés en médecine ambulatoire. (2)

Les structures de PDSA ont été créées pour répondre à cette demande croissante de la population. Elles déchargent les urgences hospitalières limitant le délai d'attente pour le patient et soulage le travail des équipes hospitalières.

Cependant, de nombreuses zones géographiques sont à ce jour dépourvues de structures de PDSA.

Avec cette étude, nous établirons un état des lieux précis des structures présentes en région d'Ile-de-France.

Cette étude descriptive analysera, pour chacune des structures identifiées, le mode de fonctionnement, de gestion, de financement et de recrutement d'effecteurs à l'échelle départementale et régionale.

Compte tenu des données recueillies, nous proposerons un modèle type de structure de PDSA afin d'homogénéiser et d'améliorer l'offre de soins aux horaires de PDS.

# **1 - LA PERMANENCE DE SOINS**

## **1.1. Définition législative**

Jusqu'en 2002, la permanence des soins ambulatoire était dépourvue de cadre juridique et organisée par la profession elle-même.

Le 22 janvier 2003, une réforme menée par le Sénateur Descours (3) définit la permanence de soins comme « une organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmées exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant ».

Le décret du 15 septembre 2003 et l'arrêté ministériel du 12 décembre 2003 (4) fixent les modalités d'organisation de la permanence des soins :

- La permanence de soins couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, de 20h à 8h tous les jours ouvrés, les dimanches et jours fériés, et éventuellement le samedi après-midi.
- Une sectorisation est arrêtée, sous la responsabilité du préfet et du CODAMUPS, afin d'améliorer l'organisation de la permanence de soins. Chaque département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixes en fonction des données géographiques.
- L'accès au médecin de la permanence de soins fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le service médical d'urgence.

Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat la présence d'un médecin, relève de la permanence de soins ambulatoire assuré par des médecins libéraux.

Les services d'urgences ont, quant à eux, pour mission de prendre en charge (...) les besoins immédiats, (...) qui exigent (...) l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins urgents qui appellent la mobilisation d'un médecin ayant les compétences d'intervention.

## **1.2. Code de déontologie et code de santé publique**

Certains points particuliers étaient préalablement définis par le code de la santé publique et le code de déontologie.

L'art.L.6325-1 du code santé publique rappelle que la permanence des soins est « une mission de service public».

L'article 77 du code de déontologie médicale précise qu'il est « du devoir du médecin de participer à la permanence des soins ambulatoire dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». Révisé par le décret n°2003-81, celui-ci précise que « les médecins de ville volontaires doivent s'inscrire préalablement sur un tableau de garde. Ce tableau nominatif est établi pour une durée minimale de trois mois et vérifié par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ». Ce même article, prévoit la possibilité de saisir le préfet afin de réquisitionner un médecin dans le secteur si la liste est incomplète.

La permanence devient dès lors une mission d'intérêt général basée sur le volontariat des médecins.

## **1.3. Les acteurs de la permanence de soins**

La permanence des soins regroupe trois types acteurs :

- La régulation médicale qui se définit comme un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur de permanence, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15,
- Les effecteurs postés qui sont des médecins libéraux volontaires qui assurent des consultations de médecine générale aux horaires de la permanence de soins dans leurs propres cabinets, ou dans des lieux fixes de consultation (maison médicale de garde, SAMI),
- Les effecteurs mobiles, médecins libéraux volontaires, qui assurent des consultations de médecine générale à domicile en journée et aux horaires d'ouverture de la permanence des soins.

## **1.4. La gestion de la permanence de soins**

### 1.4.1. L'Agence Régionale de Santé

Le code de santé publique a été modifié en janvier 2009 par la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » avec la mise en place d'Agences Régionales de Santé (ARS).

Les ARS se définissent comme des établissements publics de l'état, chargés de définir et d'appliquer la politique régionale de santé. Elles regroupent plusieurs institutions anciennement mises en place : l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

Les ARS sont compétentes dans les domaines suivants :

- la promotion de la santé et de la prévention,
- la veille et de la sécurité sanitaire,
- les pratiques soignantes et les modes de recours aux soins des personnes,
- l'accompagnement médico-social,
- l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires.

Concrètement, depuis la création des ARS, la PDSA s'organise de façon régionale et non plus départementale.

L'ARS reçoit le pouvoir de déterminer la rémunération des médecins (astreintes) à l'exception de celle des actes réalisés pour lesquels l'assurance maladie reste compétente.

Il définit les territoires de gardes dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'ARS selon les principes définis dans le cahier des charges régional.

### 1.4.2. Le CODAMUPS

Pour autant, l'échelon départemental ne disparaît pas du fait de l'existence maintenue des CODAMUPS (COMité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires)

L'article L 6313-1 du code de la santé publique indique que « Dans chaque département, un COMité De l'Aide Médicale Urgence de la Permanence de soins et des transports Sanitaires veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional » défini à l'article R. 6315-6.

Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires. »

Ce comité est issu du décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (JO du 17 juillet 2010).

Il est co-présidé par le Préfet de département et le Directeur Général de l'ARS. Il se compose de deux sous-comités :

- l'un médical examinant les questions relevant de l'activité médicale, de l'aide médicale urgente ;
- l'autre des transports sanitaires chargé de donner un avis préalable à la délivrance, à la suspension ou au retrait de l'agrément nécessaire aux transports sanitaires.

Le CODAMUPS est le lieu de discussion par excellence sur la permanence des soins et des transports sanitaires dans un département car il permet une concertation de l'ensemble des représentants des acteurs du système sanitaire : médecins libéraux, transporteurs sanitaires, délégations territoriales de l'ARS, services départementaux d'incendie et de secours, collectivités territoriales, conseil départemental de l'ordre des médecins, médecins conseil des caisses d'assurance maladie, caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie, médecin responsable de SAMU, directeurs d'hôpitaux, sapeurs-pompiers...

### **1.5. Le cahier des charges**

Les principes généraux, le pilotage du dispositif, la territorialisation et les rémunérations forfaitaires sur lesquels se fonde l'organisation de la permanence de soins doivent être formalisés dans un cahier des charges départemental révisable au maximum tous les trois ans par l'Agence Régionale de Santé.

Le cahier des charges de la PDSA est un document d'organisation par lequel le DGARS formalise l'organisation de la PDSA dans la région.

Le cahier des charges régional précise ainsi :

- l'organisation générale de la PDSA (territoires de PDSA, nombre d'effecteurs, modalités d'intervention des effecteurs, points fixes de consultation, conditions de transport des patients vers les lieux de consultation, modalités de participation des établissements de santé à la PDSA si besoin)
- l'organisation de la régulation des appels, qui est confiée le plus souvent aux Centres 15 des SAMU.

C'est pourquoi ce document est soumis pour avis :

- à l'ensemble des CODAMUPS-TS de la région concernée
- à la commission spécialisée de l'organisation de l'offre de soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) représentant les médecins
- aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins et aux préfets de département (pour la partie concernant spécifiquement leur département).

## 1.6. L'état des lieux national en 2012

En janvier 2012, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a établi un état des lieux sommaire (5) qui démontre que l'organisation est loin d'être homogène et optimale.

Alors que la loi HSPT crée des ARS qui ont pour mission d'établir un cahier des charges pour chaque région, seules trois régions (Poitou-Charentes, Basse-Normandie, Franche-Comté) disposaient d'un cahier des charges validé en janvier 2012.

La permanence des soins regroupe 2267 secteurs en 2012 alors qu'on en comptait 3770 en 2003. Le nombre de secteurs tend à être réduit en fonction des besoins effectifs de la population et de la capacité des médecins à y répondre. Parmi ces secteurs, presque la moitié n'est plus assurée au-delà de minuit (considérés comme étant «la nuit profonde»).

D'un point de vue national, la participation des médecins reste stable et supérieur à 60 % dans plus des deux tiers des départements. Mais ces chiffres sont très disparates car on recense dans 28% des départements un déclin de médecins volontaires, 882 secteurs comptent un effectif de moins de dix médecins pour assurer la permanence de soins. La part de médecins effecteurs pourrait être probablement augmentée si l'assurance maladie acceptait d'établir des feuilles de soins pour les médecins remplaçants et les médecins salariés.

Dans la majorité des départements, la permanence des soins est régulée via le centre 15. Seuls trente-trois départements disposent d'un numéro dédié, distincts du 15, qui les mets en contact avec des médecins libéraux régulateurs (Rhône, Seine-Maritime, Vendée, Eure, Landes, Vosges...) Pivot de la bonne organisation de la permanence de soins, la régulation médicale connaît quant à elle un essor de 10% de l'implication des médecins libéraux.

Il existe en France 336 points de garde postés, en augmentation de 10 % d'un point de vue national. Dans certains départements (le Val-de-Marne, la Vienne, la Manche), l'ensemble de la permanence de soins est organisé autour de ces points fixes. Elles favorisent une meilleure accessibilité pour les patients et est une réelle alternative aux consultations hospitalières. Cependant, le développement de ces sites reste fragilisé par manque de financement.

## **2 - LES STRUCTURES DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES**

### **2.1 Définition**

Une structure de soins de PDSA est « un lieu d'accueil physique, ouvert à la population sans discrimination par rapport à un lieu de résidence, à l'âge ou à des critères sociaux, sans prise de rendez-vous, aux heures de fermeture des cabinets médicaux, les soins y sont dispensés sous forme de consultations. » (6)

On distingue 3 types de structures :

- la maison médicale de garde définie comme « un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de permanence de soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée ».
- le cabinet médical tournant défini par le regroupement de plusieurs médecins libéraux dispensant des consultations à tour de rôle dans leurs cabinets médicaux respectifs,
- le point fixe défini comme un lieu fixe dispensant des consultations dans le cadre de la PDSA avec des horaires d'ouverture restreints.

### **2.2 Historique**

Jusqu'en 2003, la permanence de soins était organisée de manière très disparate dans chaque commune ou département. Les gardes de médecine générale débutaient à 20 h jusqu'à 8h du matin sous forme de visites à domicile après appel par les patients. Chaque médecin généraliste libéral effectuait ses gardes pour sa patientèle ou ils se regroupaient entre eux pour effectuer des tours de gardes. Bien souvent, le médecin généraliste était le premier acteur appelé pour les urgences « vraies ».

Dans les années 1990, des médecins généralistes ont eu l'idée et l'initiative de créer des MMG (notamment dans l'AIN, le Rhône, Le Val-de-Marne et les Hauts de Seine) afin de pallier à cette surcharge de travail.

Mais cette permanence de soins a été délaissée peu à peu par les médecins généralistes en raison d'une charge de travail croissante à leur cabinet en journée et lors des gardes, sans reconnaissance par les pouvoirs publics, et sans consensus.

En novembre 2001, débute en France une grève illimitée des médecins généralistes libéraux. Chaque médecin mobilisé refuse d'assurer sa permanence de soins en soirée et nuit malgré les réquisitions des pouvoirs publics. Nos confrères revendiquent une revalorisation des actes de jour et de nuit, une réduction du temps de travail, et une amélioration de la qualité de travail. La médecine générale désire être davantage reconnue

« par leurs confrères spécialistes et par le grand public, comme le pivot de la coordination du système de distribution des soins ».

La consigne est claire. Tous les médecins généralistes, qu'ils participent ou non à un système de garde, enregistrent sur leur répondeur le message suivant : " en raison d'un mouvement de grève national auquel votre médecin participe, en cas d'extrême urgence jusqu'à demain 8 heures, veuillez composer le numéro 15 ". Tous les appels sont ainsi redirigés vers le centre 15 où le délai d'attente atteint un record maximal de 2 à 3h en fonction de certains départements. Les services d'urgences hospitalières ne cessent de s'engorger au fil des jours ne permettant pas de répondre à la demande des patients.

A partir de 2003, la permanence de soins est analysée et restructurée. Les pouvoirs publics désirent promouvoir la permanence de soins ambulatoires en maison médicale de garde en s'appuyant sur le mode de fonctionnement de celles déjà préexistantes. Le rapport du sénateur Charles Descours (3) pose les bases de l'organisation de la PDS et des MMG, plus tard améliorées par le Docteur Jean-Yves Grall (7) et codifiées dans un cahier des charges comme le recommande la « loi HSPT ».

## **2.3 Les modalités de fonctionnement préconisées par le cahier des charges**

### 2.3.1. Le lieux

En milieu rural, le cahier des charges régional en Ile-de-France de septembre 2012 (8) préconise que la structure de soins soit située dans un hôpital local, un EHPAD, une maison de retraite ou une maison de santé pluridisciplinaire.

En milieu urbain, une localisation dans une enceinte hospitalière ou contiguë des urgences est préférable. Cependant, une coordination et une organisation précise entre les deux structures doivent être mise au point pour optimiser l'offre de soins.

Dans le cadre où la structure de soins s'implante dans une structure non médico-sociale, celle-ci doit être proche d'une permanence de sécurité (pompiers, police, gendarmerie).

Le local peut quant à lui être partagé en journée pour d'autres utilisations.

### 2.3.2. Les horaires

La structure de PDSA doit être ouverte aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux :

- tous les jours (lundi au vendredi) de 20h00 à 24h00,
- dimanche et jours fériés de 8h00 à 20h00,

- et le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié en fonction des besoins et de l'offre existante.

Cependant en fonction des besoins constatés, l'ouverture peut être réduite aux samedis après-midi et dimanches. Les horaires peuvent être élargis en fonction de l'afflux saisonnier ou d'une crise sanitaire.

### 2.3.3. Les effecteurs

Un nombre minimum de médecins installés doit être requis, environ vingt à trente effecteurs afin d'assurer le tableau de garde. Ceux-ci peuvent exercer dans des cabinets médicaux libéraux, des maisons de santé, centre de santé. Celui-ci ne peut et ne doit pas être constitué uniquement de remplaçant.

Il est préférable de solliciter la participation de tous les médecins du secteur regroupant la MMG.

### 2.3.4. Les réquisitions

Le tableau de garde de chaque structure de PDSA doit être rempli et transmis au CDOM avec trois mois d'antériorité.

Si celui-ci n'est pas comblé, le CDOM en avise le préfet du département qui peut réquisitionner un médecin du secteur (en premier recours un médecin ne participant pas à la PDSA).

### 2.3.5. La régulation

Par principe, le recours à une MMG ou une structure de PDSA est préalablement régulé par le centre 15 qui juge de la pertinence d'adresser ce patient vers la MMG, aux urgences, une visite à domicile ou de lui préconiser des conseils médicaux.

Dans certains départements, il existe un numéro dédié à la PDSA distincts du 15 qui met le patient directement en contact avec des médecins libéraux régulateurs.

### 2.3.6. La sectorisation

La PDSA est organisée dans le cadre départemental et divisée en secteurs sur le principe de l'organisation des soins. Chaque secteur est arrêté par le représentant de l'état sous proposition du CODAMUPS, CDOM, des syndicats et associations professionnelles.

La zone d'action de la MMG est définie :

- selon la population, avec au minimum 60 à 70 000 personnes en zone urbaine,
- selon le rayon d'action, avec en zone rurale 30 à 35 km autour de la MMG,
- selon le nombre de médecins susceptibles d'y participer.

### 2.3.7 La tarification des actes

Les actes pratiqués lors de la PDSA sont nomenclaturés à la CPAM :

- acte de nuit non régulé de 20h00 à 24h00 : CN soit 58 euros,
- acte non régulé en journée le samedi et dimanche : CF soit 42.06 euros,
- acte de nuit régulé de 20h00 à 24h00 : soit 65.50 euros,
- acte régulé le samedi : C+CRS soit 49.50 euros,
- acte régulé le dimanche et jours fériés : C+CRD soit 49.50 euros,
- auxquels s'ajoute la majoration MNO ou MGE.

## **2.4. Le financement**

Les projets d'ouverture de structures de PDSA peuvent être financés par le Fonds d'Intervention Régional (FIR), successeur du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), fusion du Fonds d'Aide à la qualité des soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR).

Le FIR évalue l'enveloppe annuelle comprenant le coût d'investissement et de fonctionnement reconductible sur une période de cinq ans. Cette enveloppe est directement versée au promoteur ou à l'établissement hébergeant la structure.

Cependant d'autres acteurs peuvent être sollicités tels que les collectivités locales ou les communautés d'agglomération.

## II - MATERIEL ET METHODES

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive réalisée auprès de médecins généralistes responsables de tout type de structure de PDSA en Ile-de-France.

Les structures participant à la PDSA mobiles ont été exclues de l'étude.

### **2. Choix des participants**

L'étude s'est déroulée en région Île-de-France.

Grâce aux moteurs de recherche Internet, à des appels auprès des Conseils de l'Ordre Départemental des Médecins, et auprès des associations départementales de la PDSA, j'ai pu établir une liste complète, pour chaque département, de tous les responsables de structures participants à la Permanence de Soins Ambulatoires.

Au total, j'ai identifié

- 61 structures de PDSA
- 6 structures fixes de SOS médecins.

### **3. Recueil des données**

Chacun des participants a été contacté individuellement par téléphone. Lors du contact téléphonique, j'ai exposé l'étude puis demandé à les rencontrer directement lors d'un entretien de 45 minutes environ, à leur cabinet ou directement à la maison médicale de garde.

Les responsables ne pouvant me recevoir, ont rempli le questionnaire par email.

Les entretiens et réceptions des questionnaires se sont déroulés du 7 janvier au 15 mars 2013.

#### **4. Le questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré à partir du cahier des charges régional, Arrêté du DGARS du 27 septembre 2012 (7), fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires, et de l'expérience des professionnels participant à la PDSA dans des structures de différents départements.

Chaque questionnaire était identifié par le nom et prénom du responsable de la structure de PDSA, avec son âge et sa profession.

Le questionnaire comprenait 37 questions réparties en fonction de différents indicateurs :

- 10 questions portaient sur les caractéristiques de la structure de PDSA
  - Commune de la MMG
  - Nombre de communes ou arrondissements couverts
  - Année d'ouverture
  - Type de permanence de soins
  - Lieu de consultations
  - Structure d'appui proche de la structure
  - Distance du Service d'Accueil d'Urgence le plus proche
  - Horaires d'ouverture de chacune des structures
  - Nombre d'heures effectuées sur une astreinte
  - Mode d'accès des patients.
- 6 questions portaient sur les caractéristiques des actes effectués
  - Nombre de passages annuels en 2012
  - Répartition des actes sur un mois (novembre ou décembre 2012)
  - Types de gardes
  - Possibilité de visite à domicile
  - Actes ne relevant de la PDSA
  - Possibilité de consultations en EHPAD
- 9 questions portaient sur les caractéristiques des effecteurs
  - Nombre d'effecteurs avec répartition entre médecins installés et médecins remplaçants, hommes-femmes, et moyenne d'âge des effecteurs
  - Fréquence mensuelle d'astreintes en semaine
  - Fréquence mensuelle d'astreintes en week-end
  - Fréquence d'établissement de la liste de gardes
  - Détails sur la rémunération des astreintes en semaine et weekend
  - Détails sur la rémunération des actes en semaine et weekend
  - Les effecteurs doivent-ils rétrocéder une parties de leurs recettes ou forfait d'astreintes pour le fonctionnement de la MMG, et si oui à hauteur de combien ?
  - Nécessité de réquisitionner pour compléter le planning de gardes.

- 8 questions portaient sur la logistique de la MMG
  - Répartition des pièces des MMG (hors regroupements de cabinet médical tournant)
  - Listing du matériel non médical disponible
  - Informatisation des dossiers médicaux?
  - Listing du matériel médical disponible
  - Mise à disposition de médicaments d'urgence, et si oui lesquels
  - Mode de règlements des consultations
  - Pratique du tiers-payant systématique ?
  - Liste du personnel travaillant pour la structure
- 4 questions portaient sur le financement de la maison médicale de garde
  - Coût initial d'investissement avec ou sans aide financière par les communes-communautés d'agglomération
  - Coût moyen annuel de fonctionnement avec ou sans aide financière par les communes-communautés d'agglomération
  - Répartition approximative des coûts entre le loyer, les frais de fonctionnements (matériels, EDF, téléphone...), les charges du personnel, les frais de gestion, la coordination
  - Acteurs du financement de la structure

La grande majorité des questions posées ont été des questions fermées, souvent à choix multiples.

A noter que les cabinets médicaux tournants participant à la PDSA n'ont pas été étudiés pour l'ensemble des questions.

## **5. Analyses statistiques**

Les résultats ont été analysés par département.

Une analyse régionale a été établie distinguant les modalités de fonctionnement par type de structure.

## **6. Aspects légaux**

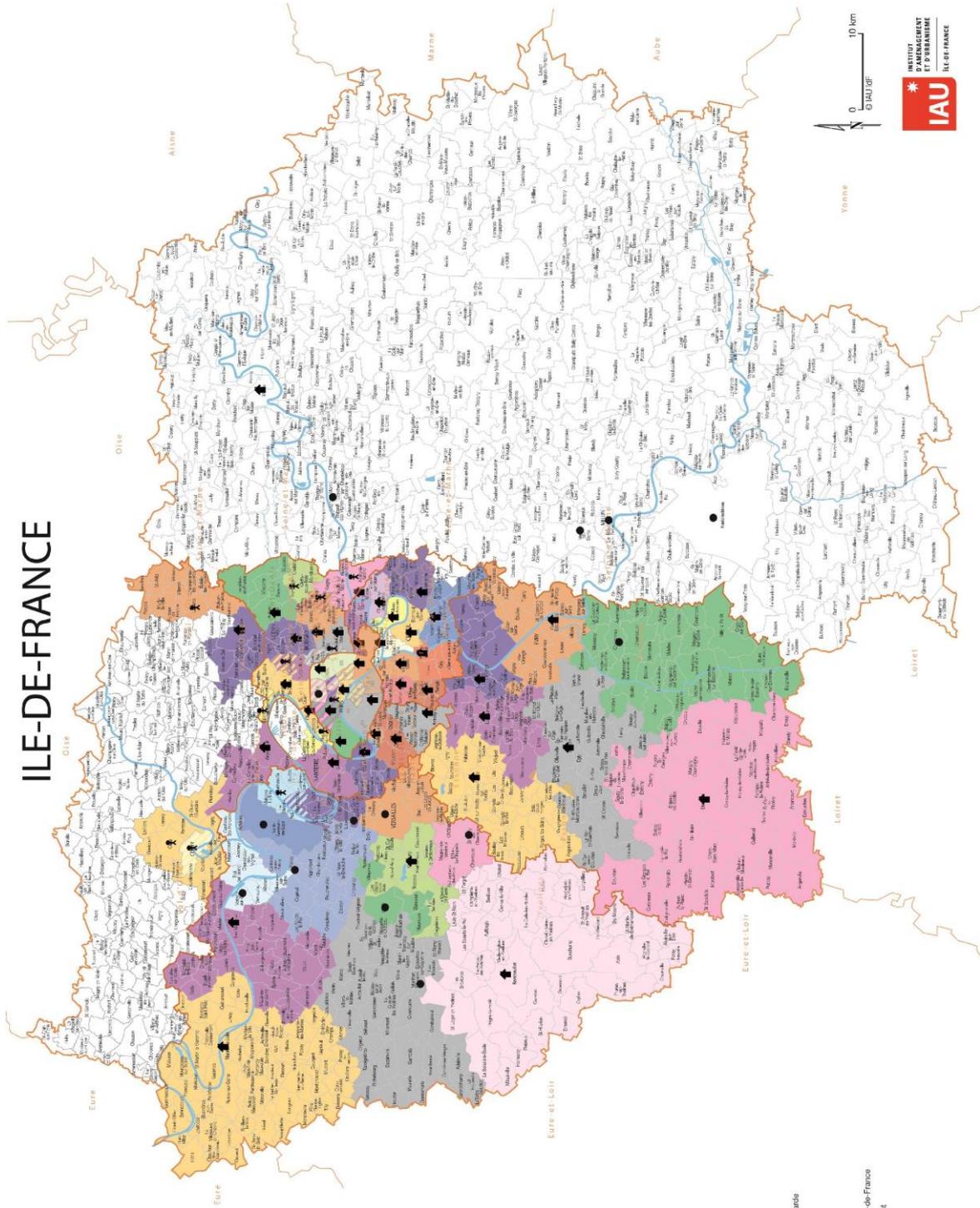
Aucune déclaration CNIL n'a été faite. Elle ne relève pas de la loi HURIET.

### III - RESULTATS

# Région Ile-de-France

La cartographie ci-dessous localise chacune des structures de PDSA en région Ile-de-France

# ILE-DE-FRANCE



Situation en janvier 2013

### Structures

- Point Fixe
- Maison Médicale de Quartier
- Cabinet Tourmart

### Légende

- limite de la région Ile-de-France
- limite de département
- limite de commune
- préfecture
- sous-préfecture

# Département Paris 75

Il existe dans le département de Paris, huit structures de PDSA.  
J'ai rencontré individuellement les huit responsables de ces structures.

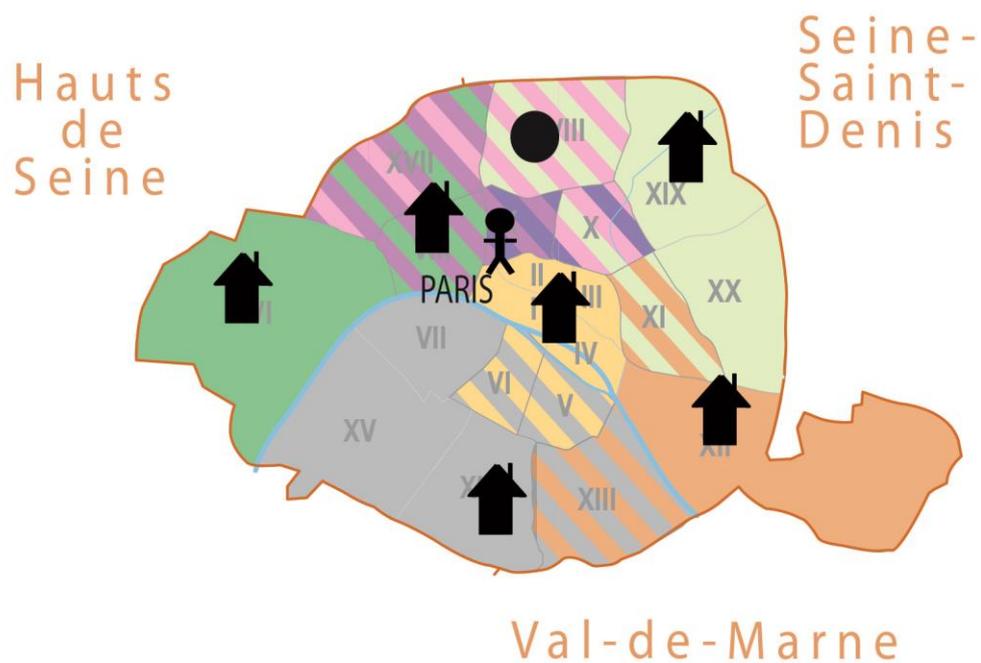
## I – Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires

### **1. 1 - Cartographie des PDSA**

On dénombre dans le département de Paris, six maisons médicales de garde, un point fixe et un cabinet médical tournant.

La cartographie ci-dessous localise chacune de ces structures en y précisant l'arrondissement et le code postal, l'année d'ouverture.

# PARIS (75)



## Structures

- Point Fixe
- Maison Médicale de Garde
- Cabinet Tournant

## Légende

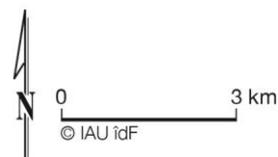
- limite de la région Île-de-France
- limite de département
- limite de commune

- VERSAILLES      préfecture
- Argenteuil        sous-préfecture

## Territoires PDSA

	75-01	Sentier (75002)	2010
	75-02	Saint-Lazare (75008)	2012
	75-03	Gandour (75009)	2009
	75-04	Nation (75012)	2008
	75-05	Gaité (75014)	2005
	75-06	Alma-Marceau (75016)	2007
	75-07	Ramey (75018)	2008
	75-08	Porte-de-Pantin (75019)	2004

Situation en janvier 2013



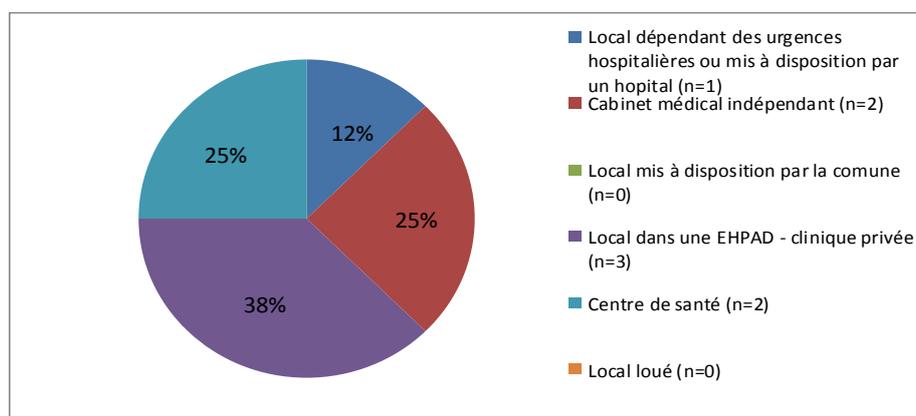
## **1.2 - Fonction des responsables des structures de la PDSA**

Tous les responsables sont des médecins généralistes libéraux installés (n=8/8).

## **1.3 – Lieu de consultations des structures de PDSA**

La majorité des six MMG parisiennes sont installées dans des locaux appartenant à un EHPAD ou une clinique privée (n=3/6).

*Fig 1 – Lieu de consultations (n=8)*

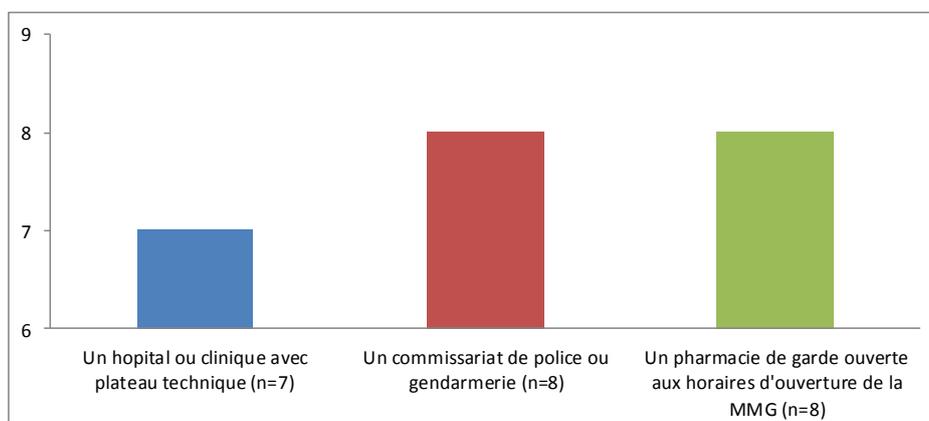


## **1.4 - Structures d'appui à proximité de la PDSA**

Une seule structure est éloignée de plus de 3km d'un hôpital ou clinique.

Toutes les structures de PDSA sont localisées à moins de 3km d'un commissariat (n=8/8) ou d'une pharmacie ouverte aux horaires d'ouverture de la PDSA (n=8/8).

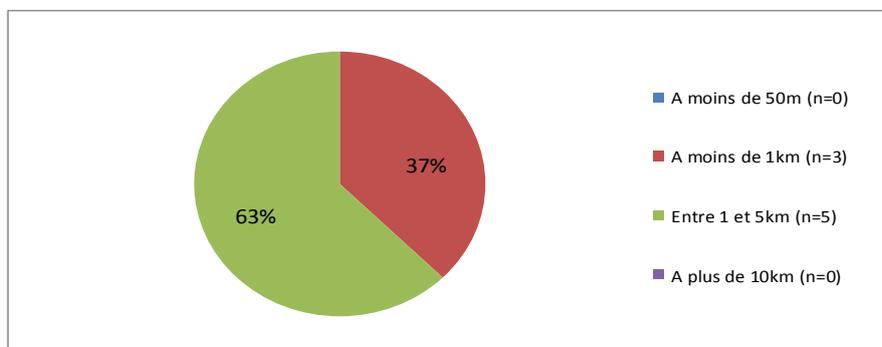
*Fig 2 - Structure d'appui à proximité de la PDSA (moins de 3km) (n=8)*



## 1.5 – Où se situe le service d'Accueil d'Urgences le plus proche ?

La majorité des structures de PDSA sont situées à une distance 1 à 5 km d'un SAU (n=5/8).

*Fig 3 – Localisation du Service d'Accueil d'Urgences (n=8)*



## 1.6 - Horaires d'ouverture de chacune des structures de PDSA

Les horaires d'ouverture sont assez hétérogènes dans le département de Paris.

Seules deux structures parmi les huit sont ouvertes en soirée du lundi au vendredi, et une seule est ouverte en soirée le weekend.

Toutes les structures sont ouvertes le samedi et dimanche (n=8/8).

*Tableau 1 - Horaires d'ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA*

Structure Code postal	samedi	dimanche	Soirée semaine	Soirée weekend
<b>MMG 75002</b>	14h-20h	9h-20h		
<b>MMG 75008</b>	14h-20h	9h-20h		
<b>Cab Med 75009</b>	12h-20h	10h-18h		
<b>MMG 75012</b>	14h-20h	9h-20h		
<b>MMG 75014</b>	14h-20h	9h-20h		
<b>MMG 75016</b>	14h-20h	9h-20h		
<b>Point fixe 75018</b>	12h-18h	9h-18h	20h-23h	
<b>MMG 75019</b>	14h-20h	9h-20h	20h-23h	20h-23h

### **1.7 - Nombre d'heures effectuées sur une astreinte.**

Le nombre d'heures effectuées lors d'une astreinte varie de quatre à huit heures.

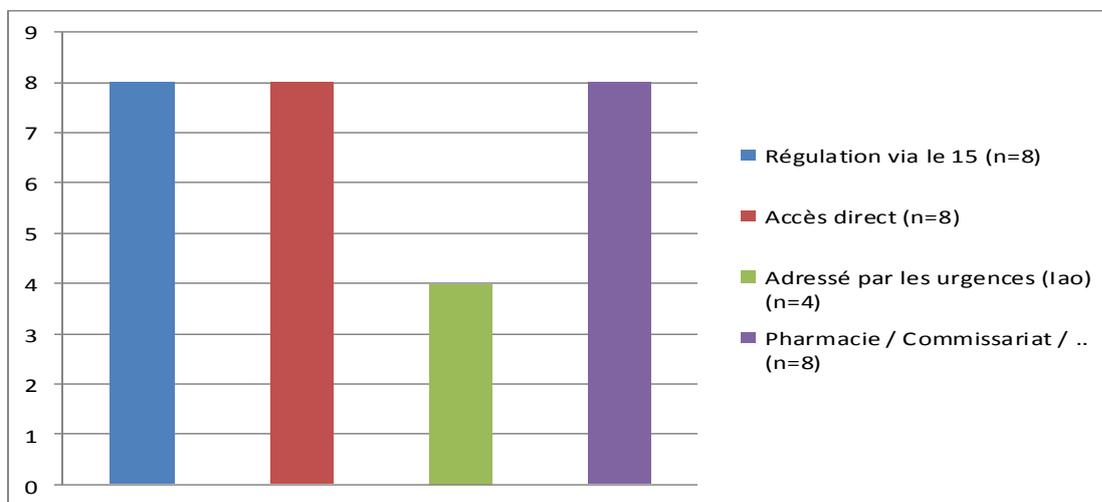
Dans la majorité des structures, chaque médecin participant à une permanence assure une vacation de 6h (n=6/8).

### **1.8 – Mode d'accès à la PDSA**

Aucune des PDSA n'impose une régulation préalable par le Centre 15.

La moitié des structures de PDSA reçoivent des patients adressés par le SAU (n=4/8).

*Fig 4 – Mode d'accès à la PDSA (n=8)*



## II – Caractéristiques des actes

### **2.1- Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.**

Le nombre de passages annuels varient de 1500 à 5172 actes, avec une moyenne départementale de 2 666 actes annuels.

Toutes les gardes sont postées à la structure de PDSA.

Aucun des effecteurs ne réalise de visite à domicile, ni en EHPAD.

*Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.*

<b>Structure Code postal</b>	<b>Nombre de passages annuels</b>	<b>Actes en novembre 2012</b>	<b>Types de gardes</b>	<b>Visite à domicile</b>	<b>Consultations en EHPAD</b>
<b>MMG 75002</b>	NC*	NC*	Posté	Non	Non
<b>MMG 75008</b>	2632	186	Posté	Non	Non
<b>Cab Med 75009</b>	NC*	NC*	Posté	Non	Non
<b>MMG 75012</b>	1957	191	Posté	Non	Non
<b>MMG 75014</b>	2334	195	Posté	Non	Non
<b>MMG 75016</b>	1500	150	Posté	Non	Non
<b>Point fixe 75018</b>	2400	213	Posté	Non	Non
<b>MMG 75019</b>	5172	576	Posté	Non	Non

\*NC : non communiqué

### **2.2 – Actes ne relevant de la PDSA**

Deux structures autorisent le renouvellement de traitements chroniques (n=2/8) et une accorde la délivrance de traitements de substitution (n=1/8).

Aucun effecteur ne se déplace pour établir des certificats de décès, ni ne réalise des examens de garde à vue.

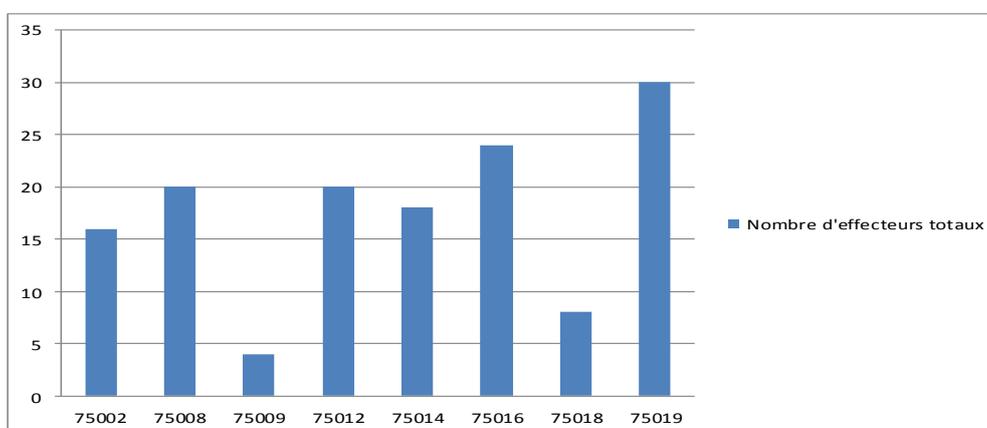
### III – Caractéristiques des effecteurs

#### **3.1- Caractéristiques des effecteurs participant à la PDSA en fonction des structures**

La participation à la PDSA est volontaire.

Le nombre d'effecteurs participant à la PDSA varie de quatre à trente effecteurs par structure.

*Fig 5 – Nombre d'effecteurs participant à la PDSA*

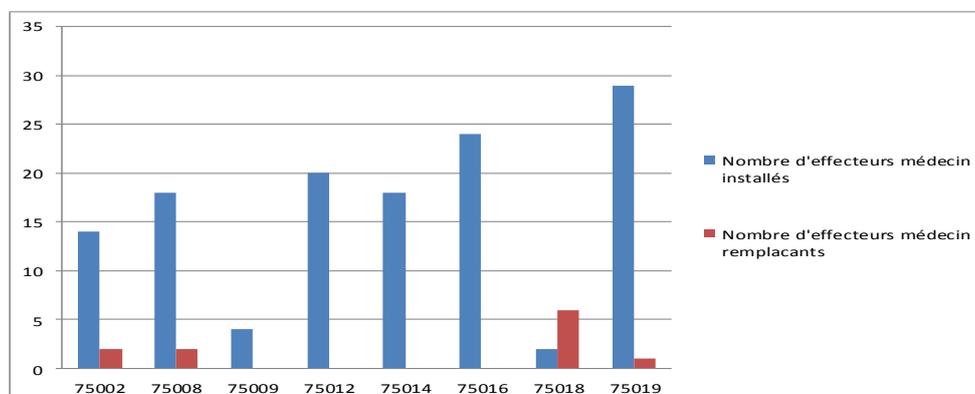


Le nombre moyen d'effecteurs médecins installés est de seize par structure.

Seules quatre structures parmi les huit ont des effecteurs médecins remplaçants.

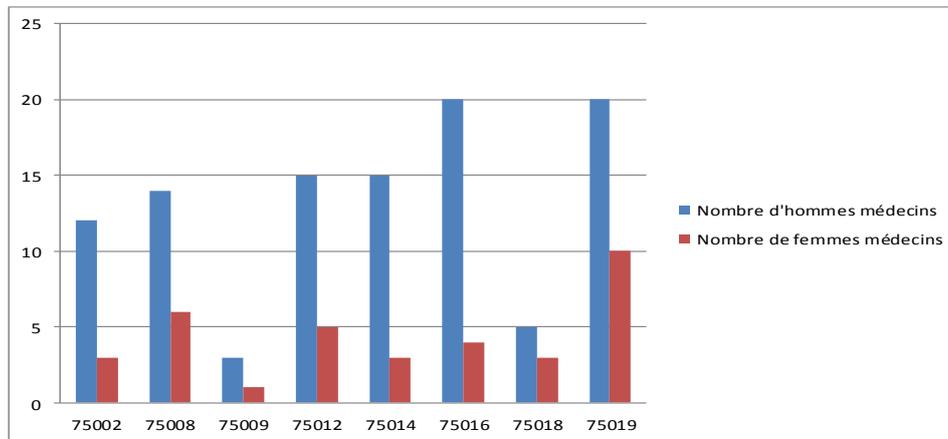
L'âge moyen des médecins généralistes installés participant à la PDSA est de 46 ans.

*Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installés et remplaçants participant à la PDSA*



Parmi les effecteurs participants, 25% des effecteurs sont des femmes.

*Fig 7 – Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe.*

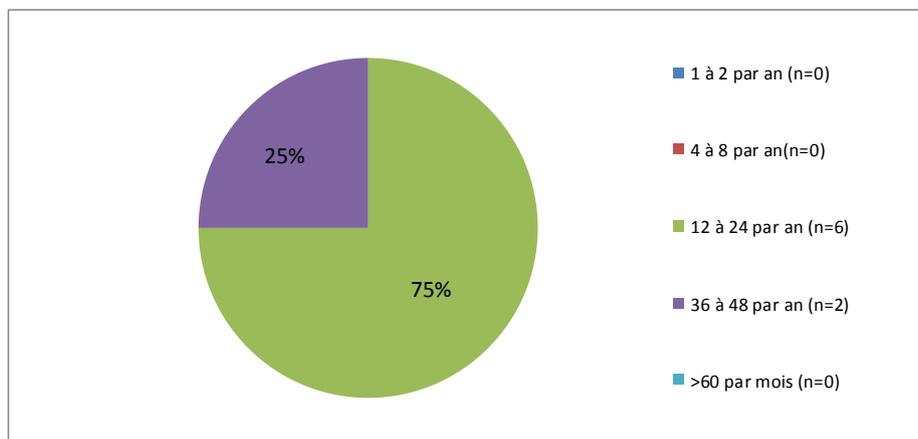


### **3.2- La fréquence des astreintes**

Pour les vacances en soirée, en fonction de la structure, les effecteurs réalisent de une à cinq vacances mensuelles.

Pour les vacances en weekend, la majorité des effecteurs assurent une à deux vacances par mois (n=6/8).

*Fig 8 - Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs en weekend (n=8)*

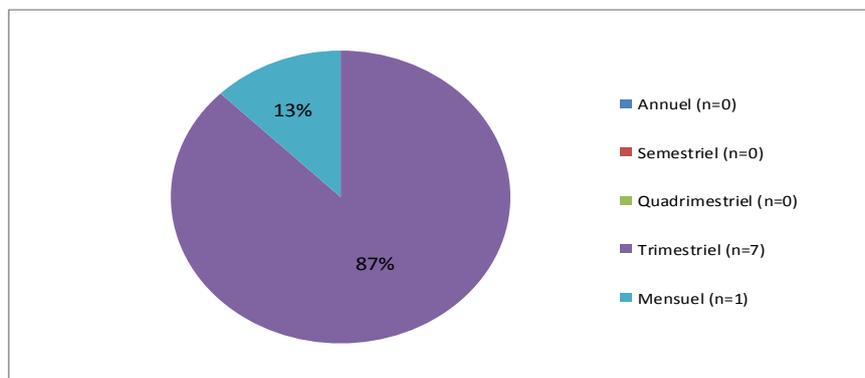


### **3.3 La fréquence du choix de garde**

Le choix de garde est géré par le responsable de chacune des structures qui établit la liste par ordre alphabétique ou lors de réunion de choix de garde.

Pour la majorité des structures, le planning de garde est fixé trimestriellement (n=7/8).

*Fig 9 – Fréquence du choix de garde (n=8)*



Aucune des PDSA de Paris n'a eu besoin de réquisitionner des médecins pour remplir le planning de garde.

### **3.4 – La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA**

Il n'existe aucune rémunération forfaitaire allouée aux effecteurs pour les astreintes effectuées sur le département de Paris.

### **3.5 - La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA**

Dans le département de Paris, quatre structures de PDSA cotent tous leurs actes en « non régulé » quel que soit le mode d'accès.

Les quatre autres PDSA distinguent leurs cotations en fonction de leur mode d'accès ; « acte régulé » ou « acte non régulé ».

### **3.6 – La rétrocession**

On dénombre deux structures de PDSA (n=2/8) où les effecteurs doivent rétrocéder une partie de leurs recettes pour le fonctionnement de la structure.

Six MMG sont gérées par une association : la GMP « Garde Médicale de Paris » avec une adhésion forfaitaire annuelle imposée aux effecteurs de la PDSA.

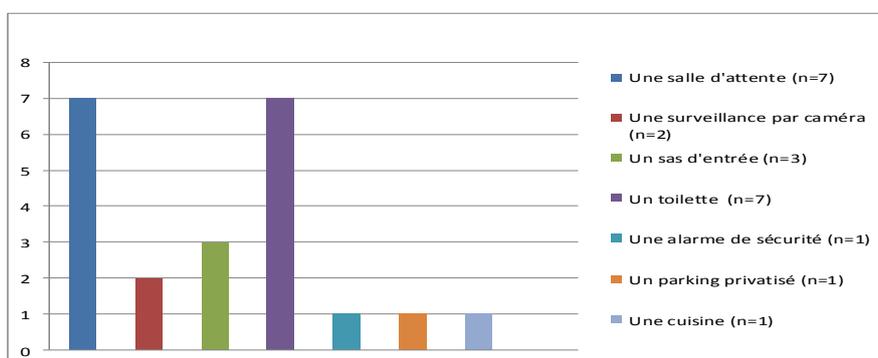
## IV – Logistique de la Permanence De Soins Ambulatoires

### 4.1 – Aménagement des locaux

Toutes les structures de PDSA ont une salle d'attente dans les locaux de consultation (n=7/7), ainsi que des toilettes (n=7/7).

Seules trois structures sur sept sont équipées d'un système de vidéo surveillance ou d'une alarme de sécurité.

*Fig 10 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants) (n=7)*

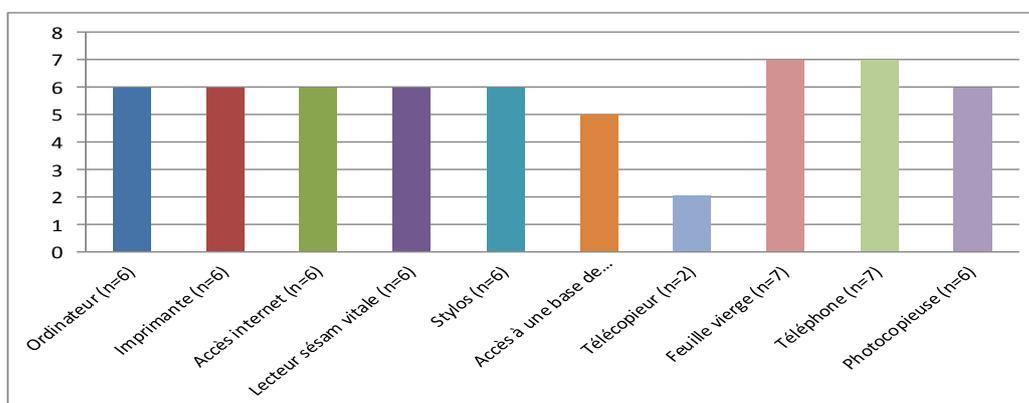


### 4.2 - Equipements administratifs disponibles dans les structures

Mise à part une structure de PDSA, les six autres (n=6/7) sont équipées d'un système informatique, d'un lecteur sésam vitale pour la transmission des feuilles de soins, et d'une imprimante pour des ordonnances informatisées.

Toutes disposent d'un téléphone (n=7/7).

*Fig 11 - Equipements administratifs disponibles dans les structures (n=7)*



### **4.3 - Informatisation des dossiers médicaux (hors cabinets médicaux tournants)**

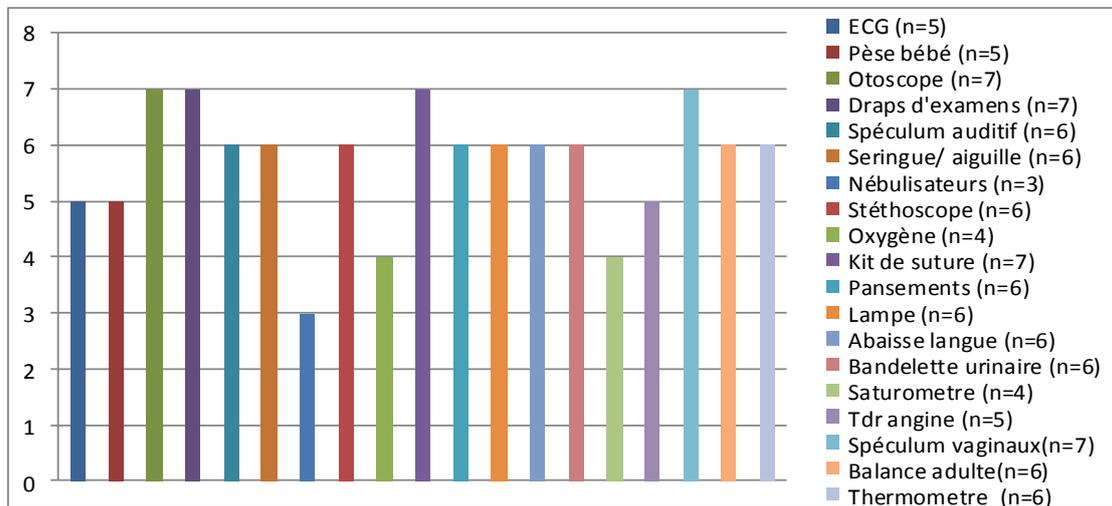
Parmi les six structures possédant un ordinateur, toutes informatisent leurs dossiers médicaux.

### **4.4 - Matériel médical disponible au cabinet**

La majorité des structures disposent d'un ECG (n=5/7) et d'oxygène en cas de nécessité (n=4/8=).

A noter qu'une structure n'est pas équipée d'un pèse-bébé (n=6/7).

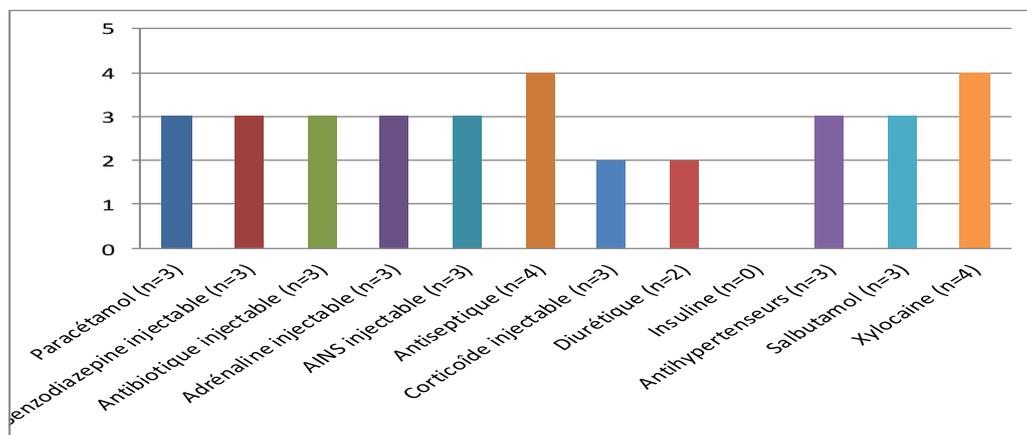
**Fig 12 - Matériel médical disponible au cabinet pour tous les effecteurs (hors cabinet médical tournant) (n=7)**



#### **4.5 – Les médicaments d’urgence**

Une trousse de médicaments d’urgence n’est disponible que dans quatre structures.

*Fig 13 – Liste de médicaments disponibles dans les structures (n=4)*



#### **4.6 – Mode de paiement des actes**

Les consultations peuvent être réglées par espèces ou chèques.

Deux structures peuvent également utiliser la carte bancaire quand l’effecteur est équipé de son propre système portable.

#### **4.7 – La pratique du tiers payant (hors ALD, CMU, AME)**

Il existe à ce jour trois structures (n=3/8) qui ne pratiquent pas le tiers-payant de façon systématique comme exigé selon le cahier des charges de septembre 2012.

#### **4.8 – Liste du personnel travaillant pour la structure**

Il existe dans les départements de Paris, une association, la GMP, qui centralise la gestion administrative de quatre MMG parmi les six structures adhérentes.

Deux structures de PDSA requièrent la présence d'un agent d'accueil ou d'un agent de sécurité (n=2/8).

*Tableau 3 -Liste du personnel travaillant pour la structure*

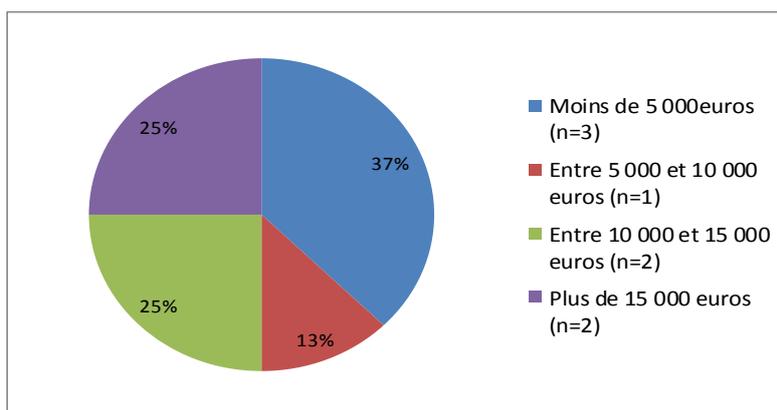
<b>Structure Code postal</b>	<b>Secrétaire</b>	<b>Agent de sécurité</b>	<b>Comptable</b>	<b>Agent d'entretien</b>
<b>MMG 75002</b>	Oui	Non	Oui	Non
<b>MMG 75008</b>	Oui	Oui	Oui	Non
<b>Cab Med 75009</b>	Oui	Non	Oui	Oui
<b>MMG 75012</b>	Oui	Oui	Oui	Non
<b>MMG 75014</b>	Oui	Non	Oui	Non
<b>MMG 75016</b>	Non	Non	Oui	Non
<b>Point fixe 75018</b>	Oui	Non	Oui	Oui
<b>MMG 75019</b>	Oui	Non	Oui	Non

## V – Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires

### **5.1 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure**

Les coûts initiaux d'investissement sont très hétérogènes en fonction des structures, avec un coût médian de 10 000 euros.

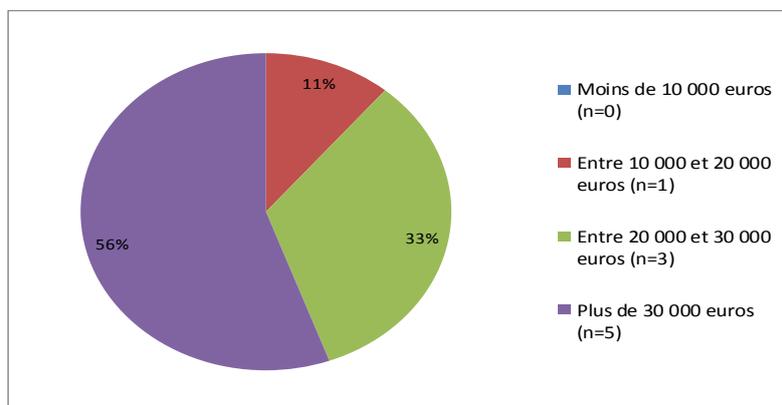
*Fig 14 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure (n=8)*



### **5.2 – Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure**

Pour la majorité des structures, le coût annuel de fonctionnement dépasse 30 000 euros (n=5/8).

*Fig 15 - Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure (n=8)*



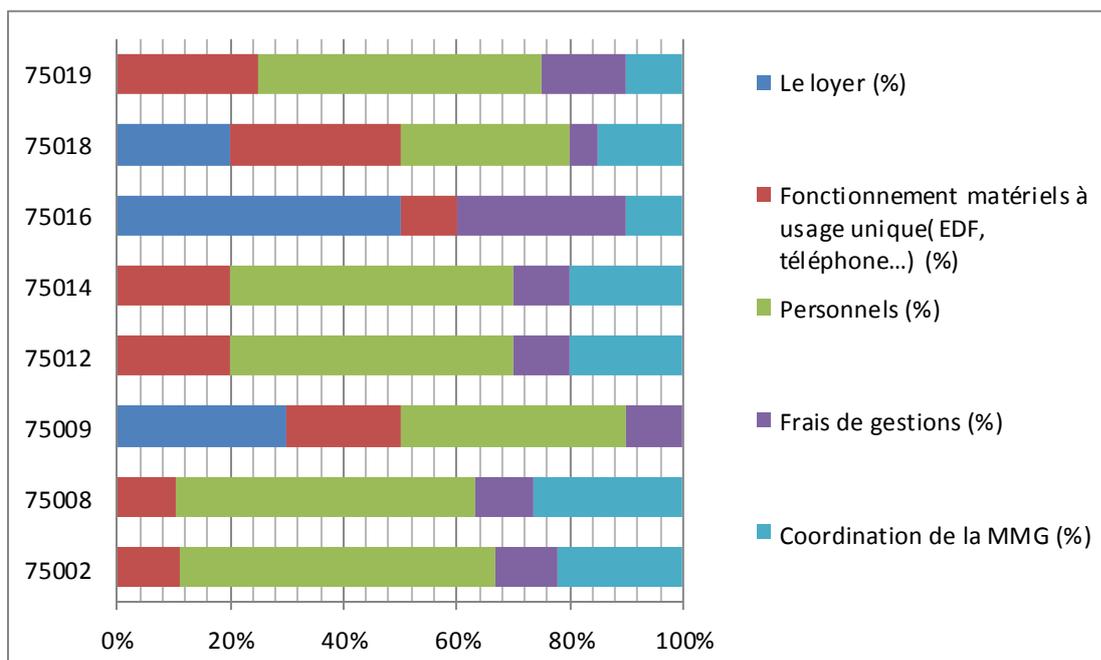
### **5.3 – Répartition approximative des coûts**

Le poste le plus élevé est celui des frais de personnel qui représente en moyenne 30 à 50% de budget global.

Les frais de coordination des structures de PDSA représentent un budget entre 10 à 25 % du budget.

Trois structures sont redevables d'un loyer pour les locaux utilisés.

*Fig 16 - Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes*



## **5.4 - Financement des structures**

Les six MMG sont financées par l'ARS avec la participation des collectivités locales ou d'une structure de soins.

Le cabinet médical tournant et le point fixe financent leurs structures grâce à la rétrocession d'honoraires.

*Tableau 4 – Financement pour chacune des structures (n=8)*

<b>Structure Code postal</b>	<b>ARS</b>	<b>Rétrocession d'honoraire</b>	<b>Auto- financement</b>	<b>Participation par les collectivités locales</b>	<b>Prise en charge par une structure de soins</b>	<b>Cotisations de l'association</b>
<b>MMG 75002</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 75008</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>Cab Med 75009</b>	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
<b>MMG 75012</b>	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
<b>MMG 75014</b>	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
<b>MMG 75016</b>	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
<b>Point fixe 75018</b>	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
<b>MMG 75019</b>	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non

# Département Seine-et-Marne 77

Il n'existe dans le département de Seine-et-Marne, que des points fixes gérés par trois « organismes » de SOS Médecins : SOS médecins Nord, MU 77 et SOS Médecins Sud.

Compte tenu de leur fonctionnement et de leur gestion différente de la PDS ambulatoire classique, ceux-ci n'ont pas été inclus dans le questionnaire.

J'ai rencontré individuellement un responsable, et un autre par contact téléphonique.

# SEINE-ET-MARNE (77)

## Structures

- Point Fixe
- ⚕ Maison Médicale de Garde
- ⌘ Cabinet Tournant

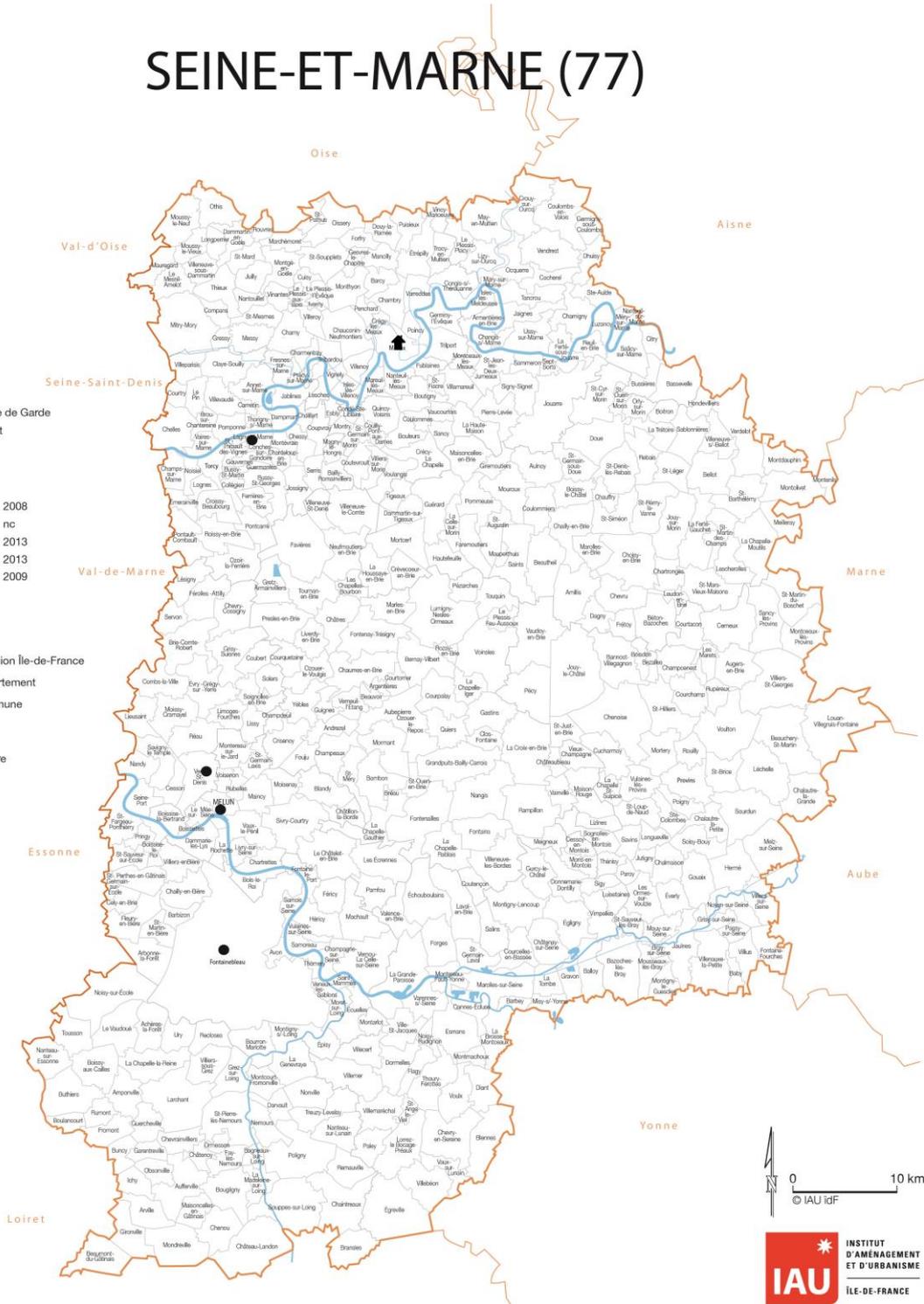
## Territoires PDSA

Meaux (77100)	2008
Lagny-sur-Marne (77400)	nc
Fontainebleau (77300)	2013
Melun (77000)	2013
Vert-Saint-Denis (77240)	2009

## Légende

- limite de la région Ile-de-France
- limite de département
- limite de commune
- VERSAILLES préfecture
- Argenteuil sous-préfecture

Situation en janvier 2013



## **1- SOS Médecin Nord**

Le groupe SOS Médecins Nord est localisé sur deux points fixes à Meaux (77100) et Lagny (77400), en cours de déménagement à Serris.

Les deux sites sont situés dans des cabinets médicaux indépendants.

Les deux points fixes sont localisés à moins de 3km d'un hôpital ou d'une clinique, et d'un commissariat. Le Service d'Accueil d'Urgences est situé entre 1 à 5 km.

SOS médecin dispense des consultations en visite à domicile ou en EHPAD (effecteurs mobiles) et en garde postée.

Les horaires d'ouverture de la garde postée sont :

- en semaine de 20 à 24 heures,
- le samedi de 12 à 24 heures,
- le dimanche et jours fériés de 8 à 24 heures.

Les patients sont adressés par le Centre 15, via la régulation de SOS Médecins, en accès direct ou par le SAU.

Les deux points fixes comptabilisent environ 9 500 actes en gardes postées aux horaires de PDSA.

La délivrance de traitement de substitution ou le renouvellement de traitement chronique ne sont pas acceptés. Les certificats de garde à vue ou examen de garde à vue sont pratiqués par l'équipe mobile.

Les gardes sur les deux sites sont réparties entre 31 médecins, dont 21 effecteurs fixes et 10 remplaçants. La liste de garde est établie mensuellement.

Seuls les effecteurs du point fixe de Meaux perçoivent un forfait d'astreintes. Ils sont rémunérés à hauteur de 50 euros/4h en soirée et 100 euros/4h le samedi et dimanche.

Les actes sont tous côtés «actes régulés».

Les deux points fixes comprennent une salle d'attente, des toilettes, le tout sécurisé par un digicode et surveillance par camera.

Tous les box de consultations sont informatisés, pratiquent la télétransmission avec le tiers-payant systématique. Le matériel disponible est assez complet (l'ECG, le stéthoscope, le saturomètre, le nébulisateur, etc...) avec une trousse de médicaments d'urgence complète.

Le groupe SOS médecins est une Société Civile de Moyens, financée grâce à la rétrocession des honoraires des effecteurs avec un coût moyen annuel par structure évalué à plus de 30 000 euros.

## **2- MU 77**

Le groupe SOS Médecins Nord est localisé sur trois points fixes distincts à Melun (77000), Fontainebleau (77300), et Vert-Saint-Denis (77240).

Deux sites sont situés dans des cabinets médicaux indépendants et un dans l'enceinte d'une clinique.

Deux des trois points fixes sont localisés à moins de 3km d'un hôpital ou d'une clinique, et d'un commissariat.

Pour les trois points fixes, Le Service d'Accueil d'Urgences est situé entre 1 à 5 km.

SOS médecin dispense des consultations en visite à domicile ou EHPAD (effecteurs mobiles) et en garde postée.

Les horaires d'ouverture de la garde postée sont :

- en semaine de 20 à 24 heures,
- le samedi de 12 à 24 heures,
- le dimanche et jours fériés de 8 à 24 heures.

Les patients sont adressés par le Centre 15, via la régulation de SOS Médecins, en accès direct, par le SAU, ou par les pharmacies et commissariats.

Les trois points fixes comptabilisent environ 11 000 actes en gardes postées aux horaires de PDSA.

La délivrance de traitements de substitution ou le renouvellement de traitement chronique ne sont pas acceptés. Les certificats de garde à vue ou examen de garde à vue sont pratiqués par l'équipe mobile.

Les gardes sur les deux sites sont réparties entre 12 médecins, dont 8 effecteurs fixes et 4 remplaçants. La liste de garde est établie mensuellement.

Il n'existe aucun forfait d'astreintes pour les effecteurs postés des trois points fixes.

Les actes sont tous côtés «acte régulé ».

Les deux points fixes comprennent une salle d'attente, des toilettes, une salle d'attente, le tout sécurisé par un digicode et surveillance par camera.

Tous les box de consultation sont informatisés, pratiquent la télétransmission. Le tiers payant n'est pas pratiqué de façon systématique. Le matériel disponible est assez complet (l'ECG, le stéthoscope, le saturemètre, le nébulisateur, etc...) avec une trousse de médicaments d'urgence complète.

Le groupe SOS médecins est une Société Civile de Moyens, financée grâce à la rétrocession des honoraires des effecteurs avec un coût annuel allant de 5 000 euros à 20 000 euros.

# Département Yvelines 78

Il existe dans le département des Yvelines, treize structures de PDSA.

J'ai rencontré individuellement dix responsables de ces structures et un par contact téléphonique.

Un responsable d'une structure n'a pas souhaité me recevoir et une structure n'a aucun responsable, le relais est temporairement assuré par le CDOM pour éditer le planning de gardes.

## I – Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires

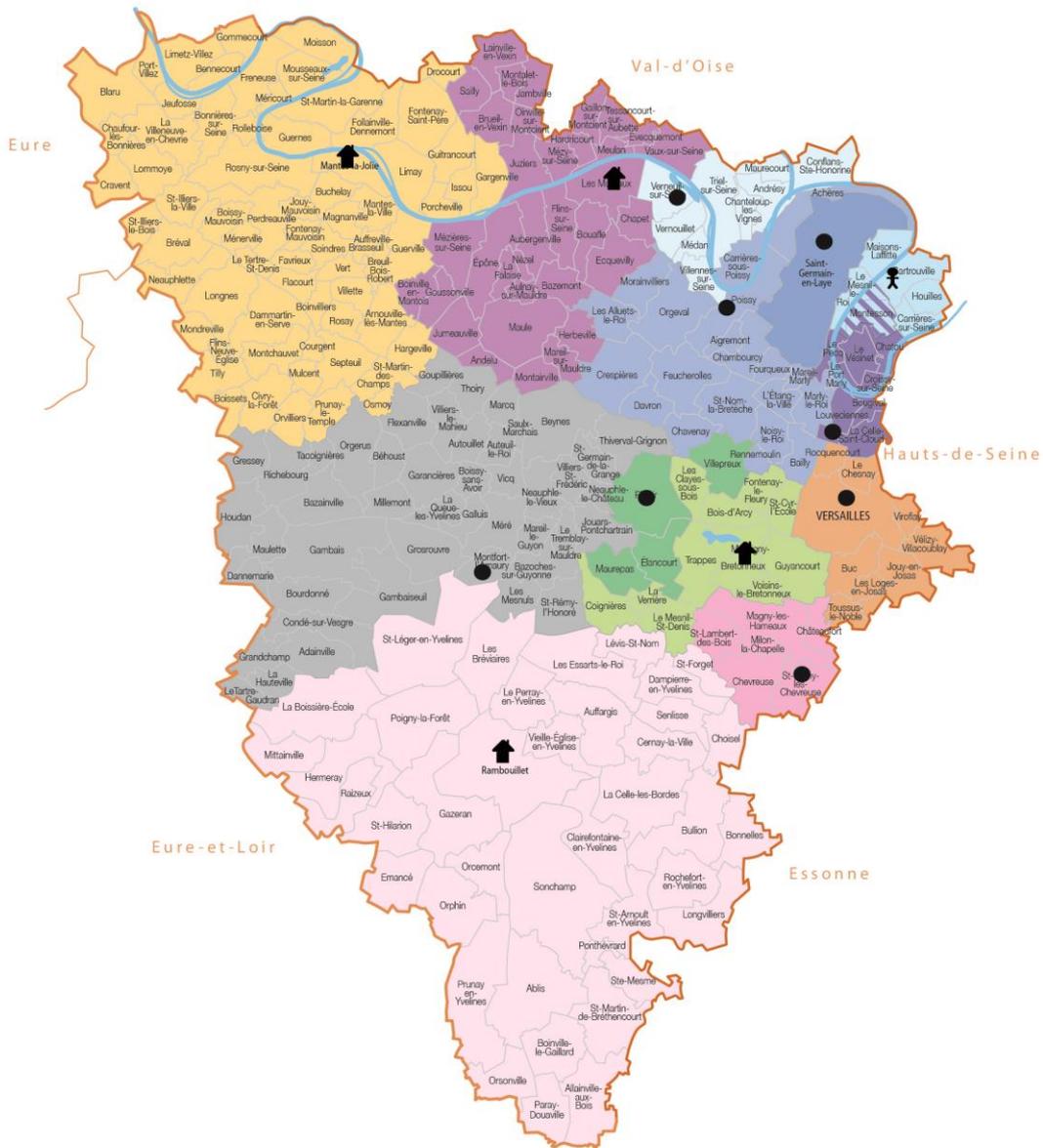
### **1. 1 - Cartographie des PDSA**

On dénombre dans le département des Yvelines, quatre maisons médicales de garde, huit points fixes et un cabinet médical tournant.

Ce département est subdivisé en sept territoires selon le cahier des charges publié en septembre 2012, dont certains sont sous-divisés en fonction du nombre de structures présentes.

La cartographie ci-dessous localise chacune de ces structures en y précisant la commune et le code postal, et l'année d'ouverture.

# YVELINES (78)



## Structures

- Point Fixe
- ⚡ Maison Médicale de Garde
- ♿ Cabinet Tournant

## Légende

- limite de la région Île-de-France
- limite de département
- limite de commune

- VERSAILLES préfecture
- Argenteuil sous-préfecture

## Territoires PDSA

78-01	Mantes-la-Jolie (78200)	2006
78-02	Les Mureaux (78130)	2003
78-03-01	Louveciennes (78430)	2013
78-03-02	Saint-Germain-en-Laye (78100)	2004
78-03-03	Sartrouville (78500)	2001
78-03-04	Verneuil-sur-Seine (78642)	2013
78-03-05	Poissy (78300)	nc
78-04	Versailles (78011)	nc
78-05	Monfort-l'Amaury (78490)	2013
78-06-01	Plaisir (78370)	2013
78-06-02	Montigny-Bretonneux (78180)	2002
78-07-01	Saint-Rémy-les-Chevreuse (78470)	2005
78-07-02	Rambouillet (78120)	2004



Situation en janvier 2013

## **1.2 - Fonction des responsables des structures de la PDSA**

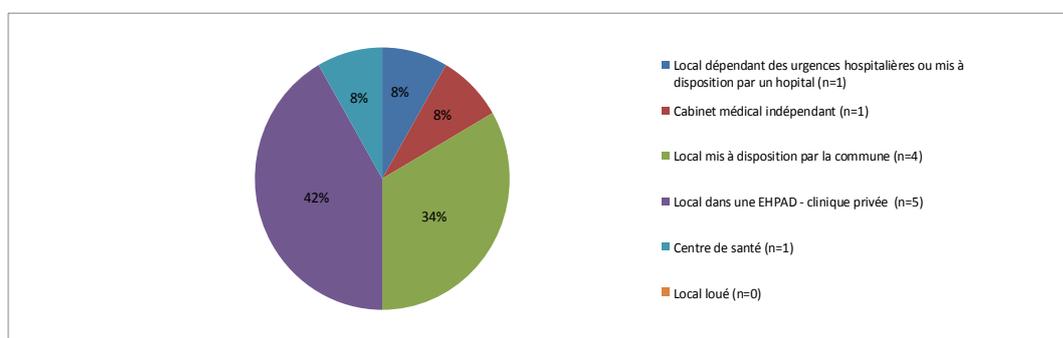
Tous les responsables sont des médecins généralistes libéraux installés (n=11/12).

Une structure est gérée par un administrateur (non médecin) : le CDOM des Yvelines de façon temporaire.

## **1.3 – Lieu des consultations des structures de PDSA**

Les structures de PDSA sont majoritairement installées dans un local mis à disposition par une commune (n=4/12), ou un EHPAD (n=5/12).

*Fig 1 – Lieu des consultations (n=12)*

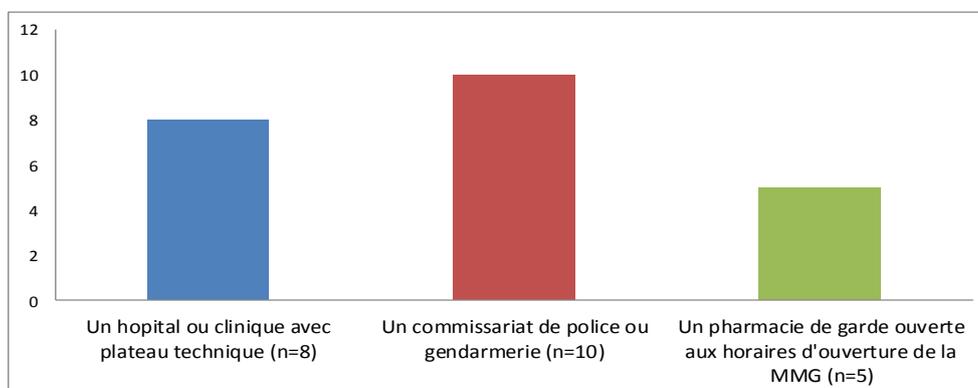


## **1.4 - Structures d'appui à proximité de la PDSA**

La majorité des structures de PDSA sont situées à moins de 3km d'une structure hospitalière ou d'une clinique (n=8/11), ou d'un commissariat (n=10/11).

Moins de la moitié des structures (seules 5/11) peuvent adresser leurs patients à une pharmacie de garde ouverte aux horaires d'ouverture.

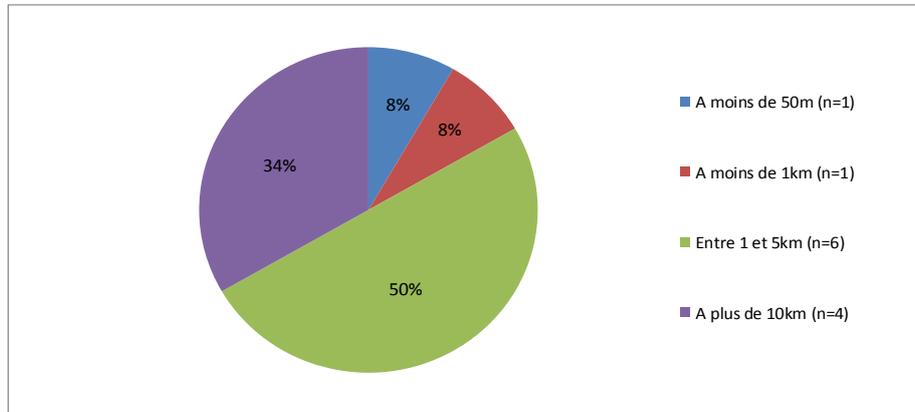
*Fig 2 - Structure d'appui à proximité de la PDSA (moins de 3km) (n=11)*



### **1.5 – Où se situe le service d'Accueil d'Urgences le plus proche ?**

La moitié des structures de PDSA sont localisées entre 1 à 5km d'un SAU (n=6/12).

*Fig 3 – Localisation du Service d'Accueil d'Urgences (n=12)*



## **1.6 - Horaires d'ouverture de chacune des structures de PDSA**

Les horaires d'ouverture sont assez hétérogènes dans le département des Yvelines. Seules trois structures sont ouvertes en soirée du lundi au samedi, dont deux le dimanche (n=3/11).

Parmi les douze PDSA, deux sont ouvertes le samedi, mais toutes sont ouvertes le dimanche.

*Tableau 1 - Horaires d'ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA*

<b>Structure Code postal</b>	<b>samedi</b>	<b>dimanche</b>	<b>soirée semaine</b>	<b>Soirée weekend</b>
<b>Point fixe 78100</b>		9h-13h		
<b>MMG 78120</b>	15h-19h	10h-15h		
<b>MMG 78130</b>		9h-13h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 78180</b>	14h-20h	8h-20h	20h-24h	20h/24h
<b>MMG 78200</b>		9h-13h	20h-24h	20h/24h le samedi
<b>Point fixe 78300</b>		9h-13h		
<b>Point fixe 78370</b>		9h-13h		
<b>Point fixe 78430</b>		9h-13h		
<b>Point fixe 78470</b>		9h-13h		
<b>Point fixe 78490</b>		9h-13h		
<b>Point fixe 78500</b>		9h-13h		
<b>Point fixe 78642</b>		9h-13h		

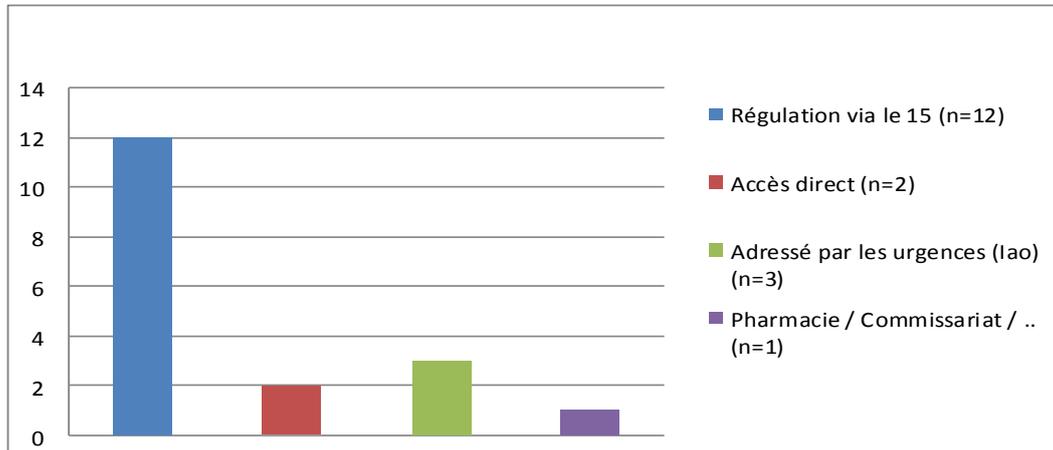
## **1.7 - Nombre d'heures effectuées sur une astreinte.**

Dans le département des Yvelines, chaque médecin participant à la permanence de soins assure des vacances de 4 heures.

## **1.8 – Mode d'accès à la PDSA**

Sept structures de PDSA (n=7/11) imposent une régulation préalable par le Centre 15. Seules deux structures de PDSA reçoivent des patients en accès direct (n=2/11) ; et trois reçoivent également des patients adressés par le SAU (n=3/11).

*Fig 4 – Mode d'accès à la PDSA*



## II – Caractéristiques des actes

### **2.1- Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.**

Le nombre de passages annuels varient de 100 à 4500 actes, avec une moyenne départementale de 1076 actes annuels.

Toutes les gardes sont postées à la structure de PDSA.

Aucun des effecteurs ne réalise de visite à domicile, ni en EHPAD.

*Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.*

<b>Structure Code postal</b>	<b>Nombre de passages annuels</b>	<b>Actes en novembre 2012</b>	<b>Types de gardes</b>	<b>Visite à domicile</b>	<b>Consultations en EHPAD</b>
<b>Point fixe 78100</b>	700	50	Posté	Non	Non
<b>MMG 78120</b>	NC*	NC*	Posté	Non	Non
<b>MMG 78130</b>	NC*	220	Posté	Non	Non
<b>MMG 78180</b>	4500	440	Posté	Non	Non
<b>MMG 78200</b>	2000	320	Posté	Non	Non
<b>Point fixe 78300</b>	NC*	NC*	Posté	Non	Non
<b>Point fixe 78370</b>	100	10	Posté	Non	Non
<b>Point fixe 78430</b>	300	15	Posté	Non	Non
<b>Point fixe 78470</b>	400	80	Posté	Non	Non
<b>Point fixe 78490</b>	360	NC*	Posté	Non	Non
<b>Point fixe 78500</b>	NC*	NC*	Posté	Non	Non
<b>Point fixe 78642</b>	250	20	Posté	Non	Non

\*NC : non communiqué

## **2.2 – Actes ne relevant de la PDSA**

Mise à part une structure qui autorise la délivrance de traitements de substitution (n=1/11), aucune n'établit des certificats de décès, ne réalise des examens de garde à vue, ni ne renouvelle des prescriptions de traitements chroniques.

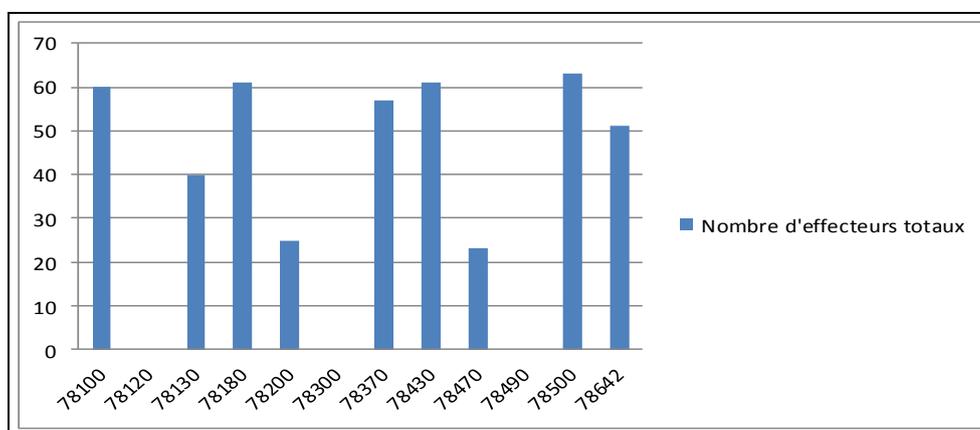
### III – Caractéristiques des effecteurs

#### **3.1- Caractéristiques des effecteurs participant à la PDSA en fonction des structures**

La participation à la PDSA est volontaire.

Le nombre d'effecteurs participant à la PDSA varie de vingt-trois à soixante-trois effecteurs par structure.

*Fig 5 – Nombre d'effecteurs participant à la PDSA.*

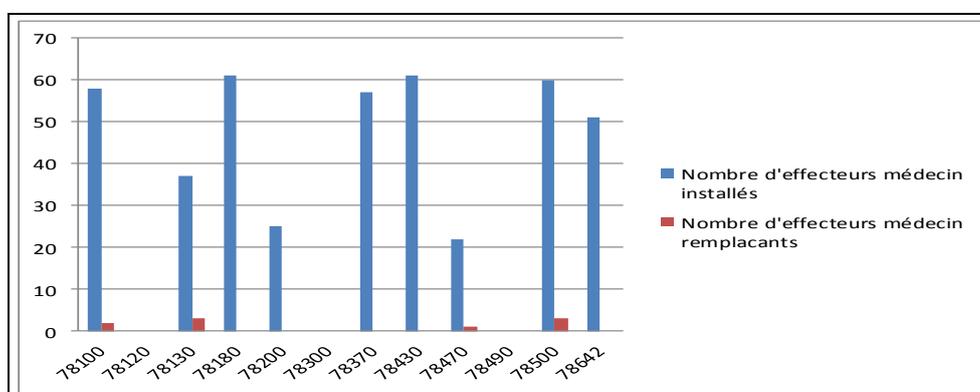


Le nombre moyen d'effecteurs installés est de quarante-huit par structure.

Seules quatre structures de PDSA ont des effecteurs médecins remplaçants.

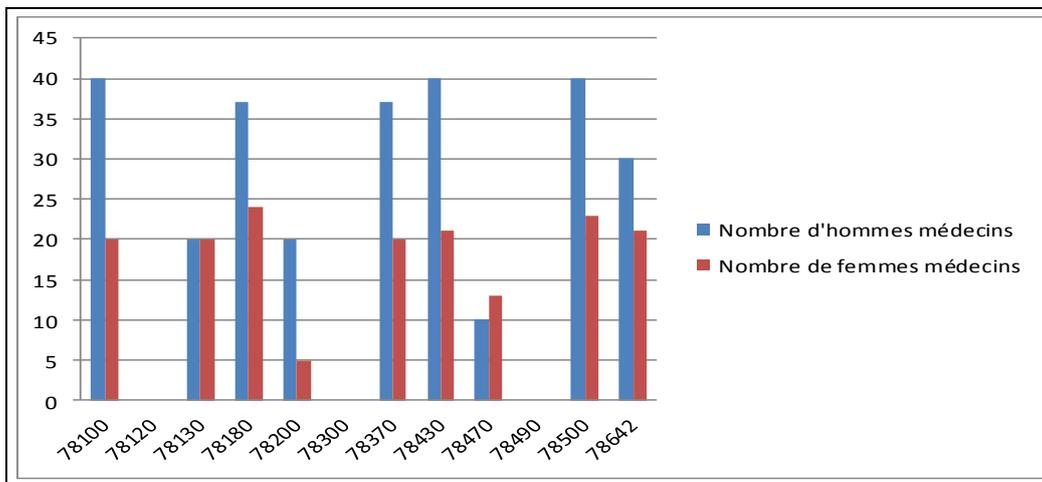
L'âge moyen des médecins généralistes installés participant à la PDSA est de 53 ans.

*Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installés et remplaçants participant à la PDSA*



Parmi les effecteurs participants à la PDSA, 38 % des effecteurs sont des femmes.

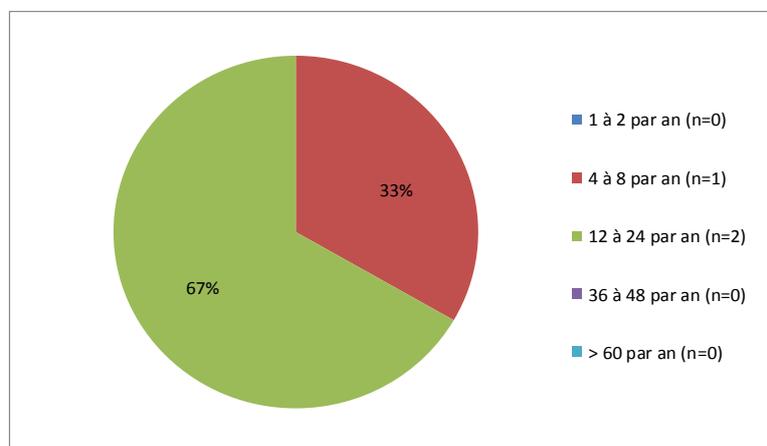
*Fig 7 – Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe*



### **3.2- La fréquence des astreintes**

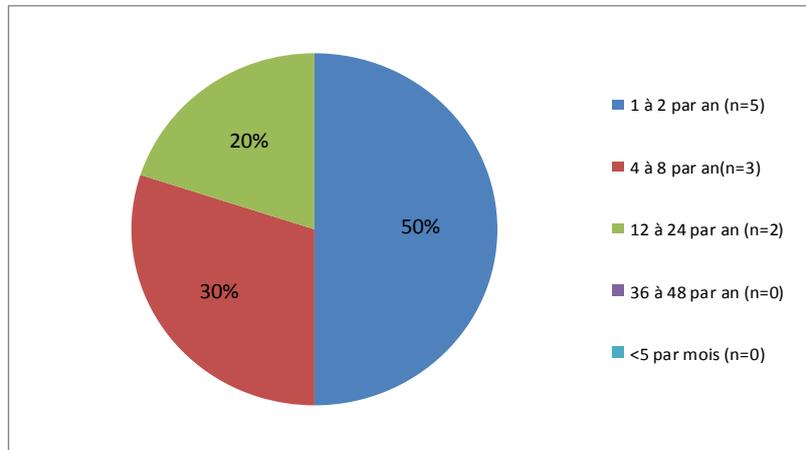
Pour les trois structures ouvertes la nuit, les effecteurs réalisent au maximum une à deux vacations de nuit par mois.

*Fig 8 – Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs du lundi au vendredi (n=3)*



Pour les vacances de weekend, les effecteurs ne réalisent majoritairement que une à deux vacations par an (n=5/10).

Fig 9 - Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs en weekend end (n=10)

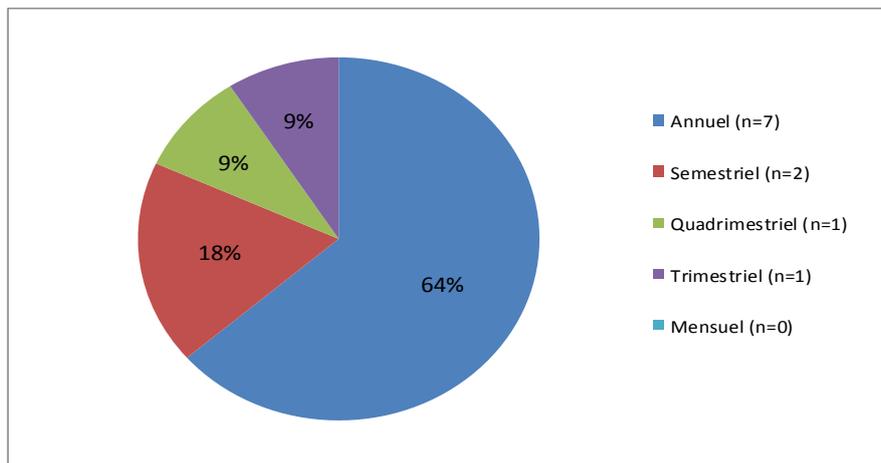


### **3.3 La fréquence du choix de garde**

Le choix de garde est géré par le responsable de chacune des structures qui établit la liste par ordre alphabétique ou lors de réunion de choix de garde.

Pour la majorité des PDSA, le planning de garde est fixé annuellement (n=7/11).

Fig 10 – Fréquence du choix de garde (n=11).



Un seul responsable d'une structure de PDSA (1/11) a été dans l'obligation de faire une demande de réquisition de médecin auprès du Préfet Départemental pour remplir sa liste de garde.

A noter que la structure gérée par le CDOM a établi une liste de garde en y incluant tous les médecins du secteur sans notion de volontariat sous un régime de réquisition.

### **3.4 – La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA**

Le forfait alloué aux effecteurs pour l’astreinte effectuée varie de 150 à 200 euros par tranche de 4 heures, avec un tarif dégressif pour certaines structures.

Deux structures ne perçoivent pas de rémunération pour certaines vacances effectuées.

Tableau 3 – Rémunération des astreintes

<b>Structure Code postal</b>	<b>Forfait astreintes soir</b>	<b>Forfait astreintes samedi</b>	<b>Forfait astreinte Dimanche</b>
<b>Point fixe 78100</b>	Fermé	Fermé	200 euros/4h TD*
<b>MMG 78120</b>	Fermé	0 euros / 4h	0 euros /4h
<b>MMG 78130 en soirée en journée</b>	200 euros/4h	200 euros/4h	200 euros/4h 0 euros/4h
<b>MMG 78180 en soirée en journée</b>	200 euros/4h	200 euros/4h 150 euros /4h	200 euros /4h 150 euros/4h
<b>MMG 78200 en soirée en journée</b>	200 euros/4h	200 euros/4h	150 euros/4h
<b>Point fixe 78300</b>	Fermé	Fermé	200 euros/4h TD*
<b>Point fixe 78370</b>	Fermé	Fermé	200 euros/4h TD*
<b>Point fixe 78430</b>	Fermé	Fermé	200 euros/4h TD*
<b>Point fixe 78470</b>	Fermé	Fermé	200 euros/4h TD*
<b>Point fixe 78490</b>	Fermé	Fermé	200 euros/4h TD*
<b>Point fixe 78500</b>	Fermé	Fermé	200 euros/4h TD*
<b>Point fixe 78642</b>	Fermé	Fermé	200 euros/4h TD*

\*TD : Tarification Dégressive.

La rémunération forfaitaire des gardes suit un dispositif de rémunération dégressive en fonction du nombre d’actes effectués pendant la garde. Celui repose sur un forfait maximum de 200€ si, pendant 4 heures de garde, le médecin n’effectue aucune consultation ou une seule. A partir du 2ème acte, le forfait diminue d’un palier de 60€. Pour le 3ème acte, le forfait diminue d’un autre palier de 60€. A compter du 4ème acte, le forfait est fixé à 60€.

### **3.5 - La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA**

Dans le département des Yvelines, quel que soit le mode d'accès des patients, tous les actes sont cotés « acte régulé ».

### **3.6 – La rétrocession**

Aucun effecteur ne rétrocède une partie de ses astreintes ou recettes pour le fonctionnement de la structure de PDSA.

Sept structures sont gérées par une association de médecins avec adhésion forfaitaire annuelle imposée aux effecteurs de la PDSA.

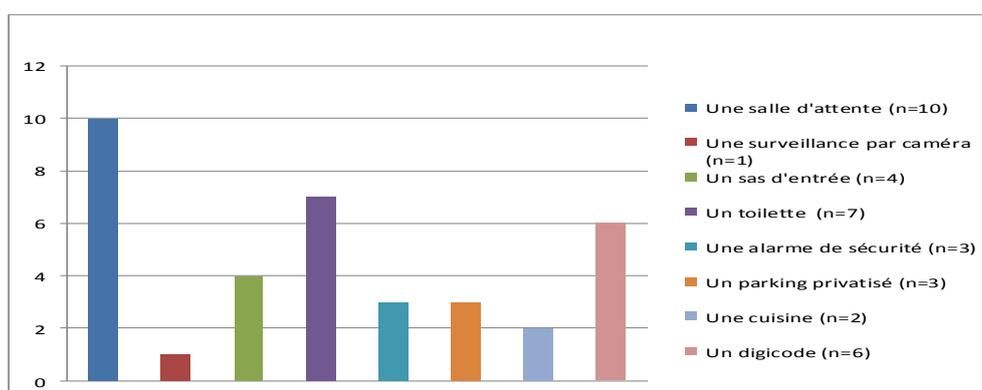
## IV – Logistique de la Permanence De Soins Ambulatoires

### **4.1 – Aménagement des locaux**

Toutes les structures de PDSA ont une salle d'attente dans les locaux de consultation (n=10/10) ainsi que des toilettes pour la majorité d'entre elles (n=7/10).

La sécurité est principalement assurée via un digicode pour six structures (n=6/10).

*Fig 11 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants) (n=10)*



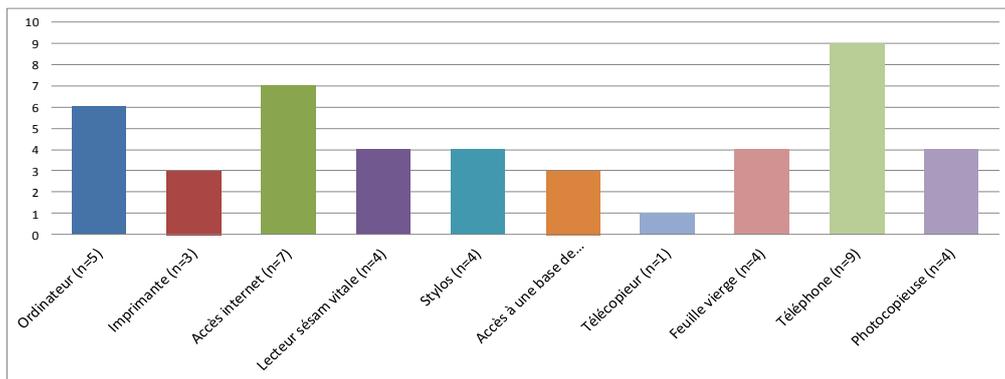
### **4.2 - Equipements administratifs disponibles dans les structures**

La moitié des structures de PDSA sont équipées d'un système informatique (n=5/10), mais une structure ne possède pas de téléphone.

La télétransmission est pratiquée par quatre structures équipées de lecteur sésam vitale (n=4/10).

Seules trois structures possèdent une imprimante permettant la rédaction d'ordonnances informatisées (n=3/10).

Fig 12 - Equipements administratifs disponibles dans les structures (n=10)



### 4.3 - Informatisation des dossiers médicaux (hors cabinets médicaux tournants)

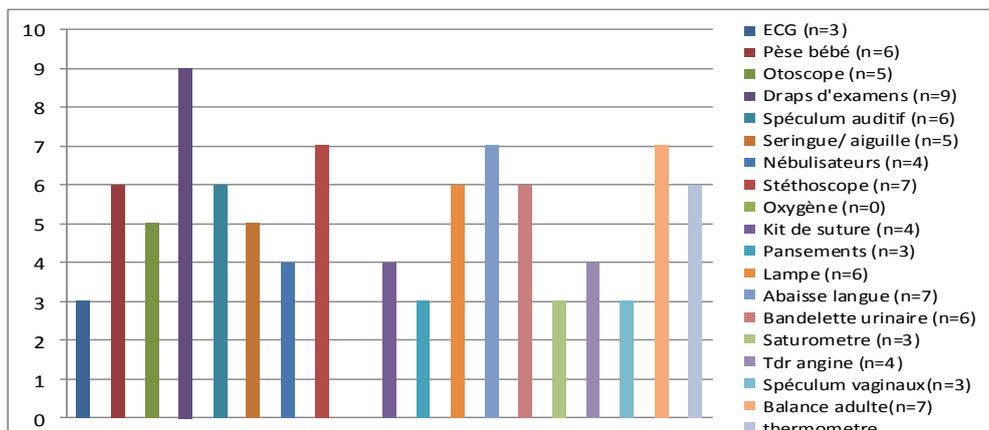
Parmi les cinq structures possédant un ordinateur, seule une structure est équipée d'un logiciel pour informatiser les dossiers médicaux.

### 4.4 - Matériel médical disponible au cabinet

Plus de la moitié des structures sont équipées de pèse-bébé (n=6/10).

Seules trois structures de PDSA sont équipées d'un ECG, mais aucune ne dispose d'oxygène en cas de nécessité.

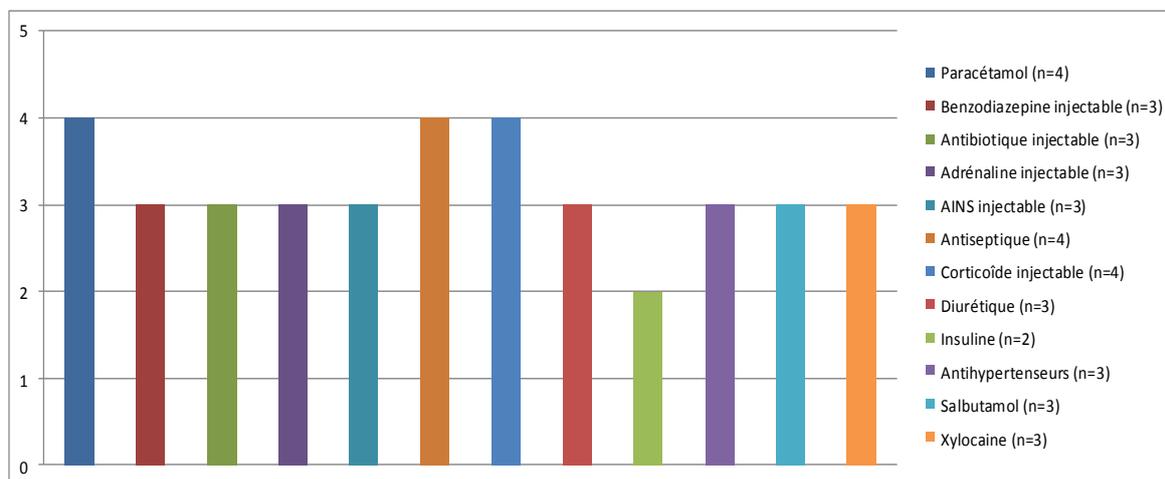
Fig 13 - Matériel médical disponible au cabinet pour tous les effecteurs (hors cabinet médical tournant) (n=10)



#### **4.5 – Les médicaments d’urgence**

Une trousse médicale d’urgence avec des médicaments sont disponibles dans seulement quatre structures (n=4/10).

*Fig 14 – Liste de médicaments disponibles dans les structures (n=4)*



#### **4.6 – Mode de paiement des actes**

Les consultations peuvent être réglées par espèces ou chèques.

Trois structures peuvent également utilisées la carte bancaire quand l’effecteur est équipé de son propre système portatif.

#### **4.7 – La pratique du tiers payant (hors ALD, CMU, AME)**

Il existe à ce jour deux structures (n=2/11) qui ne pratiquent pas le tiers payant de façon systématique comme exigé selon le cahier des charges de septembre 2012.

#### **4.8 – Liste du personnel travaillant pour la structure**

Il existe dans les départements des Yvelines, une association « PDS 78 », qui centralise toutes les gestions des structures de PDSA et coordonne la gestion de trois structures, la MMG de Montigny-le- Bretonneux, les Mureaux et Mantes-la-Jolie.

Deux structures ont un agent de sécurité aux horaires d'ouverture de la PDSA.

*Tableau 4 -Liste du personnel travaillant pour la structure*

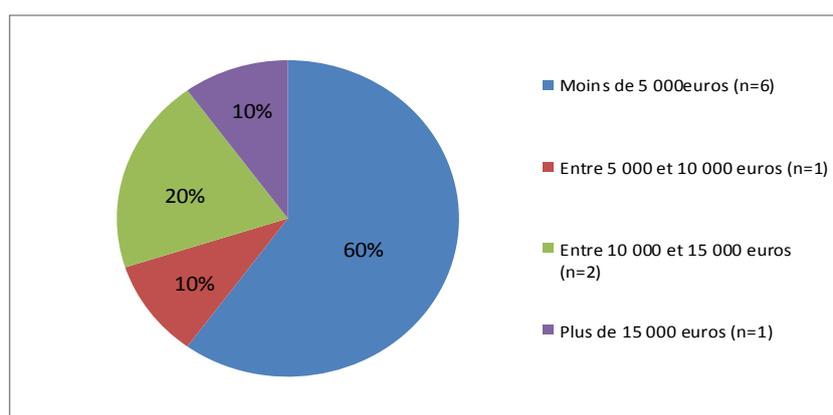
<b>Structure Code postal</b>	<b>Secrétaire</b>	<b>Agent de sécurité</b>	<b>Comptable</b>	<b>Agent d'entretien</b>
<b>Point fixe 78100</b>	non	non	non	non
<b>MMG 78120</b>	non	non	non	non
<b>MMG 78130</b>	oui	oui	oui	non
<b>MMG 78180</b>	oui	non	oui	non
<b>MMG 78200</b>	oui	oui	oui	non
<b>Point fixe 78300</b>	non	non	non	non
<b>Point fixe 78370</b>	non	non	non	non
<b>Point fixe 78430</b>	non	non	non	non
<b>Point fixe 78470</b>	non	non	non	non
<b>Point fixe 78490</b>	non	non	non	non
<b>Point fixe 78500</b>	non	non	non	non
<b>Point fixe 78642</b>	non	non	non	non

## V – Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires

### **5.1 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure**

Les coûts d'investissement ont été quasiment nul pour plus de la moitié des structures (n=6/11).

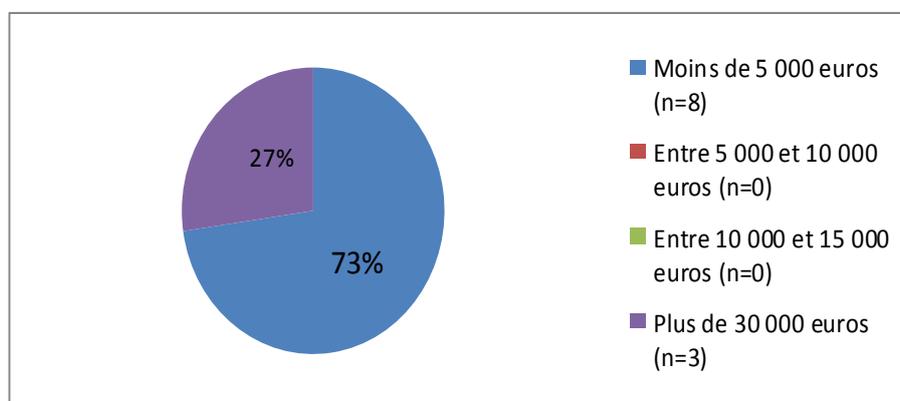
*Fig 15 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure (n=11)*



### **5.2 – Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure**

Les coûts sont très faibles pour les points fixes avec un budget annuel inférieur à 5 000 euros (n=8/11) alors que les MMG ont un coût de fonctionnement annuel supérieur à 30 000 euros (n=3/8).

*Fig 16 - Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure (n=11)*

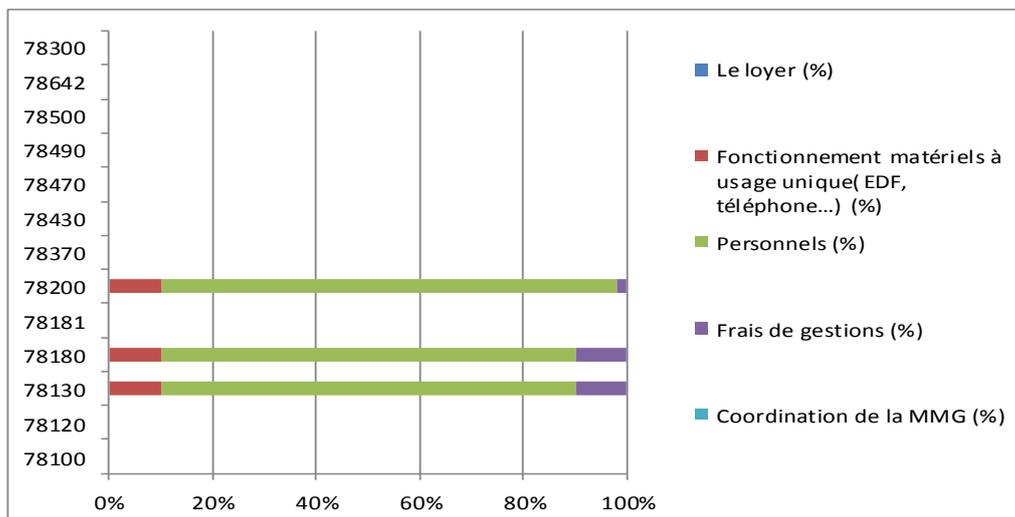


### 5.3 – Répartition approximative des coûts

Les deux postes les plus coûteux sont les frais de personnels variant de 80 à 88% et celui des consommables de 10% environ.

Il n'existe pas de budget pour les frais de coordination.

*Fig 17 - Répartition approximative des couts en fonction de différents postes*



## **5.4 - Financement des structures**

Ils existent plusieurs acteurs qui participent au financement des structures de PDSA : l'ARS, les collectivités locales ou les structure de soins.

Moins de la moitié des structures reçoivent directement ou indirectement une subvention de l'ARS (n=5/11).

*Tableau 5 – Financement pour chacune des structures (n=11)*

<b>Structure Code postal</b>	<b>ARS</b>	<b>Rétrocession d'honoraire</b>	<b>Auto- financement</b>	<b>Participation par les collectivités locales</b>	<b>Prise en charge par une structure de soins</b>	<b>Cotisations de l'association</b>
<b>Point fixe 78100</b>	non	non	non	oui	non	non
<b>MMG 78120</b>	non	non	non	non	oui	non
<b>MMG 78130</b>	oui	non	non	oui	non	non
<b>MMG 78180</b>	oui	non	non	oui	non	non
<b>MMG 78200</b>	oui	non	non	oui	non	non
<b>Point fixe 78370</b>	non	non	non	non	Oui (via budget de ars)	non
<b>Point fixe 78430</b>	non	non	non	non	Oui (via budget de ars)	non
<b>Point fixe 78470</b>	non	non	non	non	non	oui
<b>Point fixe 78490</b>	non	non	non	non	oui	non
<b>Point fixe 78500</b>	non	non	oui	non	non	non
<b>Point fixe 78642</b>	non	non	non	non	oui	non

# Département Essonne 91

Il existe dans le département de l'Essonne sept structures de PDSA.  
Les résultats du questionnaire ne concernent que les six MMG. Le point fixe de garde SOS Médecin sera exposé en tout dernier.

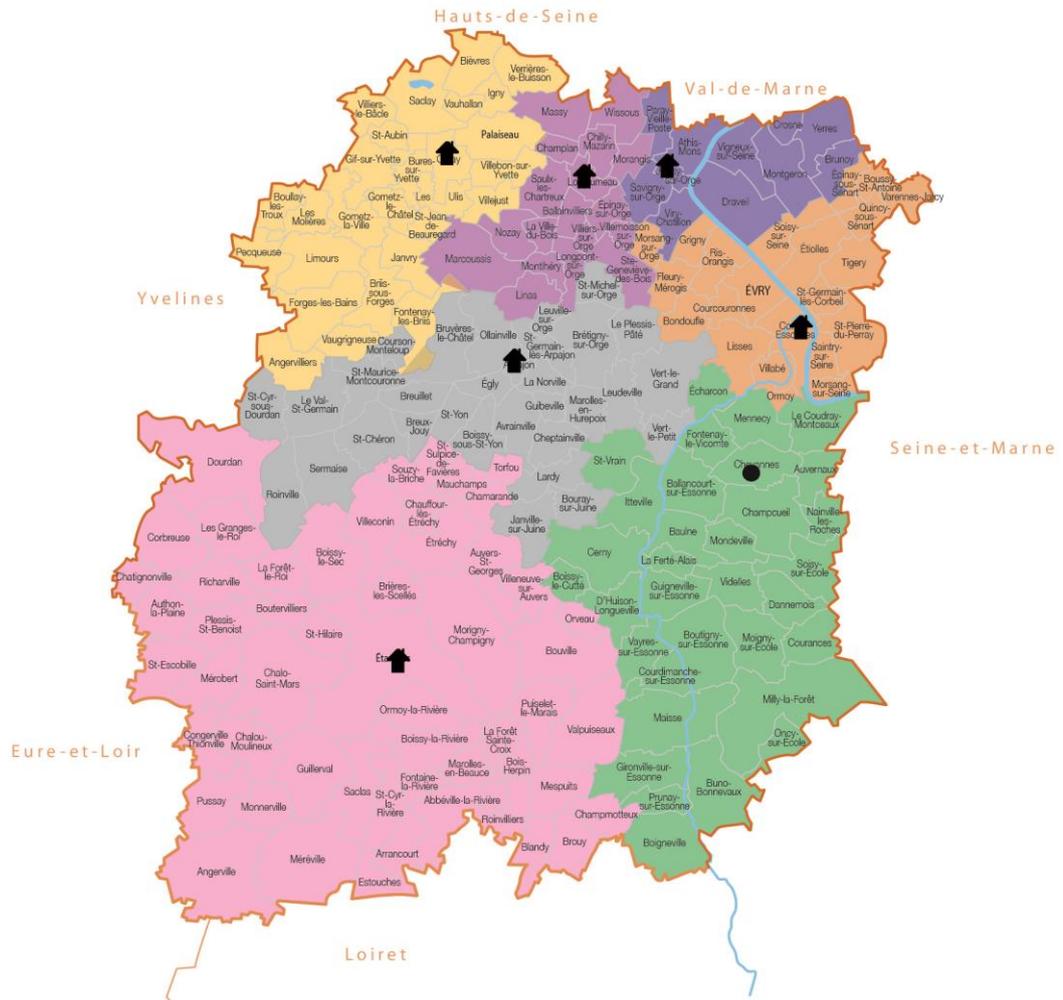
## I – Caractéristiques des permanences de soins ambulatoires

### **1. 1 - Cartographie des PDSA**

On dénombre dans le département de l'Essonne, six maisons médicales de garde et un point fixe tenu par SOS Médecins. Deux MMG, celles de Corbeil et Evry, sont en cours de fusion et localisent leurs consultations à l'Hôpital de Corbeil-Essonnes.

Ce département est subdivisé en sept territoires selon le cahier des charges publié en septembre 2012.

# ESSONNE (91)



## Structures

- Point Fixe
- 🏠 Maison Médicale de Garde
- 👤 Cabinet Tournant

## Légende

- limite de la région Île-de-France
- limite de département
- limite de commune

- VERSAILLES préfecture
- Argenteuil sous-préfecture

## Territoires PDSA

91-01	Orsay (91400)	nc
91-02	Longjumeau (91160)	2004
91-03	Juvis-sur-Orge (91260)	2005
91-04	Corbeil-Essonnes (91100)	2012
91-05	Arpajon (91290)	2000
91-06	Chevannes (91750)	2011
91-07	Etampes (91150)	2002



Situation en janvier 2013



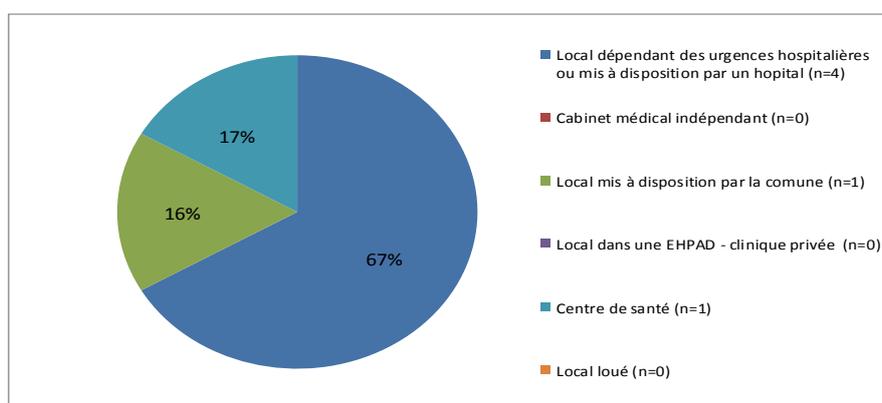
## **1.2 - Fonction des responsables des structures de la PDSA**

La majorité des responsables sont des médecins généralistes libéraux installés (n=4/6).  
Deux médecins ont une activité mixte, libérale et salariée.

## **1.3 – Lieu des consultations des structures de PDSA**

Les structures de PDSA sont majoritairement installées dans l'enceinte d'une structure hospitalière (n=4/6).

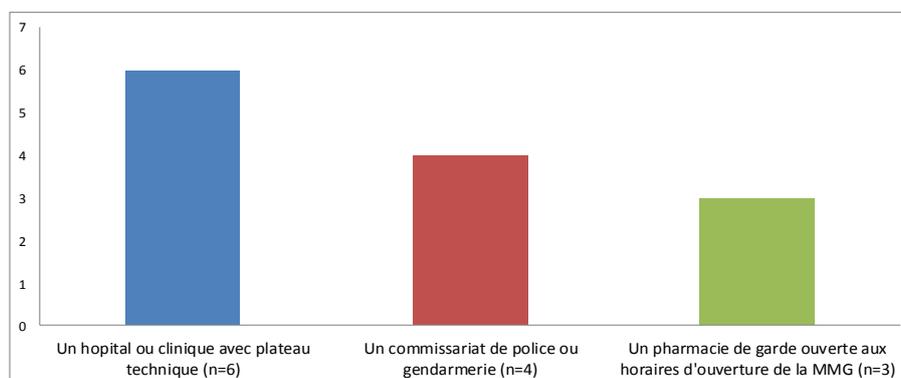
*Fig 1 – Lieu des consultations (n=6)*



## **1.4 - Structure d'appui à proximité de la permanence de soins**

Toutes les structures sont localisées à moins de 3km d'un hôpital ou d'une clinique (n=6/6).  
Plus de la moitié des structures sont situées à moins de 3km d'un commissariat ou d'une gendarmerie (n=4/6).  
La moitié des structures (n=3/6) peuvent adresser leurs patients à une pharmacie de garde ouverte aux horaires d'ouverture de la MMG.

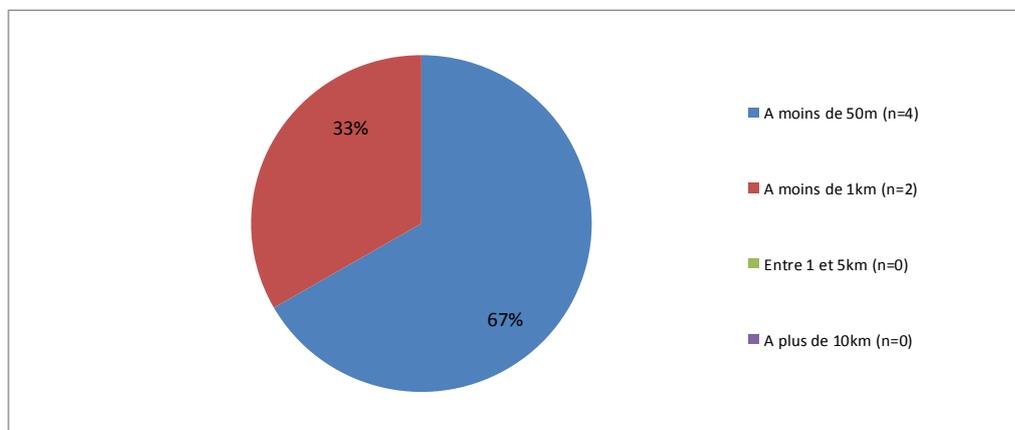
*Fig 2 - Structure relais à proximité de la permanence de soins (moins de 3km) (n=6)*



### **1.5 – Où se situe le Service d’Accueil d’Urgences le plus proche ?**

Toutes les PDSA sont très proches, à moins de 1 km, d’un service de SAU (n=4/6).

*Fig 3 – Localisation du Service d’Accueil d’Urgences (n=6)*



### **1.6 - Horaires d’ouverture de chacune des structures de permanences de soins ambulatoires**

Aucune MMG n’est ouverte en soirée en semaine ou weekend.

Une seule MMG est fermée le samedi après-midi mais toutes sont ouvertes le dimanche (n=6/6).

*Tableau 1 - Horaires d’ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA.*

Structure Code postal	samedi	dimanche	soirée semaine	Soirée Weekend
<b>MMG 91100</b>	14h-20h	8h-20h		
<b>MMG 91150</b>		10h-16h		
<b>MMG 91160</b>	16h-20h	8h-20h		
<b>MMG 91260</b>	14h-20h	8h-20h		
<b>MMG 91290</b>	14h-20h	8h-20h		
<b>MMG 91400</b>	14h-20h	8h-20h		

### **1.7 - Nombre d'heures effectuées sur une astreinte.**

Le nombre d'heures effectuées lors d'une astreinte varient de quatre à six heures.  
Dans cinq MMG (n=5/6), les effecteurs assurent des vacations de six heures.

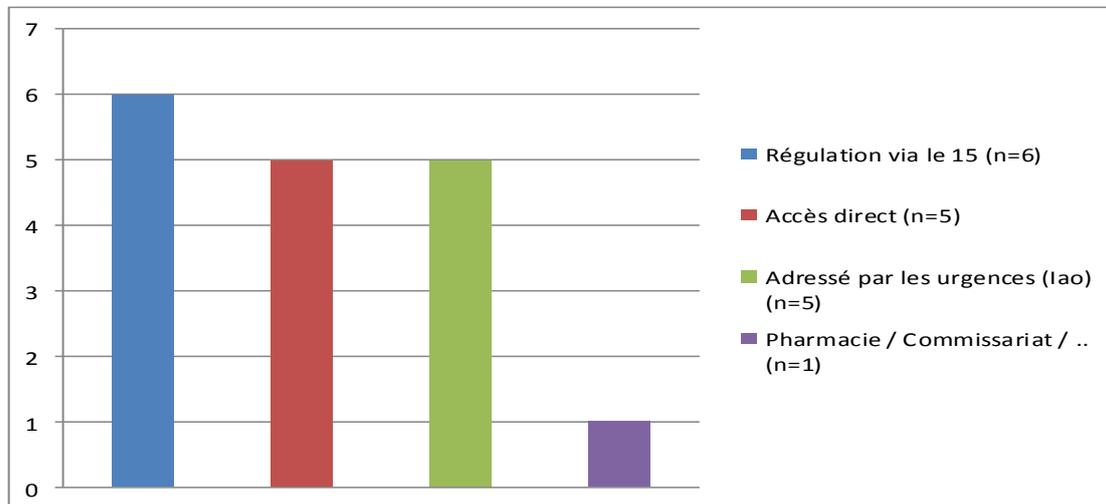
### **1.8 – Mode d'accès à la permanence de soins ambulatoires**

Seule une structure impose une régulation préalable par le centre 15.

Les patients sont tous adressés par le Centre 15 (n=6/6) ou viennent directement à la PDSA (n=5/6).

Presque toutes les structures reçoivent des patients adressés par le SAU (n=5/6).

*Fig 4 – Mode d'accès à la PDSA*



## II – Caractéristiques des actes

### **2.1- Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.**

Le nombre de passages annuels varient de 317 à 3000 actes, avec une moyenne départementale de 1824 actes annuels.

Toutes les gardes sont postées à la structure de PDSA.

Aucun des effecteurs ne réalise de visite à domicile, ni en EHPAD.

*Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.*

<b>Structure Code postal</b>	<b>Nombre de passages annuels</b>	<b>Actes sur un mois (novembre 2012)</b>	<b>Types de gardes</b>	<b>Visite à domicile</b>	<b>Consultations en EHPAD</b>
<b>MMG 91100</b>	3000	400	Posté	Non	Non
<b>MMG 91150</b>	317	67	Posté	Non	Non
<b>MMG 91160</b>	1505	243	Posté	Non	Non
<b>MMG 91260</b>	1707	271	Posté	Non	Non
<b>MMG 91290</b>	2481	293	Posté	Non	Non
<b>MMG 91400</b>	1939	281	Posté	Non	Non

### **2.2 – Actes ne relevant pas de la PDSA**

Trois structures de PDSA tolèrent le renouvellement de traitements chroniques et la délivrance de traitement de substitution.

Aucune structure n'effectue des examens de garde à vue ou des certificats de décès.

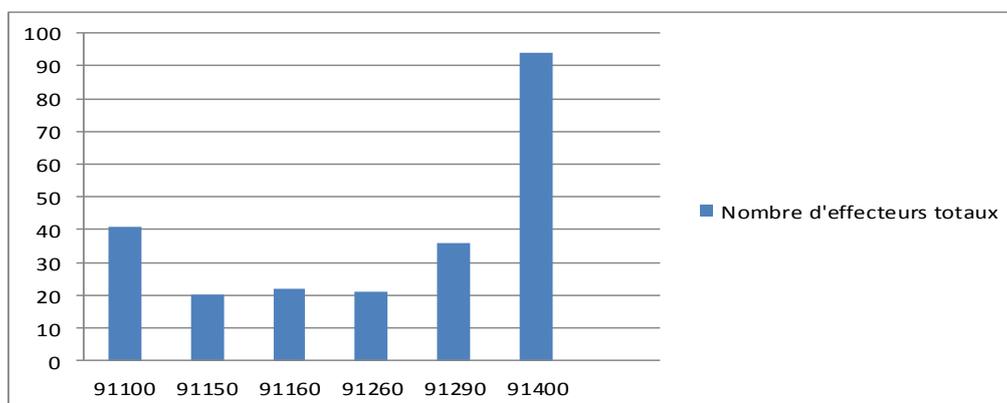
### III – Caractéristiques des effecteurs

#### **3.1- Caractéristiques des effecteurs participant à la permanence de soins en fonction des structures**

La participation à la PDSA est volontaire.

Le nombre d'effecteurs participant à la PDSA varie de 20 à 94 effecteurs par structure.

*Fig 5 – Nombre d'effecteurs participant à la PDSA*

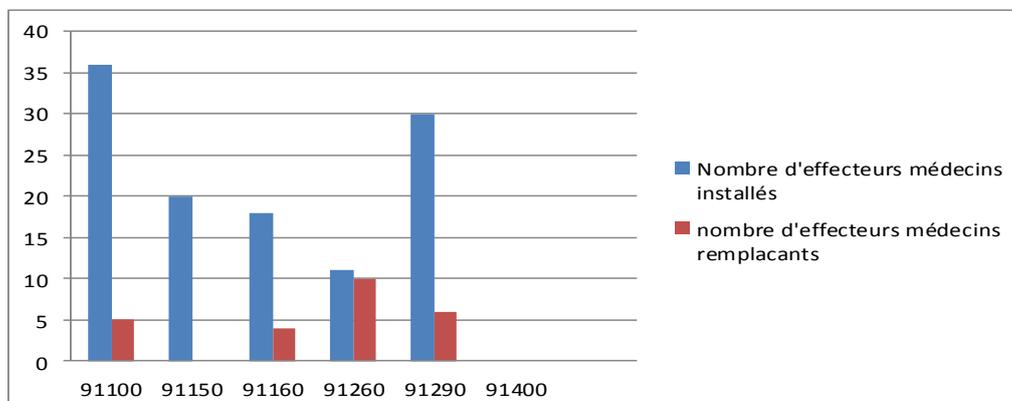


Le nombre moyen d'effecteurs médecins installés est de vingt-trois par structure.

La majorité des structures de PDSA comprennent des effecteurs médecins remplaçants dans le pool de garde (n=4/6)

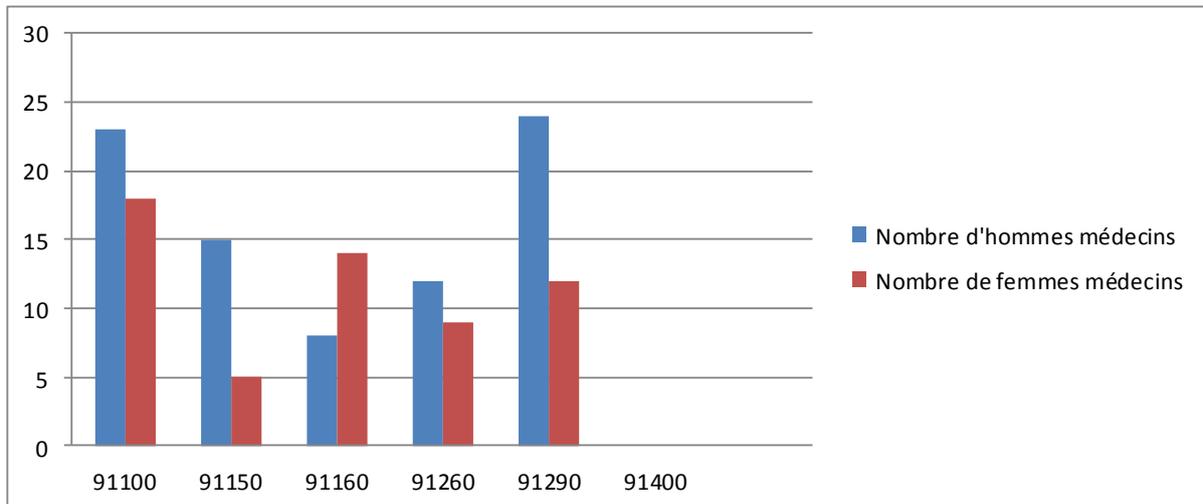
L'âge moyen des médecins généralistes installés participant à la PDSA est de 48 ans.

*Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installés et remplaçants participant à la PDSA*



Parmi les effecteurs participants à la PDSA, 40% des effecteurs sont des femmes.

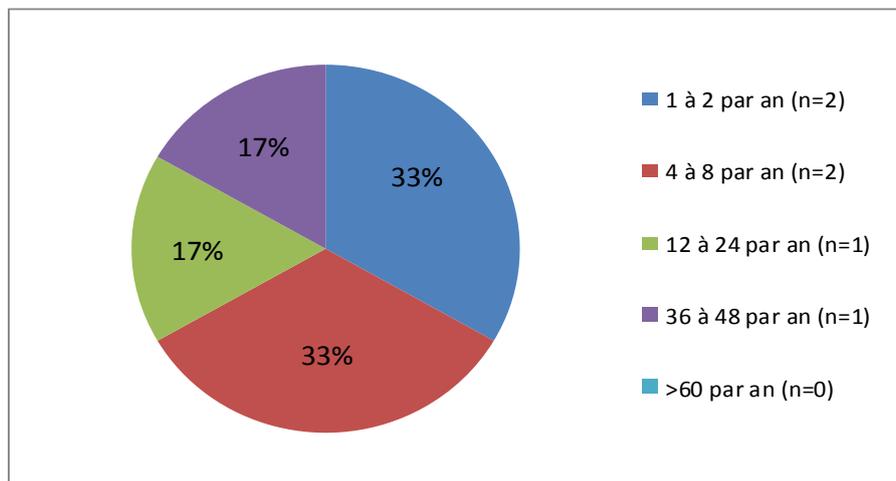
Fig 7 – Répartition des médecins participant à la Permanence de Soins Ambulatoires en fonction du sexe



### 3.2- La fréquence des astreintes

Pour la majorité des structures de PDSA (n=4/6), les effecteurs réalisent moins de une vacation par mois.

Fig 8 - Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs en weekend end (n=6)

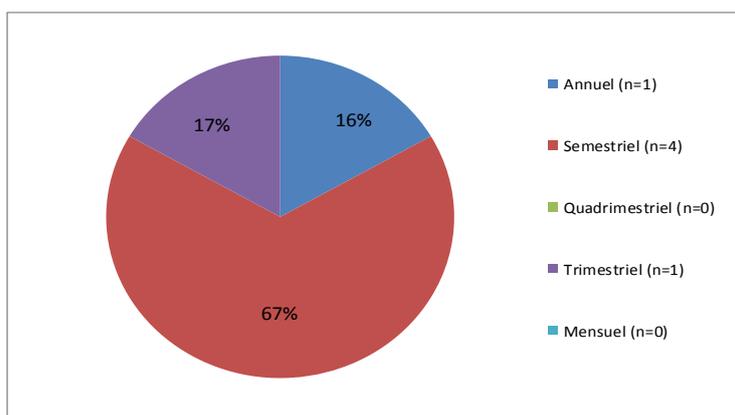


### **3.3 La fréquence du choix de garde**

Le choix de garde est géré par le responsable de chacune des structures qui établit la liste par ordre alphabétique ou lors de réunion de choix.

Pour la majorité des structures, le planning de garde est fixé semestriellement (n=4/6).

*Fig 9 – Fréquence du choix de garde (n=6)*



Seule une MMG sur les six a dû recourir à la réquisition auprès du préfet pour compléter sa liste de présence.

### **3.4 – La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA.**

Tous les effecteurs reçoivent un forfait pour l’astreinte effectuée. La rémunération est identique quelle que soit la structure du département de l’Essonne.

Tableau 3 – Rémunération des astreintes

Structure Code postal	Forfait astreinte soir	Forfait astreinte samedi	Forfait astreinte dimanche
MMG 91100	Fermé	100 euros / 4h	100 euros /4h
MMG 91150	Fermé	100 euros/4h	100 euros/4h
MMG 91160	Fermé	100 euros/4h	100 euros/4h
MMG 91260	Fermé	100 euros/4h	100 euros/4h
MMG 91290	Fermé	100 euros / 4h	100 euros/4h
MMG 91400	Fermé	100 euros / 4h	100 euros/4h

### **3.5 - La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA**

Dans le département de l'Essonne, cinq MMG sur six pratiquent la même cotation quel que soit le mode d'accès des patients, tous les actes sont cotés « acte régulé ».

### **3.6 – La rétrocession**

Aucun effecteur ne rétrocède une partie de ses astreintes ou recettes pour le fonctionnement de la structure de PDSA.

Les six structures sont gérées par une association de médecins avec adhésion forfaitaire annuelle imposée aux effecteurs de la PDSA.

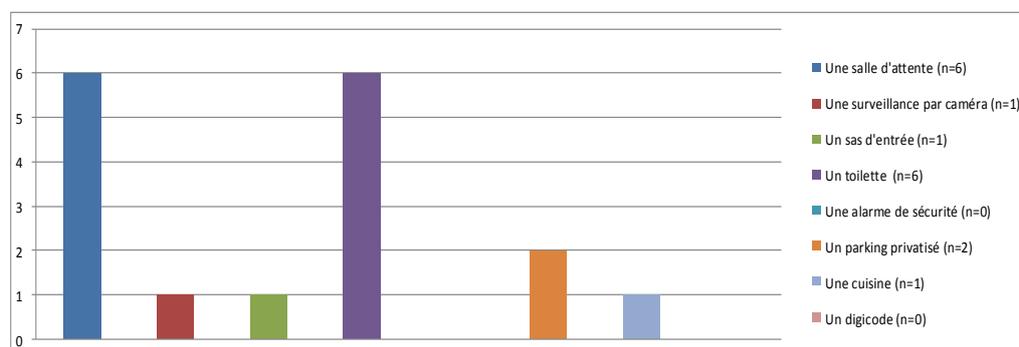
## IV – Logistique de la permanence de soins ambulatoires

### 4.1 – Aménagement des locaux

Toutes les structures de PDSA ont une salle d'attente dans les locaux de consultation, ainsi que des toilettes (n=6/6).

Seule une structure possède une surveillance par camera de sécurité (n=1/6).

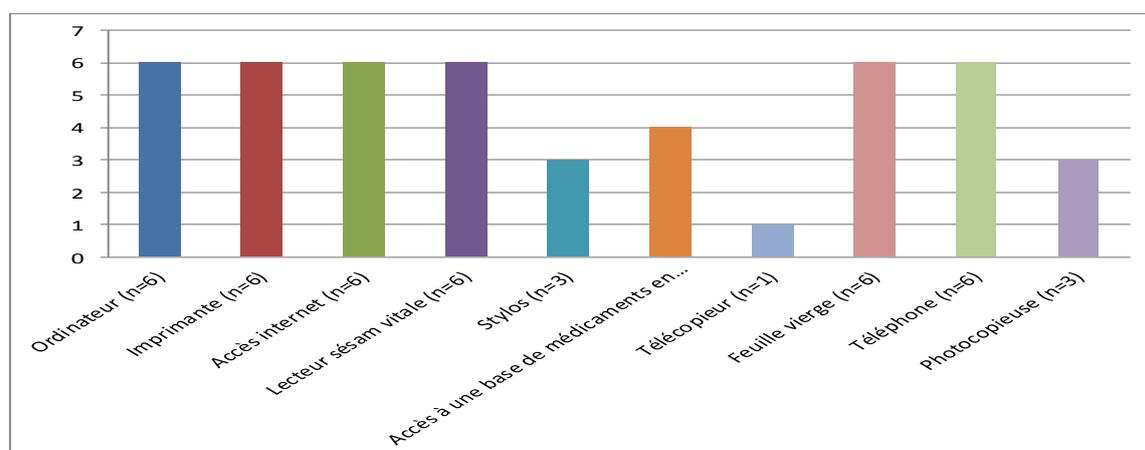
*Fig 10 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants) (n=6)*



### 4.2 - Equipements administratifs disponibles dans les structures

Les structures sont bien équipées, toutes possèdent un système informatique avec accès internet permettant la télétransmission des feuilles de soins et la rédaction informatisée des ordonnances. (n=6/6).

*Fig 11 - Equipements administratifs disponibles dans les structures (n=6)*



### **4.3 - Informatisation des dossiers médicaux (hors cabinets médicaux tournants)**

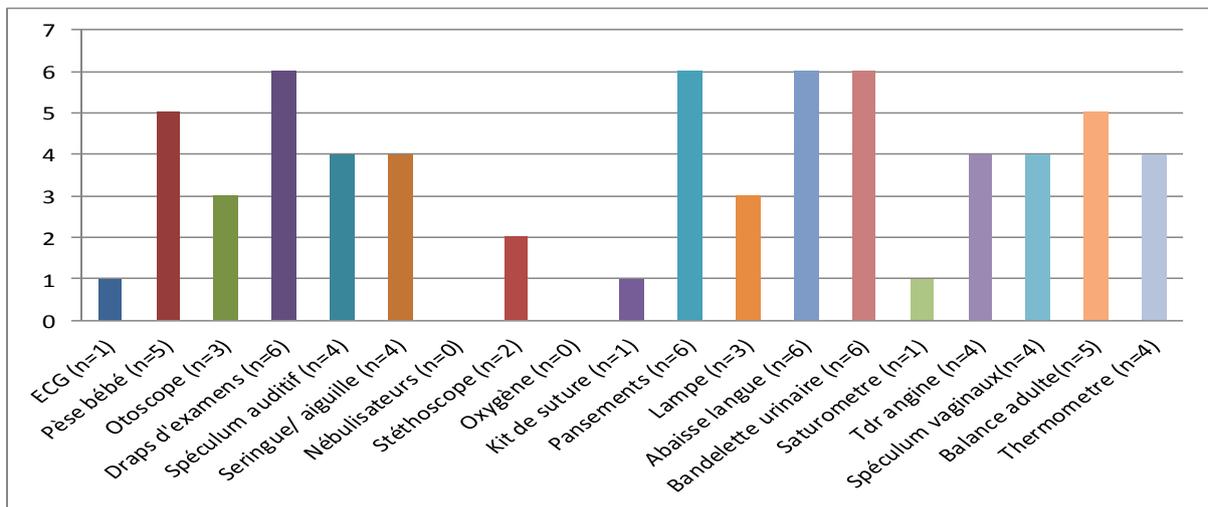
Bien que toutes les structures soient équipées d'un ordinateur, une d'entre elles n'informatise pas les dossiers médicaux.

### **4.4 - Matériel médical disponible au cabinet**

Seule une structure de PDSA (n=1/6) dispose d'un ECG à son cabinet en cas d'urgence. Aucune structure n'est équipée d'oxygène (n=0/6).

La majorité des structures (n=5/6) sont équipées d'un pèse-bébé.

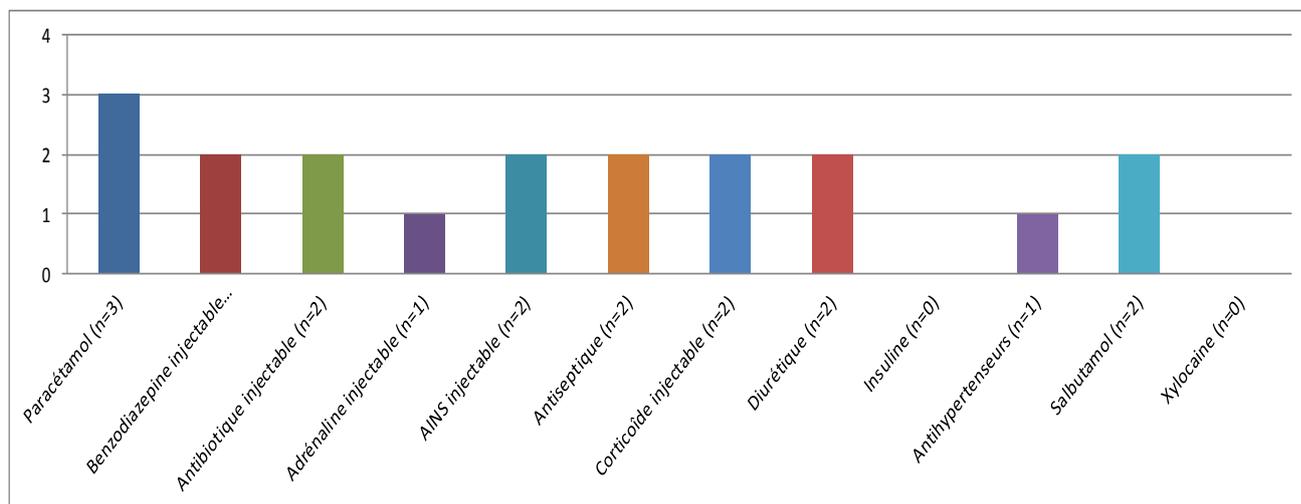
*Fig 12 - Matériel médical disponible au cabinet pour tous les effecteurs (hors cabinet médical tournant) (n=6)*



#### **4.5 – Les médicaments d’urgence**

Parmi les six structures, trois d’entre elles ne possèdent aucun médicament d’urgence (n=3/6).

*Fig 13 – Liste de médicaments disponibles dans les structures (n=3)*



#### **4.6 – Mode de paiement des actes**

Les consultations peuvent être réglées par espèces ou chèques.

Une structure peut également utiliser la carte bancaire quand l’effecteur est équipé de son propre système portatif.

#### **4.7 – La pratique du tiers payant (hors ALD, CMU, AME)**

Il existe à ce jour deux structures (n=2/6) qui pratiquent le tiers payant de façon systématique comme exigé selon le cahier des charges de septembre 2012. Une troisième ne le fait qu’à la demande du patient.

#### **4.8 – Liste du personnel travaillant pour la structure**

Il existe dans les départements de l'Essonne, une association, la FAME 91 « Fédération de l'Association des Médecins de l'Essonne », qui centralise toutes les gestions des structures de PDSA.

Deux structures (n=2/6) disposent d'un agent de sécurité aux horaires d'ouverture de la PDSA.

*Tableau 4 -Liste du personnel travaillant pour la structure*

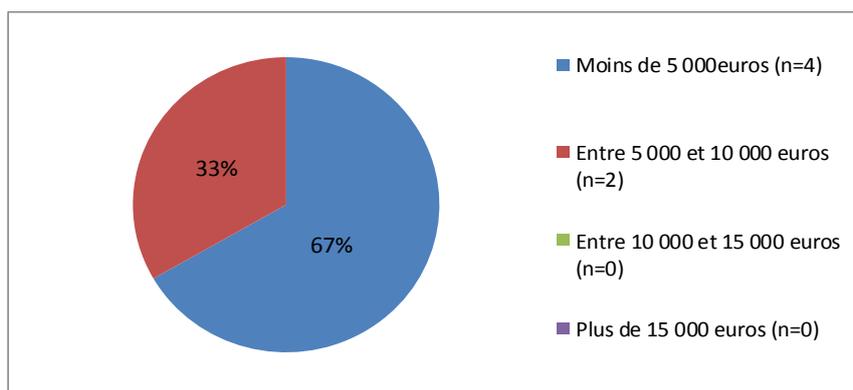
<b>Structure Code postal</b>	<b>Secrétaire</b>	<b>Agent de sécurité</b>	<b>Comptable</b>	<b>Agent d'entretien</b>
<b>MMG 91100</b>	Oui	Non	Oui	Non
<b>MMG 91150</b>	Oui	Non	Oui	Non
<b>MMG 91160</b>	Oui	Oui	Oui	Non
<b>MMG 91260</b>	Oui	Non	Oui	Non
<b>MMG 91290</b>	Oui	Non	Oui	non
<b>MMG 91400</b>	Oui	Oui	Oui	Non

## V – Financement de la permanence de soins ambulatoire

### **5.1 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure**

Majoritairement, le coût initial d'investissement pour l'ouverture de la PDSA est inférieur à 5 000 euros (n=4/6).

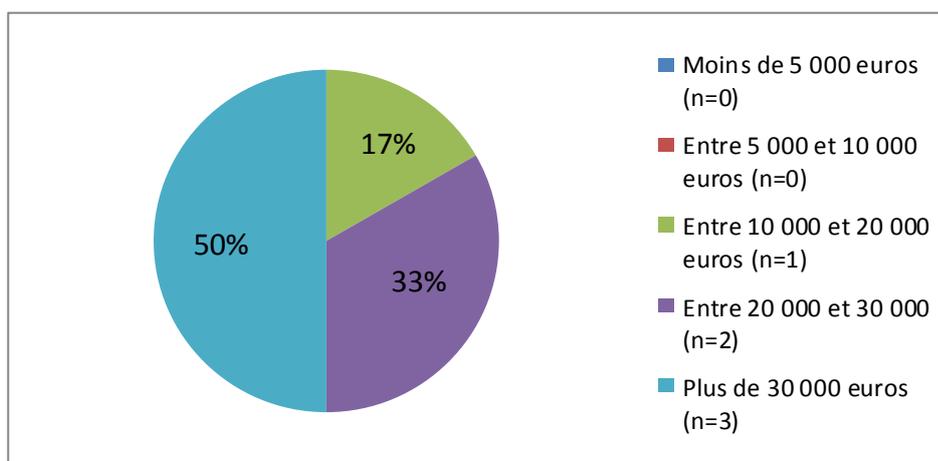
*Fig 14 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure (n=6)*



### **5.2 – Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure**

La moitié des structures (n=3/6) ont un coût annuel de fonctionnement supérieur à 30 000 euros.

*Fig 15 - Coût moyen annuel de fonctionnement de ma structure (n=6)*



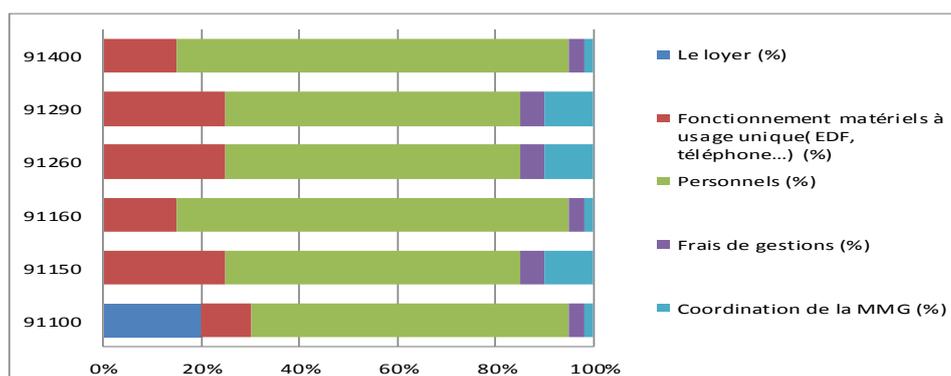
### 5.3 – Répartition approximative des coûts

Les frais de personnels représentent les coûts les plus importants, de 60% à 80% du budget quand ils comprennent des agents de sécurité.

Une seule structure doit restituer un loyer pour l'utilisation de ses locaux.

Les frais de coordination varient entre 2 à 10 % du budget annuel.

*Fig 16 - Répartition approximative des couts en fonction de différents postes*



### 5.4 - Financement des structures

Une enveloppe commune est remise par l'ARS à la FAME 91 pour les frais des six MMG.

Les structures de soins (n=4/6) ou les collectivités locales (n=2/6) participent indirectement au financement.

*Tableau 5 – Financement pour chacune des structures (n=12)*

Structure Code postal	ARS	Rétrocession d'honoraire	Auto- financement	Participation par les collectivités locales	Prise en charge par une structure de soins	Cotisations de l'association
<b>MMG 91100</b>	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
<b>MMG 91150</b>	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
<b>MMG 91160</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 91260</b>	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
<b>MMG 91290</b>	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
<b>MMG 91400</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non

## VI – Point fixe de garde SOS Médecin

Le point fixe de garde SOS médecin est localisé à Chevanne, dans un site pluridisciplinaire appartenant à SOS Médecin.

Ce point fixe n'est proche d'aucune structure de soins, de commissariat, ou pharmacie à moins de 3km. Le Service d'Accueil d'Urgences est situé entre 5 à 10 km.

Les horaires d'ouverture de la garde postée sont :

- en semaine de 10h00 à 22h00 dont de 20h00 à 22h00 heure de PDSA
- le samedi de 10h00 à 22h00 dont de 14h00-20h00 heure de PDSA
- le dimanche et jours fériés de 8h00 à 22h00 dont de 8h00 à 22h00 de PDSA.

SOS Médecin dispense des consultations en visite à domicile, en EHPAD, ou en garde postée.

Les patients sont adressés par le Centre 15 ou via une régulation préalable auprès du numéro fixe de SOS Médecins. Aucun accès direct n'est accepté.

Ils comptabilisent environ 50 000 actes en gardes postées aux horaires de PDSA.

La délivrance de traitements de substitution ou le renouvellement de traitements chroniques ne sont pas acceptés. Les certificats de garde à vue ou les examens de garde à vue sont pratiqués par l'équipe mobile.

Les gardes sont réparties entre 38 médecins dont 28 effecteurs fixes et 10 remplaçants. La liste de garde est établie trimestriellement.

Les astreintes sont rémunérées à hauteur de 75 euros le samedi (de 14h00 à 20h00) et de 150 euros le dimanche. Les actes sont tous côtés «acte régulé ».

Les locaux comprennent une salle d'attente, des toilettes, le tout sécurisé par un digicode et une surveillance par camera.

Tous les box de consultation sont informatisés, pratiquent la télétransmission avec le tiers-payant systématique. Le matériel disponible est assez complet (l'ECG, le stéthoscope, le saturomètre, le nébulisateur, etc...) avec une trousse de médicaments d'urgence complète.

Le groupe SOS Médecins est une Société Civile de Moyens, financée grâce à la rétrocession des honoraires des effecteurs avec un coût moyen annuel à plus de 30 000 euros.

# Département Hauts-de-Seine 92

Il existe dans le département des Hauts-de-Seine, sept structures de PDSA.  
J'ai rencontré individuellement six responsables de ces structures.  
Un responsable d'une structure n'a pas souhaité me recevoir.

## I – Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires

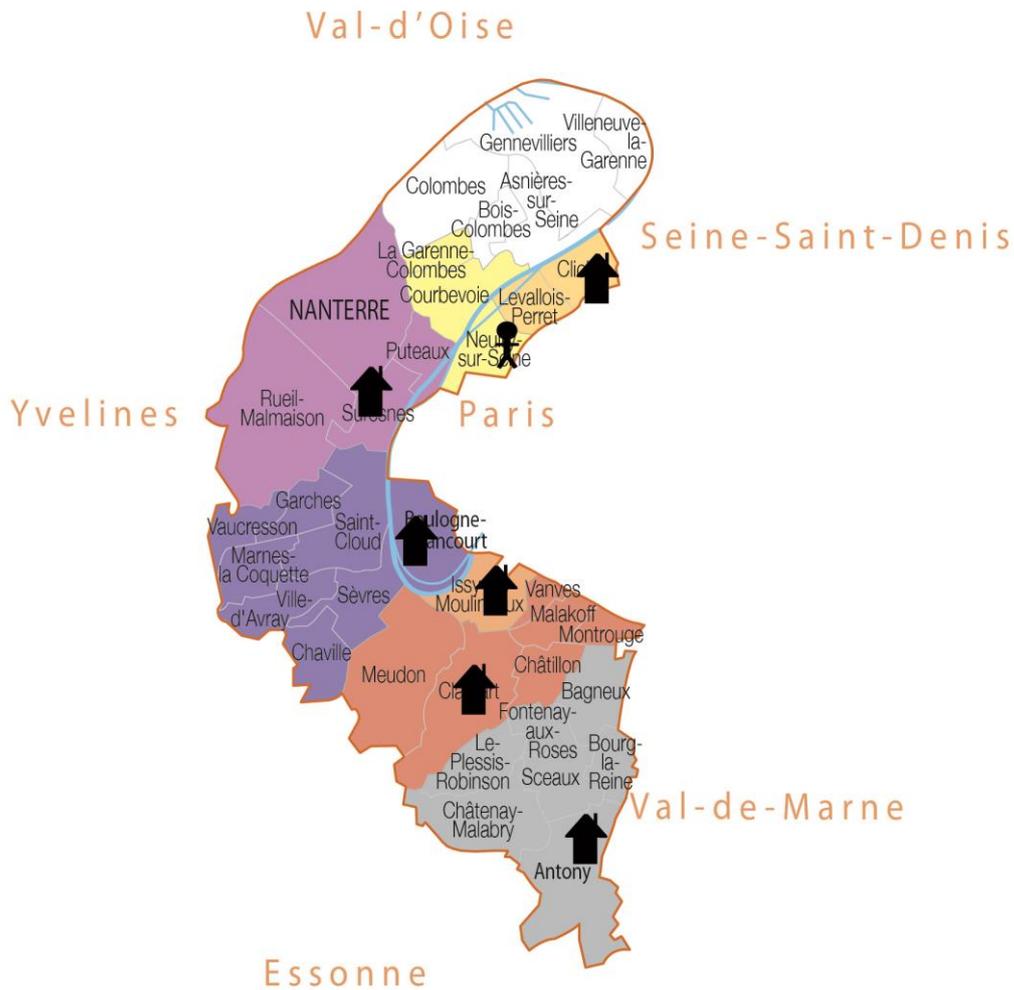
### **1. 1 - Cartographie des PDSA**

On dénombre dans le département des Hauts-de-Seine, cinq maisons médicales de garde et un cabinet médical tournant.

Ce département est subdivisé en six territoires selon le cahier des charges publié en septembre 2012, dont certains sont sous-divisés en fonction du nombre de structures présentes.

La cartographie ci-dessous localise chacune de ces structures en y précisant la commune, le code postal et l'année d'ouverture.

# HAUTS-DE-SEINE (92)



## Structures

- Point Fixe
- ↑ Maison Médicale de Garde
- ⌘ Cabinet Tournant

## Légende

- limite de la région Île-de-France
- limite de département
- limite de commune
- VERSAILLES préfecture
- Argenteuil sous-préfecture

## Territoires PDSA

92-02-01	Clichy-la-Garenne (92110)	2004
92-02-02	Neuilly-sur-Seine (92200)	nc
92-03	Suresnes (92150)	2011
92-04	Boulogne-Billancourt (92100)	nc
92-05-01	Issy-les-Moulineaux (92130)	2003
92-05-02	Clamart (92140)	2004
92-06	Antony (92160)	2006

Situation en janvier 2013



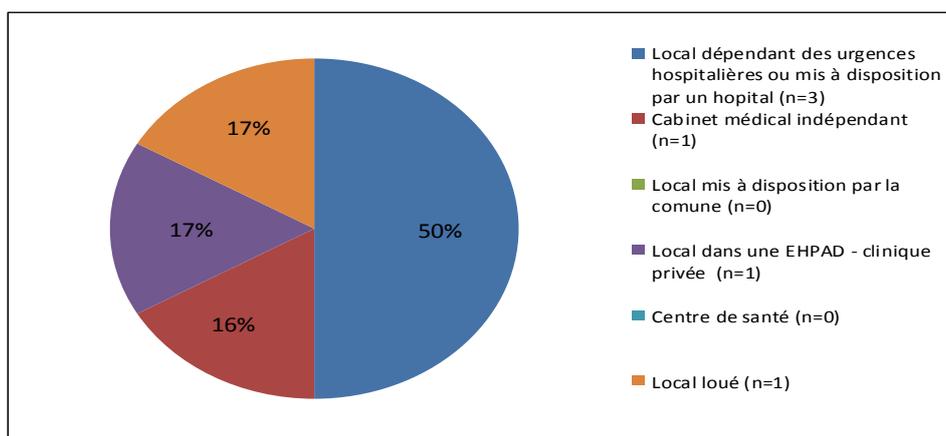
## 1.2 - Fonction des responsables des structures de la PDSA

Tous les responsables sont des médecins généralistes libéraux installés (n=6/6).

## 1.3 – Lieu des consultations des structures de PDSA

La moitié des structures de PDSA sont localisées dans l'enceinte d'une structure hospitalière (n=3/6).

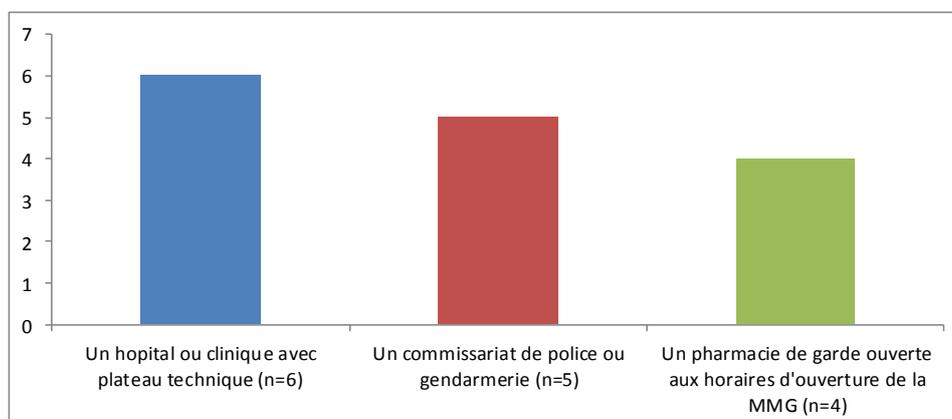
*Fig 1 – Lieu des consultations (n=6)*



## 1.4 - Structure d'appui à proximité de la PDSA

Toutes les structures de PDSA sont à moins de 3 km d'un hôpital ou d'une clinique (n=6/6)  
La majorité des structures de PDSA sont situées à moins de 3km d'un commissariat (n=5/6),  
et d'une pharmacie de garde ouverte aux horaires d'ouverture de la PDSA (n=4/6).

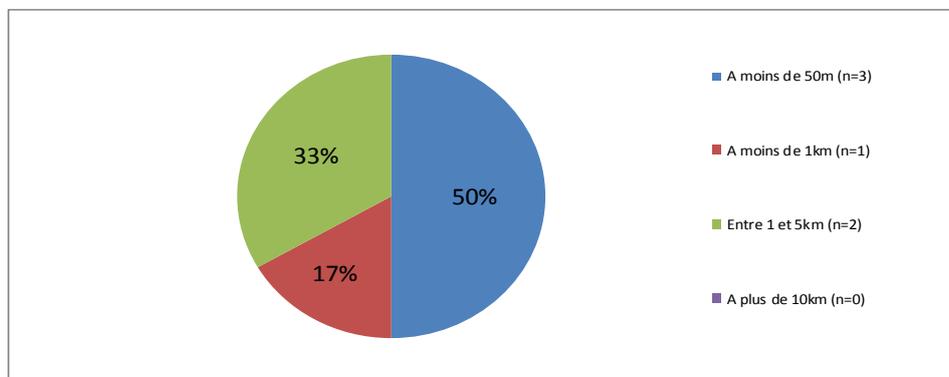
*Fig 2 - Structure d'appui à proximité de la PDSA (moins de 3km) (n=6)*



## 1.5 – Où se situe le service d’Accueil d’Urgences le plus proche ?

Les PDSA sont implantées majoritairement (n=4/6) à moins de 1km du SAU.

*Fig 3 – Localisation du Service d’Accueil d’Urgences (n=6)*



## 1.6 - Horaires d’ouverture de chacune des structures de PDSA

Les horaires d’ouverture des PDSA sont assez hétérogènes dans le département des Hauts-de-Seine.

Deux structures de PDSA sont ouvertes en soirée tous les jours et une ouverte ponctuellement le weekend.

Seules quatre structures sont ouvertes le samedi mais toutes sont ouvertes le dimanche.

*Tableau 1 - Horaires d’ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA*

Structure Code postal	samedi	dimanche	Soirée semaine	Soirée weekend
<b>MMG 92110</b>	14h-20h	9h-19h		
<b>MMG 92130</b>	14h-20h	9h-14h 16-20h		
<b>MMG 92140</b>		9h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 92150</b>		9h-20h		
<b>MMG 92160</b>	14h-20h	8h-20h		20h-24h (ponctuel)
<b>Cab Méd 92200</b>	12h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h

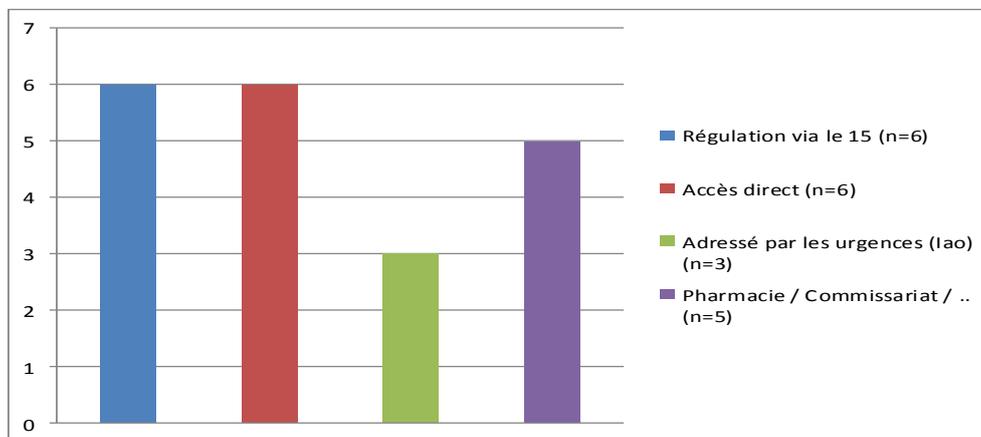
## **1.7 - Nombre d'heures effectuées sur une astreinte.**

Le nombre d'heures effectuées lors d'une astreinte varient de quatre à huit heures.  
Dans la majorité des structures, les effecteurs assurent des vacations de six heures (n=4/6).

## **1.8 – Mode d'accès à la PDSA**

Aucune des structures de PDSA n'impose une régulation préalable par le Centre 15.  
Pour toutes les structures, les patients peuvent être adressés par le Centre 15 (n=6/6) ou viennent directement à la PDSA (n=6/6).  
Seule la moitié des structures reçoivent des patients adressés par le SAU (n=3/6).

*Fig 4 – Mode d'accès à la PDSA*



## II – Caractéristiques des actes

### **2.1- Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.**

Le nombre de passages annuels varient de 1200 à 2589 actes, avec une moyenne départementale de 1806 actes annuels.

Pour la majorité de structures, les gardes sont postées à la structure de PDSA (n=5/6).

Seuls les effecteurs d'une structure réalisent des visites à domicile et dans les EHPAD (n=1/6).

*Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.*

Structure Code postal	Nombre de passages annuels	Actes en novembre 2012	Types de gardes	Visite à domicile	Consultations en EHPAD
MMG 92110	NC*	NC*	Posté	Non	Non
MMG 92130	1200	150	Posté	Non	Non
MMG 92140	2225	306	Posté	Non	Non
MMG 92150	1212	230	Posté	Non	Non
MMG 92160	2589	189	Posté	Non	Non
Cab Med 92200	NC*	NC*	Sur appel	Oui	Oui

\*NC : non communiqué

### **2.2 – Actes ne relevant pas de la PDSA**

Deux structures de PDSA tolèrent la délivrance de traitement de substitution sous certaines conditions (n=2/6).

Une seule structure réalise des certificats de décès (n=1/6).

Aucune des structures ne renouvelle les traitements chroniques ou n'effectue d'examens de garde à vue.

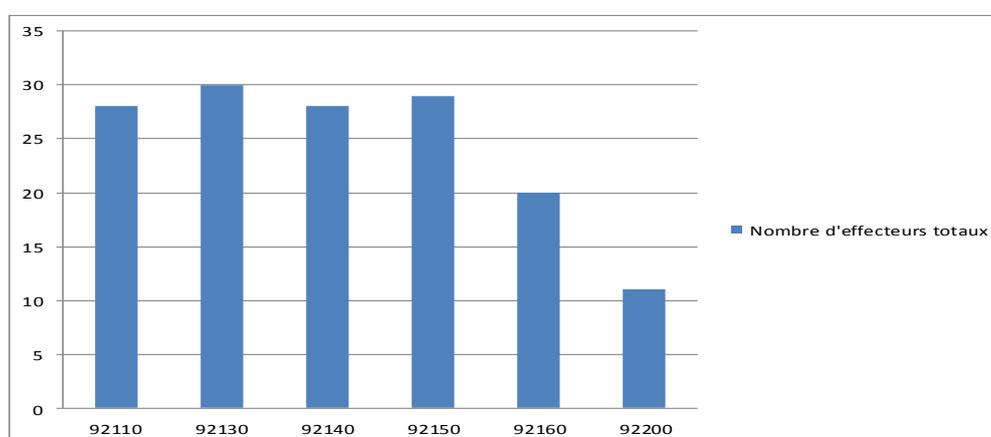
### III – Caractéristiques des effecteurs

#### **3.1- Nombre d'effecteurs participant à la PDSA en fonction des structures**

La participation à la PDSA est volontaire.

Le nombre d'effecteurs participant à la PDSA varient de onze à trente effecteurs par structure.

*Fig 5 – Nombre d'effecteurs participant à la PDSA*

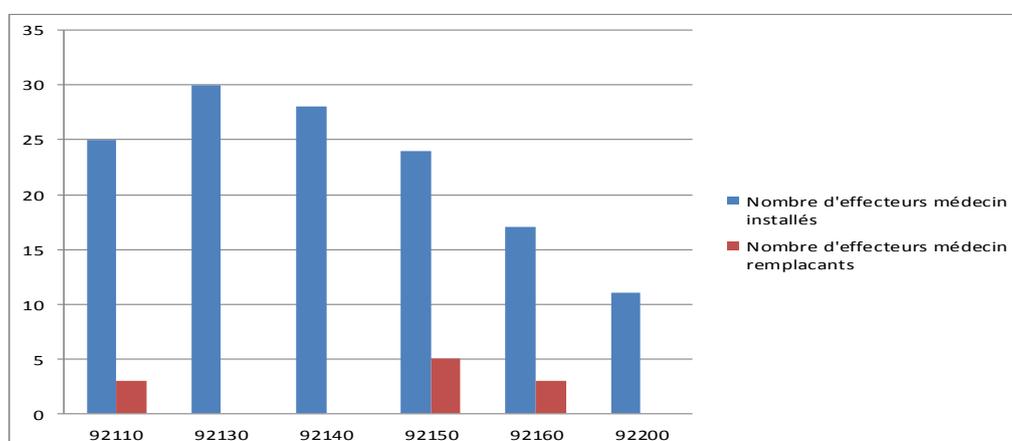


Le nombre moyen d'effecteurs installés est de vingt-trois effecteurs par structure.

Il n'existe des effecteurs médecins remplaçants que dans trois structures de PDSA.

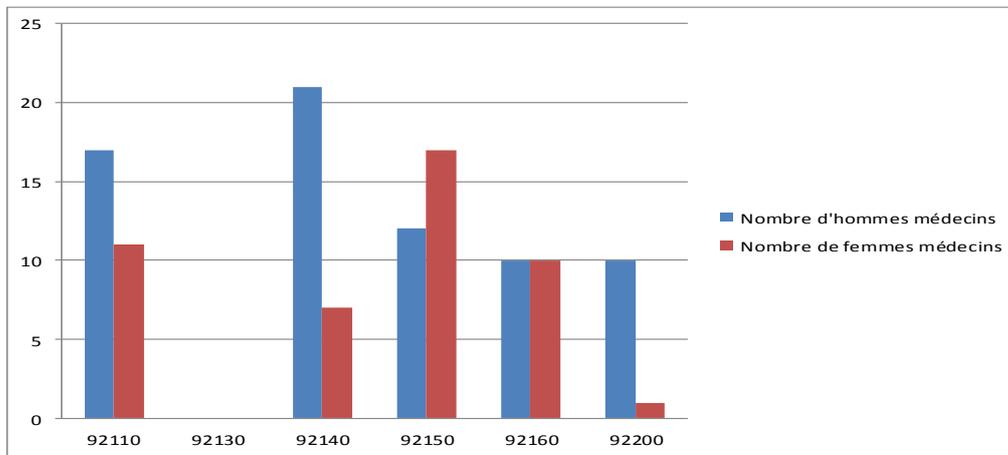
L'âge moyen des médecins généralistes installés participant à la PDSA est de 50 ans.

*Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installés et remplaçants participant à la PDSA*



Parmi les effecteurs participant à la PDSA, 40% des effecteurs sont des femmes.

*Fig 7 – Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe*

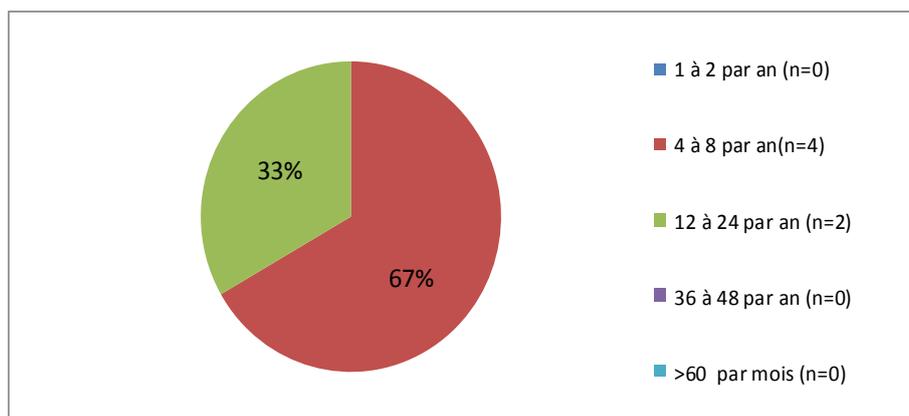


### **3.2- La fréquence des astreintes**

Les effecteurs doivent réaliser une moyenne de une à deux gardes mensuelles en soirée pour les structures ouvertes de 20h00 à 24h00.

Pour les vacances de weekend, la majorité des effecteurs réalisent moins d'une vacation par mois.

*Fig 8 - Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs en weekend end (n=6)*

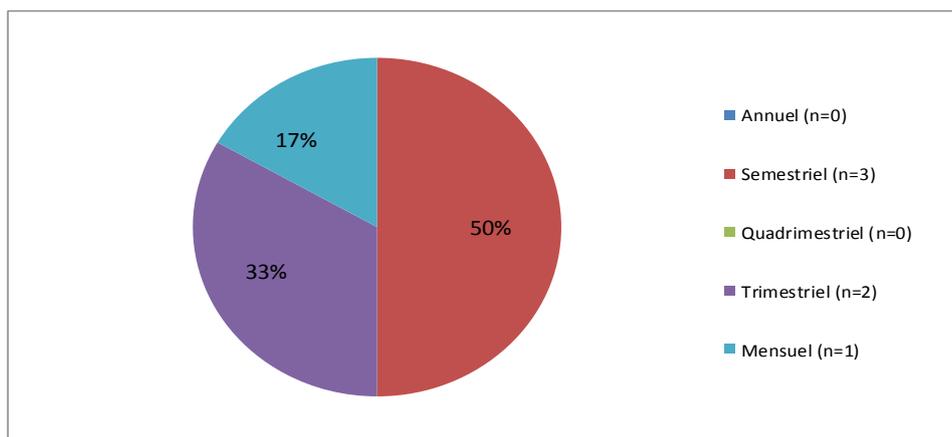


### **3.3 La fréquence du choix de garde**

Le choix de garde est géré par le responsable de chacune des structures qui établit la liste par ordre alphabétique ou lors de réunion de choix.

Dans le département de Hauts-de-Seine, le planning de garde est fixé semestriellement pour la majorité des structures (n=3/6).

*Fig 9 – Fréquence du choix de garde*



Aucun responsable des structures n'a dû recourir à la réquisition auprès du préfet pour compléter sa liste de présence en 2012.

### **3.4 – La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA**

Le forfait alloué aux effecteurs participant à la PDSA est assez hétérogène en fonction des structures variant de 50 à 250 euros par tranche de 4h.

La MMG de Clamart (92140) et celle de Suresnes (92150) assurent une rémunération forfaitaire garantie de 345 euros pour une vacation de 5h30 dont une partie comprend le forfait réglementaire de l'ARS.

Tableau 3 – Rémunération des astreintes

<b>Structure Code postal</b>	<b>Forfait astreintes en soirée</b>	<b>Forfait astreintes samedi</b>	<b>Forfait astreinte Dimanche</b>
<b>MMG 92110</b>	Fermé	100euros/4h	100euros/4h
<b>MMG 92130</b>	Fermé	100euros/4h	100euros/4h
<b>MMG 92140</b>	250euros/4h	250euros/4h	345euros/5h30
<b>MMG 92150</b>	Fermé	Fermé	345euros/5h30
<b>MMG 92160</b>	Fermé	100euros/4h	100euros/4h
<b>Cab Med 92200</b>	50euros/4h	50euros/4h	50euros/4h

### **3.5 - La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA**

Dans le département des Hauts de seine, quel que soit le mode d'accès des patients, tous les actes sont cotés « acte régulé ».

Seule exception, le regroupement de cabinets médicaux tournants qui cote tous leurs actes en « non régulé ».

### **3.6 – La rétrocession**

Aucun effecteur ne rétrocède une partie de ses astreintes ou recettes pour le fonctionnement de la structure de PDSA.

Deux structures sont gérées par une association de médecins avec une adhésion forfaitaire annuelle imposée aux effecteurs de la PDSA.

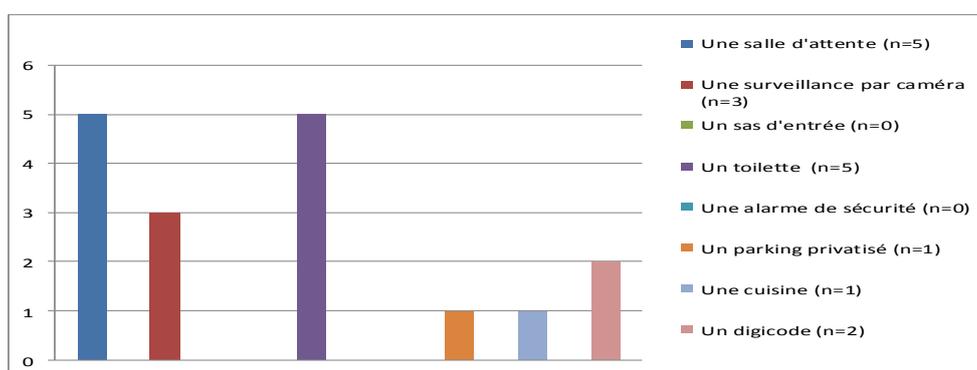
## IV – Logistique de la Permanence De Soins Ambulatoires

### 4.1 – Aménagement des locaux

Toutes les structures de PDSA ont une salle d'attente dans les locaux de consultation, ainsi que des toilettes (n=5/5).

La sécurité est assurée principalement par une surveillance camera pour trois structures.

*Fig 10 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants) (n=5)*



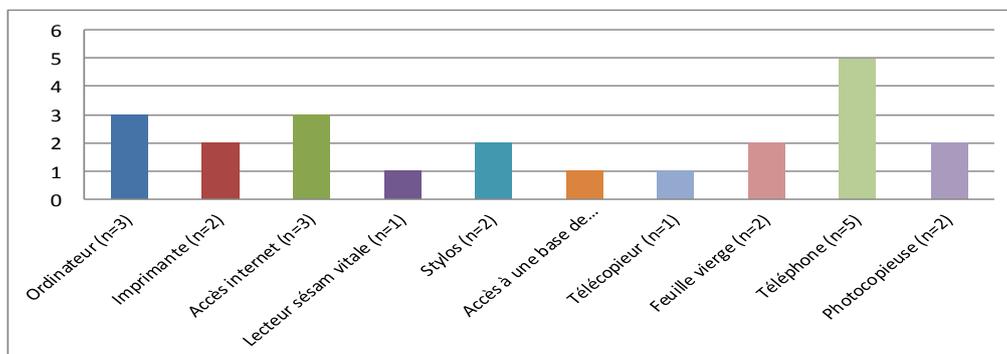
### 4.2 - Equipements administratifs disponibles dans les structures

Toutes les structures de PDSA sont équipées d'un téléphone.

Une majorité des structures disposent d'un ordinateur (n=3/5) mais seules deux d'entre elles peuvent éditer des ordonnances informatisées.

Une seule structure est équipée d'un lecteur sésam vitale pour transmettre les feuilles de soins.

*Fig 11 - Equipements administratifs disponibles dans les structures (n=5)*



### **4.3 - Informatisation des dossiers médicaux (hors cabinets médicaux tournants)**

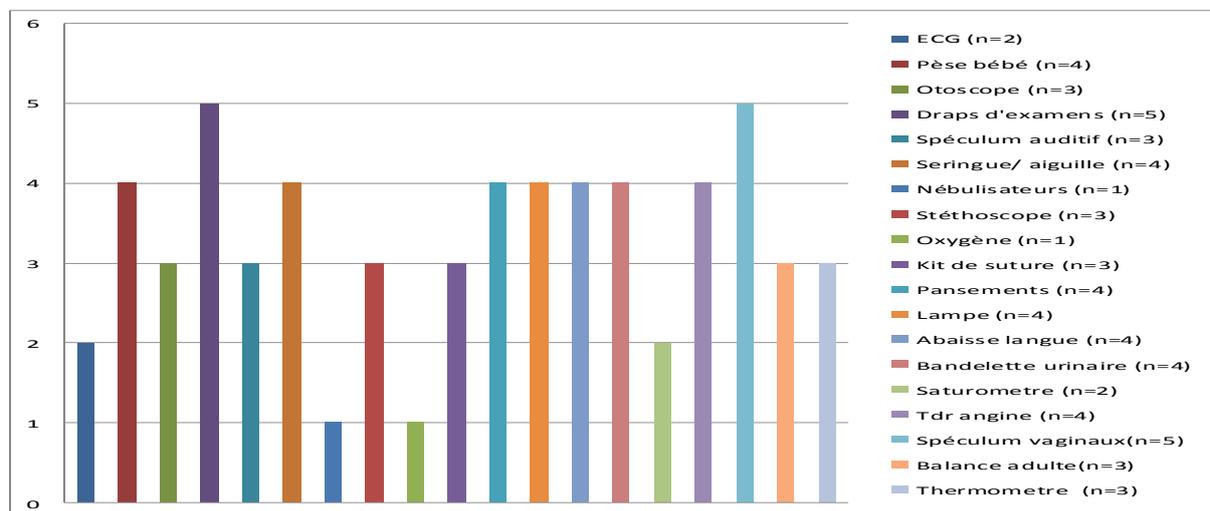
Parmi les trois structures possédant un ordinateur, deux sont équipées d'un logiciel pour informatiser les dossiers médicaux.

### **4.4 - Matériel médical disponible au cabinet**

Moins de la moitié des structures sont équipées d'un ECG (n=2/5) ou d'oxygène en cas de nécessité (n=1/5).

Majoritairement, les structures sont équipées d'un pèse-bébé (n=4/5).

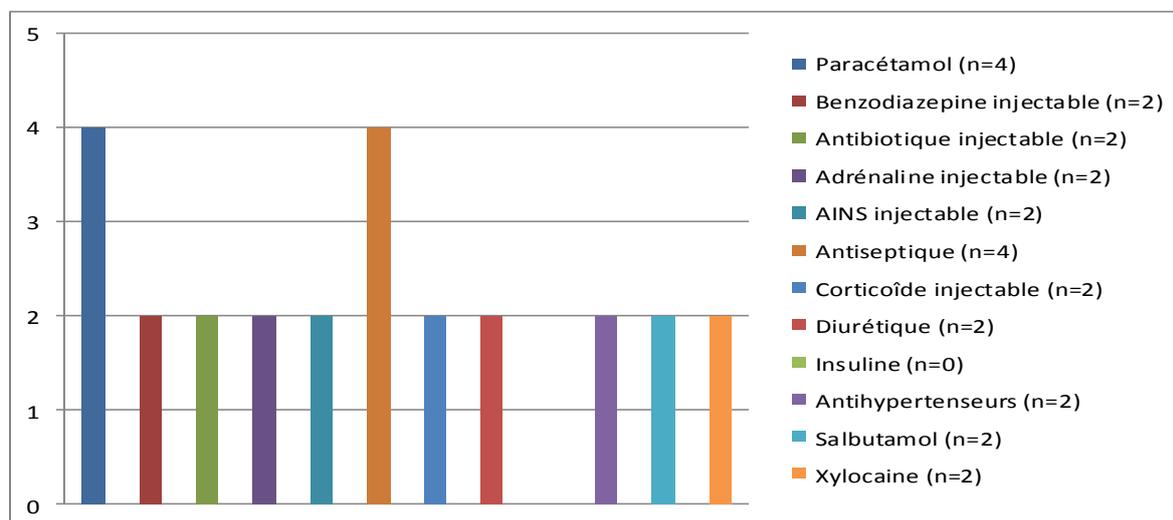
*Fig 12 - Matériel médical disponible au cabinet pour tous les effecteurs (hors cabinet médical tournant) (n=5)*



#### **4.5 – Les médicaments d’urgence**

Une seule PDSA ne possède aucun médicament à son cabinet (n=1/5) et deux autres déclarent n’obtenir que du paracétamol et de l’antiseptique.

*Fig 13 – Liste de médicaments disponibles dans les structures (n=4)*



#### **4.6 – Mode de paiement des actes**

Les consultations peuvent être réglées par espèces ou chèques.

Une structure peut également utiliser la carte bancaire quand l’effecteur est équipé de son propre système portatif.

#### **4.7 – La pratique du tiers payant (hors ALD, CMU, AME)**

Il existe à ce jour une seule structure qui pratique le tiers payant de façon systématique comme exigé selon le cahier des charges de septembre 2012 (n=1/6).

#### **4.8 – Liste du personnel travaillant pour la structure**

Dans le département des Hauts-de-Seine, deux MMG sont gérées en commun par un responsable médecin généraliste et d'un coordinateur administratif avec délégation des parties administratives auprès des secrétaires et du comptable.

Aucune structure ne requiert la présence d'un agent de sécurité (n=0/6).

*Tableau 4 -Liste du personnel travaillant pour la structure*

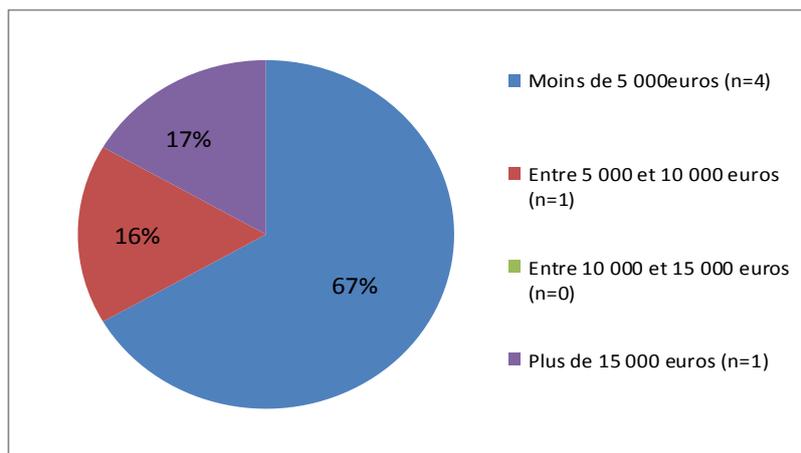
<b>Structure Code postal</b>	<b>Secrétaire</b>	<b>Agent de sécurité</b>	<b>Comptable</b>	<b>Agent d'entretien</b>
<b>MMG 92110</b>	Non	Non	Non	Non
<b>MMG 92130</b>	Non	Non	Non	Non
<b>MMG 92140</b>	Oui	Non	Oui	Oui
<b>MMG 92150</b>	Oui	Non	Oui	Non
<b>MMG 92160</b>	Non	Non	Oui	Non
<b>Cab Med 92200</b>	Non	Non	Non	Non

## V – Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires

### **5.1 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure**

Quatre structures ont un coût d'investissement à l'ouverture inférieur à 5 000 euros.

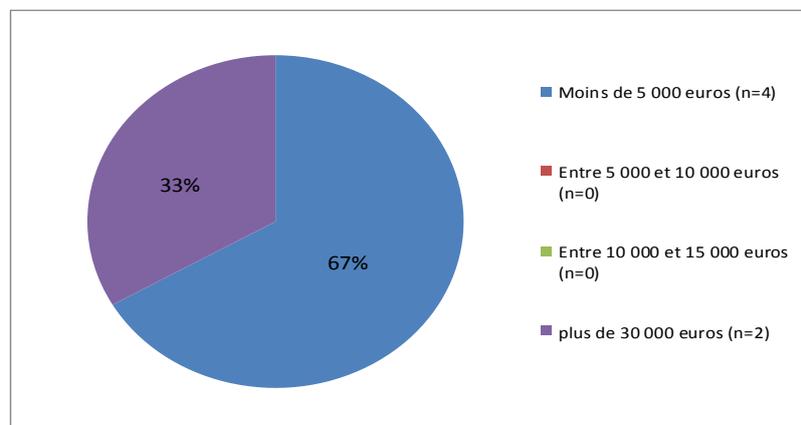
*Fig 14 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure (n=6)*



### **5.2 – Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure**

Plus de la moitié des structures (n=4/6) ont un coût moyen annuel de moins de 5 000 euros alors qu'il est supérieur à 30 000 euros pour les deux autres.

*Fig 15 - Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure (n=6)*



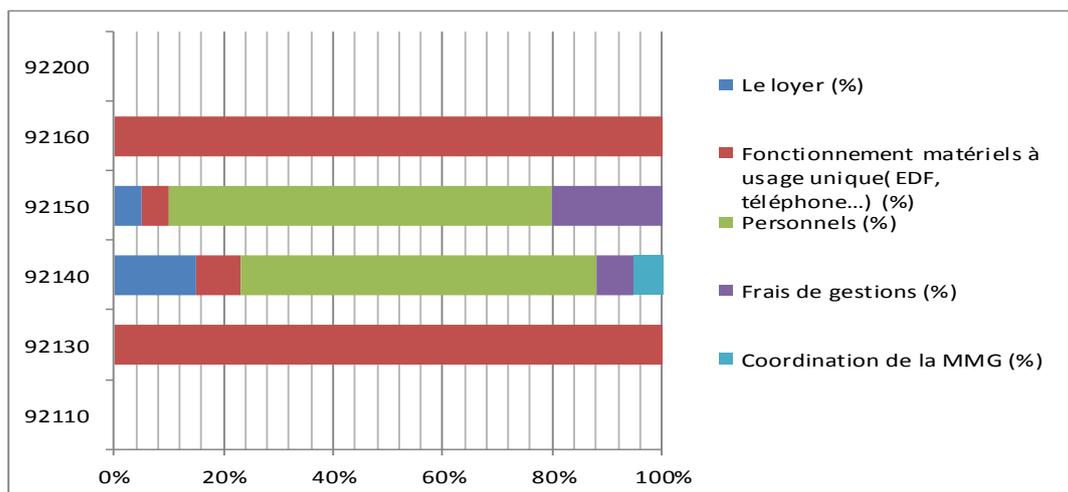
### 5.3 – Répartition approximative des coûts

La répartition des coûts est très hétérogène en fonction des structures de PDSA.

Pour deux structures, le seul poste de frais est les frais de consommables.

Pour les deux autres, le budget du personnel varie entre 65 à 70% et celui de la coordination est de 10%.

*Fig 16 - Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes*



## **5.4 - Financement des structures**

Quatre structures de PDSA se financent grâce aux cotisations de l'association ou par autofinancement avec la participation indirecte des structures de soins.

Seules deux structures sont subventionnées par l'ARS.

*Tableau 5 – Financement pour chacune des structures (n=6)*

<b>Structue Code postal</b>	<b>ARS</b>	<b>Rétrocession d'honoraire</b>	<b>Auto- financement</b>	<b>Participation par les collectivités locales</b>	<b>Prise en charge par une structure de soins</b>	<b>Cotisations de l'association</b>
<b>MMG 92110</b>	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
<b>MMG 92130</b>	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
<b>MMG 92140</b>	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui
<b>MMG 92150</b>	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui
<b>MMG 92160</b>	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
<b>Cab med 92200</b>	Non	Non	Oui	Non	Non	Non

# Département Seine-Saint-Denis 93

Il existe dans le département de Seine-Saint-Denis, onze structures de PDSA.

J'ai rencontré individuellement sept responsables de ces structures et un par contact téléphonique.

Malgré de nombreux appels et relances, je n'ai pas réussi à entrer en contact avec trois responsables.

## I – Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires

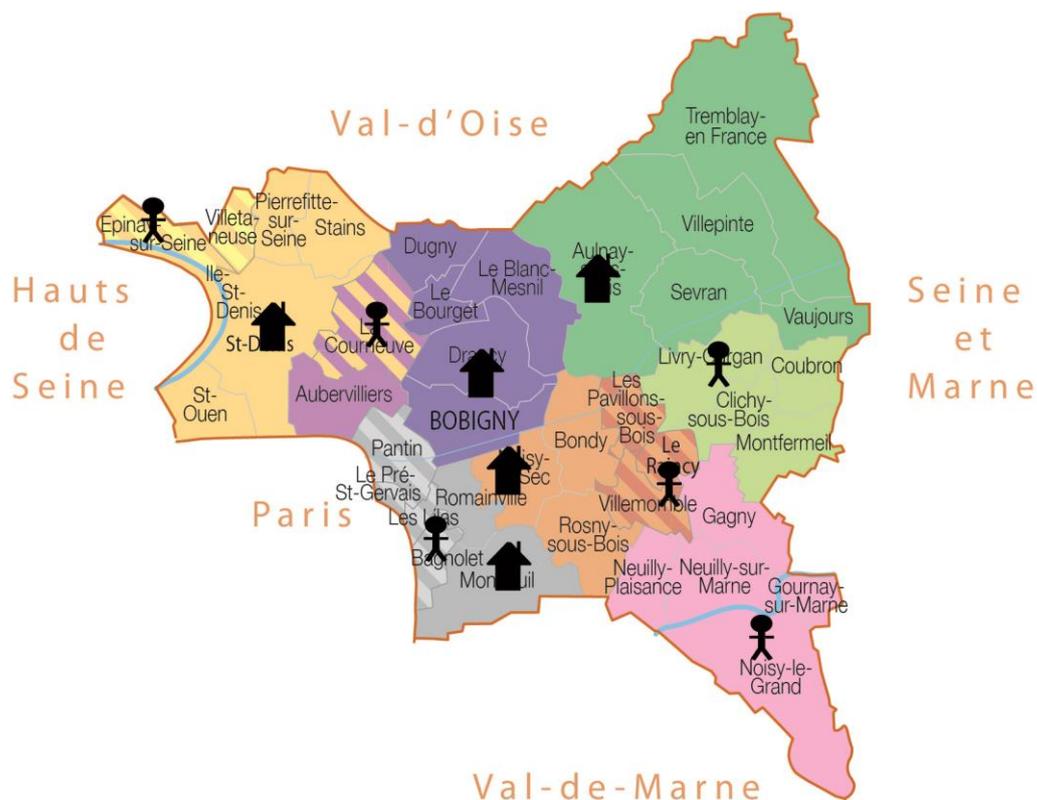
### **1. 1 - Cartographie des PDSA**

On dénombre dans le département de Seine-Saint-Denis, quatre maisons médicales de garde et quatre cabinets médicaux tournants.

Ce département est subdivisé en sept territoires selon le cahier des charges publié en septembre 2012, dont certains sont sous-divisés en fonction du nombre de structures présentes.

La cartographie ci-dessous localise chacune de ces structures en y précisant la commune, le code postal et l'année d'ouverture.

# SEINE-SAINT-DENIS (93)



## Structures

- Point Fixe
- ⚕ Maison Médicale de Garde
- ⚙ Cabinet Tournant

## Légende

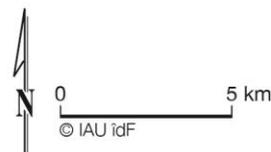
- limite de la région Île-de-France
- limite de département
- limite de commune

- VERSAILLES préfecture
- Argenteuil sous-préfecture

## Territoires PDSA

93-01-01	Saint-Denis (93200)	2008
93-01-02	Epina-sur-Seine (93800)	nc
93-02	La Courneuve (93120)	2010
93-03	Drancy (93700)	2011
93-04-01	Noisy-le-Sec (93130)	2009
93-04-02	Le Raincy (93340)	nc
93-05-01	Montreuil (93100)	nc
93-05-02	Bagnolet (93170)	nc
93-06-01	Aulnay-sous-Bois (93600)	2006
93-06-02	Livry-Gargan (93390)	nc
93-07	Noisy-le-Grand (93160)	2000

Situation en janvier 2013



## **1.2 - Fonction des responsables des structures de la PDSA**

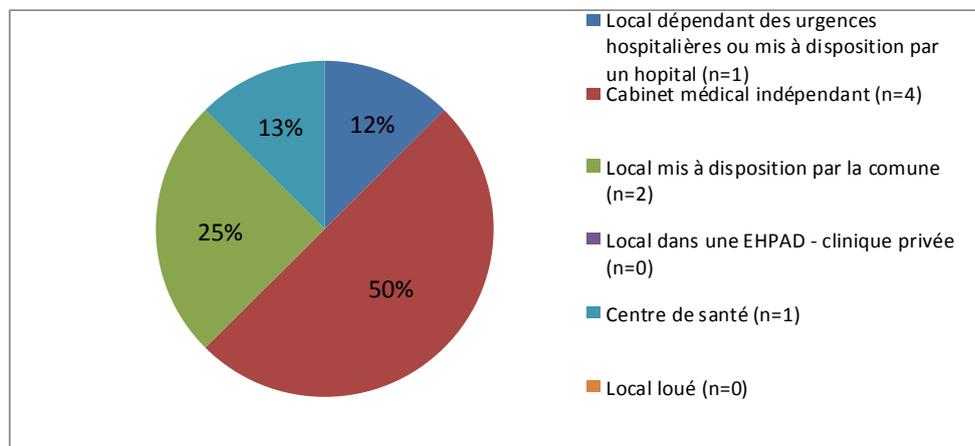
Tous les responsables sont des médecins généralistes libéraux installés (n=8/8).

## **1.3 – Lieu des consultations des structures de PDSA**

Parmi les quatre MMG, la moitié sont implantées dans un local mis à disposition par la commune.

Les cabinets médicaux tournants sont situés dans des cabinets médicaux indépendants.

*Fig 1 – Lieu des consultations (n=8)*

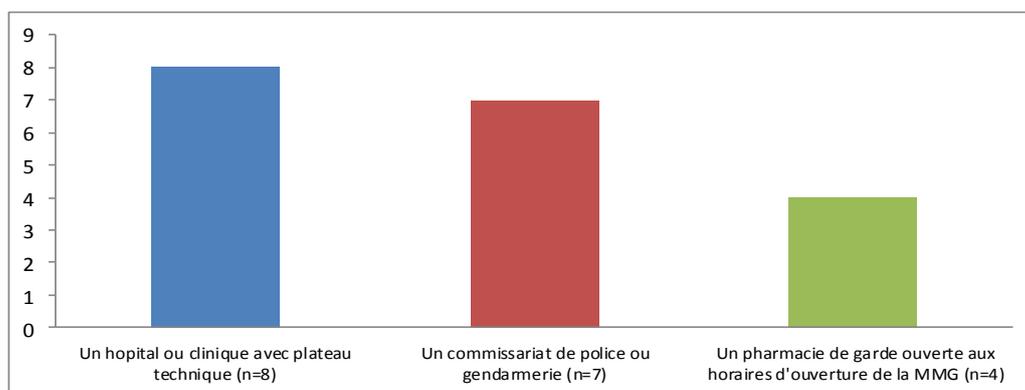


## **1.4 - Structure d'appui à proximité de la PDSA**

Toutes les structures de PDSA sont localisées à proximité d'un hôpital ou clinique (n=8/8).

La majorité sont à moins de 3km d'un commissariat (n=7/8) ou proche d'une pharmacie ouverte aux horaires d'ouverture de la PDSA (n=6/8).

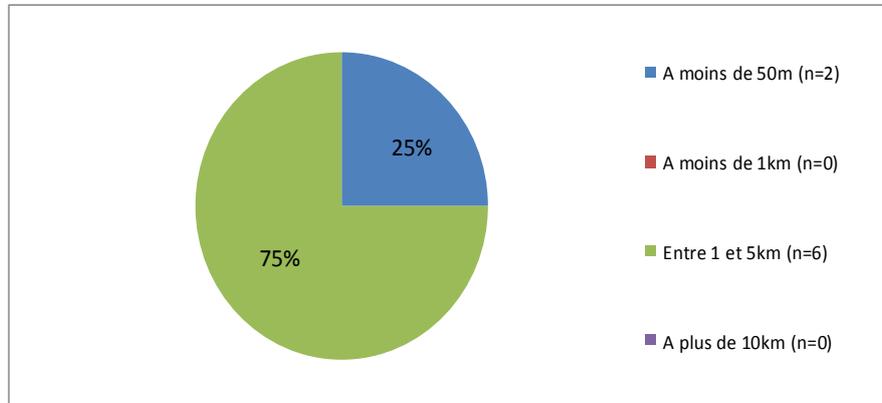
*Fig 2 - Structure d'appui à proximité de la PDSA (moins de 3km) (n=8)*



### **1.5 – Où se situe le service d’Accueil d’Urgences le plus proche ?**

Plus de la moitié (n=6/8) des structures de PDSA sont situées de 1 à 5 km d’un SAU.

*Fig 3 – Localisation du Service d’Accueil d’Urgences (n=8)*



## **1.6 - Horaires d'ouverture de chacune des structures de PDSA**

Les horaires d'ouvertures des structures de PDSA sont hétérogènes.

Seule une MMG est ouverte du lundi au dimanche en soirée sur l'ensemble des horaires de la PDSA. La deuxième n'assure que quelques ouvertures en soirée dans le mois.

Plus de la moitié des structures sont ouvertes le samedi (n=6/8) et le dimanche (n=7/8).

*Tableau 1 - Horaires d'ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA*

<b>Structure Code postal</b>	<b>samedi</b>	<b>dimanche</b>	<b>Soirée semaine</b>	<b>Soirée Weekend</b>
<b>Cab Med 93120</b>	12h-20h			
<b>MMG 93130</b>		8h-14h		
<b>Cab Med 93160</b>	12h-20h	8h-20h		
<b>MMG 93200</b>	12h-20h	8h-20h		
<b>Cab Med 93340</b>		9h-12h 14h-19h		
<b>Cab Med 93390</b>	12h-20h (ponctuel)	8h-20h (ponctuel)	20h-24h (ponctuel)	20h-24h (ponctuel)
<b>MMG 93600</b>	12h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 93700</b>	14h-20h	8h-20h		

## **1.7 - Nombre d'heures effectuées sur une astreinte.**

La durée des vacations d'astreintes varie entre 4h et 12h.

Majoritairement, les effecteurs effectuent une vacation de 8h le samedi (n=5/6) et de 12h le dimanche (n= 5/7).

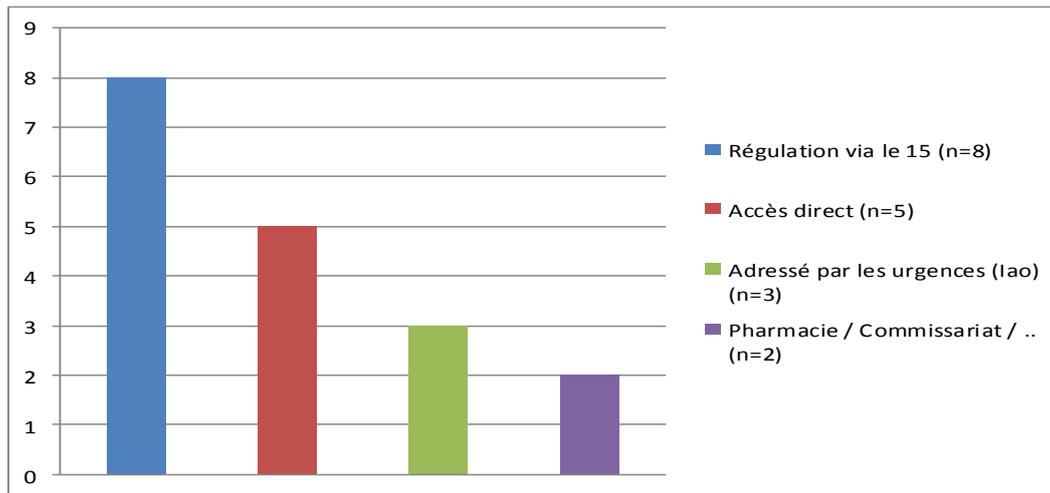
## **1.8 – Mode d'accès à la PDSA**

Trois structures de PDSA (trois cabinets médicaux tournants) ne consultent que via une régulation préalable par le centre 15.

Plus de la majorité (n=5/8) accepte de recevoir les patients en accès direct.

Seules trois structures (n=3/8) reçoivent des patients adressés par le SAU.

*Fig 4 – Mode d'accès à la PDSA (n=8)*



## II – Caractéristiques des actes

### **2.1- Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.**

Le nombre de passages annuels varient de 50 à 5869 actes, avec une moyenne départementale de 1680 actes annuels.

Les effecteurs sont majoritairement postés à la PDSA (n=6/8). Pour les deux autres structures, les effecteurs sont appelés par le patient avant de se déplacer.

Seuls les effecteurs d'une structure effectuent des visites à domicile.

Aucune visite n'a lieu dans les structures EHPAD.

*Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.*

<b>Structure Code postal</b>	<b>Nombre de passages annuels</b>	<b>Actes en novembre 2012</b>	<b>Types de gardes</b>	<b>Visite à domicile</b>	<b>Consultations en EHPAD</b>
<b>Cab Med 93120</b>	50	4	Posté	Non	Non
<b>MMG 93130</b>	1000	72	Posté	Non	Non
<b>Cab Med 93160</b>	500	82	Sur appel	Oui	Non
<b>MMG 93200</b>	2010	200	Posté	Non	Non
<b>Cab Med 93340</b>	NC*	NC*	Sur appel	Non	Non
<b>Cab Med 93390</b>	NC*	NC*	Posté	Non	Non
<b>MMG 93600</b>	5869	582	Posté	Non	Non
<b>MMG 93700</b>	650	165	Posté	Non	Non

\*NC : non communiqué

## **2.2 – Actes ne relevant pas de la PDSA**

Trois structures acceptent le renouvellement de traitement chronique sous certaines conditions (n=3/8).

Les certificats de décès, les examens de garde à vue, ou la délivrance de traitement de substitution ne sont dispensés par aucune des structures.

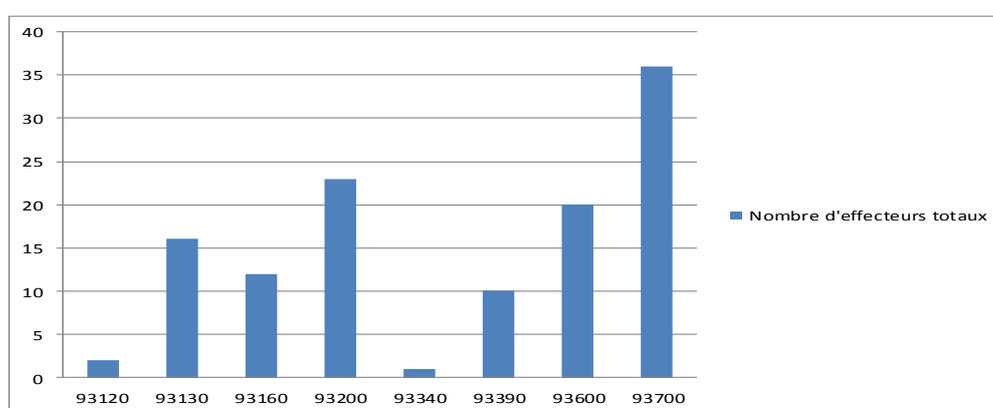
### III – Caractéristiques des effecteurs

#### **3.1- Nombre d'effecteurs participant à la PDSA en fonction des structures**

La participation à la PDSA est volontaire.

Le nombre d'effecteurs participant à la PDSA varient de un à trente-six effecteurs par structure.

*Fig 5 – Nombre d'effecteurs participant à la Permanence de Soins Ambulatoires.*

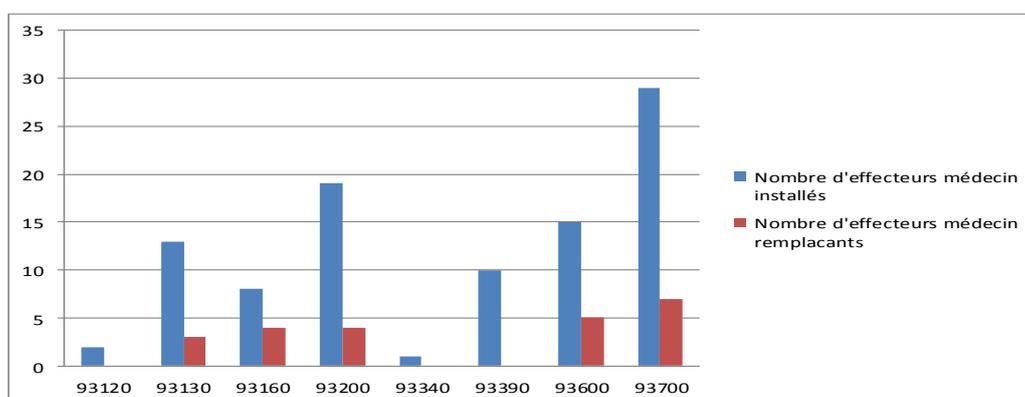


Le nombre moyen d'effecteurs installés participant à la PDSA est de treize effecteurs par structure.

La majorité des structures de PDSA ont des médecins remplaçants dans le pool de garde (n=5/8).

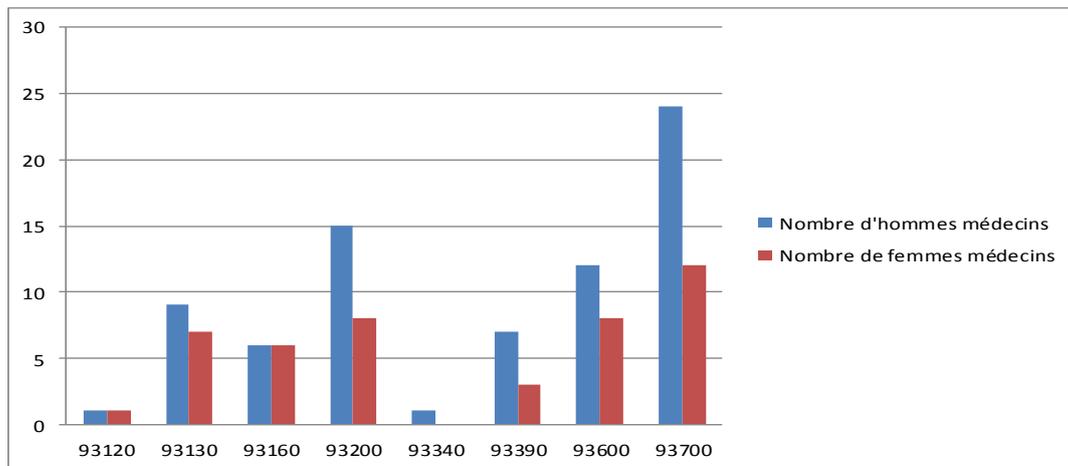
L'âge moyen des médecins généralistes installés participant à la PDSA est de 51 ans.

*Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installés et remplaçants participant à la PDSA*



Parmi les effecteurs participants à la PDSA, 38 % des effecteurs sont des femmes.

*Fig 7 – Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe.*

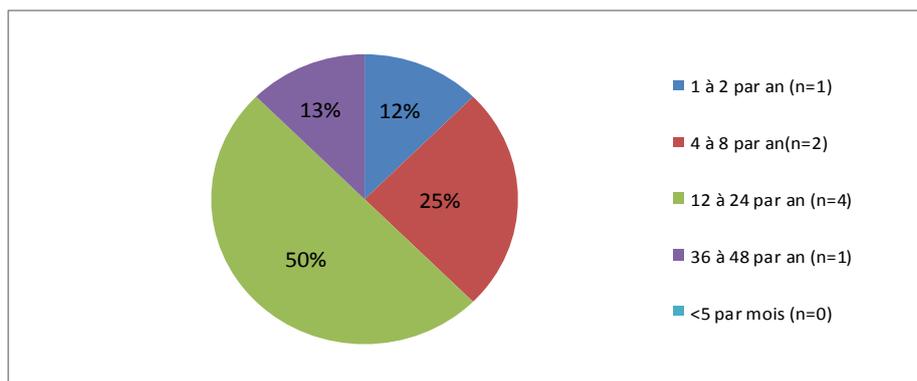


### **3.2- La fréquence des astreintes**

Pour les MMG ouvertes en soirée, les effecteurs réalisent une à deux gardes par mois.

Pour les vacances de weekend, les effecteurs réalisent en majorité une à deux gardes par mois (n=4/8).

*Fig 8 - Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs en weekend (n=8)*

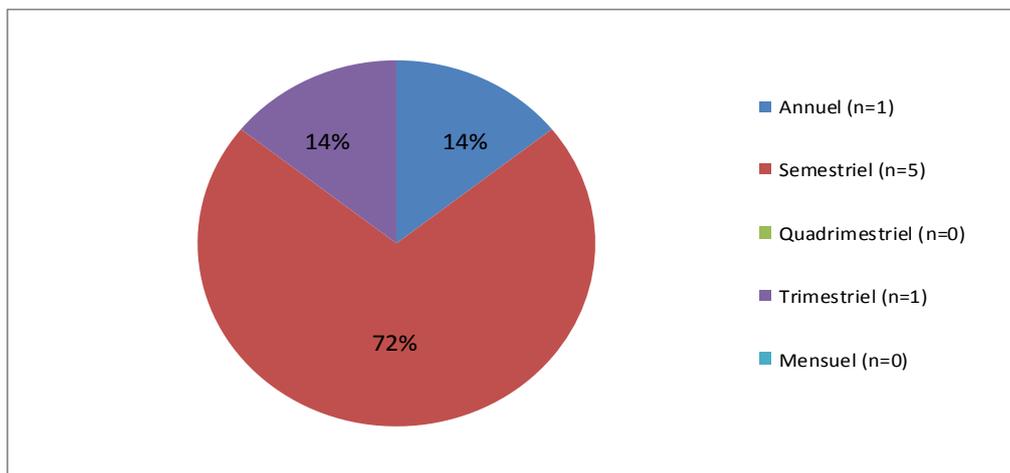


### **3.3 La fréquence du choix de garde**

Le choix de garde est géré par le responsable de chacune des structures qui établit la liste par ordre alphabétique ou lors de réunion de choix.

Le planning de garde est fixé semestriellement pour la majorité des structures (n=5/7).

*Fig 9 – Fréquence du choix de garde (n=7)*



Bien que la liste de garde soit incomplète pour les structures isolées, aucune réquisition n'a eu lieu en 2012 dans ce département.

### **3.4 – La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA**

Les forfaits alloués aux effecteurs sont hétérogènes en fonction de la structure variant de 50 à 100 euros par vacation de 4h.

Il existe une structure de PDSA où les effecteurs ne perçoivent pas de forfait d'astreintes.

Tableau 3 – Rémunération des astreintes

<b>Structure Code postal</b>	<b>Forfait astreintes soirée</b>	<b>Forfait astreintes samedi</b>	<b>Forfait astreinte dimanche</b>
<b>Cab Med 93120</b>	Fermé	100 euros/4h	fermé
<b>MMG 93130</b>	Fermé	Fermé	50 euros/4h
<b>Cab Med 93160</b>	Fermé	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 93200</b>	Fermé	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>Cab Med 93340</b>	Non rémunéré	Non rémunéré	Non rémunéré
<b>Cab Med 93390</b>	50 euros/4h	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 93600</b>	50 euros/4h	50 euros/4h	50 euros/4h
<b>MMG 93700</b>	Fermé	50 euros/4h	50 euros/4h

### **3.5 - La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA**

Dans le département de Seine-Saint-Denis, quel que soit le mode d'accès des patients, tous les actes sont cotés « acte régulé ».

### **3.6 – La rétrocession**

Aucun effecteur ne rétrocède une partie de ses astreintes ou recettes pour le fonctionnement de la structure de PDSA.

Trois structures sont gérées par une association de médecins avec une adhésion forfaitaire annuelle imposée aux effecteurs de la PDSA.

## IV – Logistique de la Permanence De Soins Ambulatoires

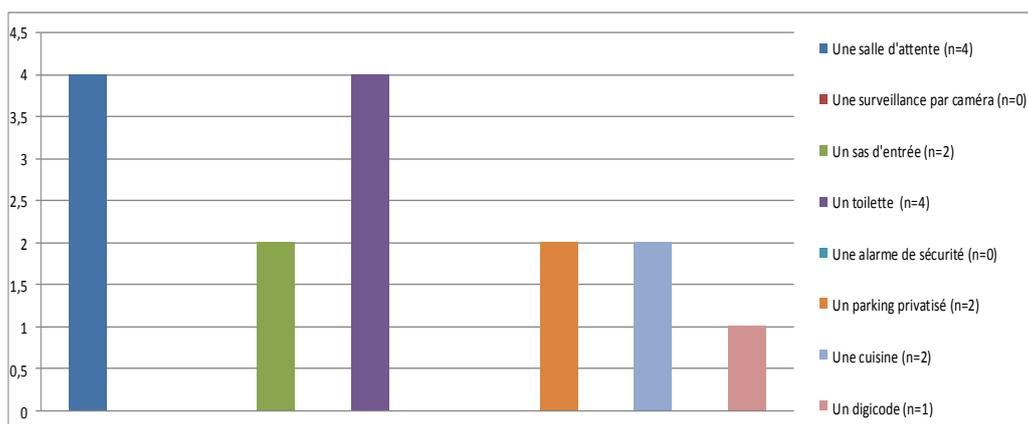
Les cabinets médicaux tournants ont été exclus des questions 4.1 à 4.5 compte tenu de la disposition et des équipements aléatoires en fonction de chacun des cabinets d'effecteurs.

### **4.1 – Aménagement des locaux**

Toutes les MMG ont une salle d'attente dans les locaux de consultation, ainsi que des toilettes (n=4/4).

Aucune d'entre elles ne possède un système de sécurité ou surveillance (digicode, camera ou alarme)

*Fig 10 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants) (n=4)*



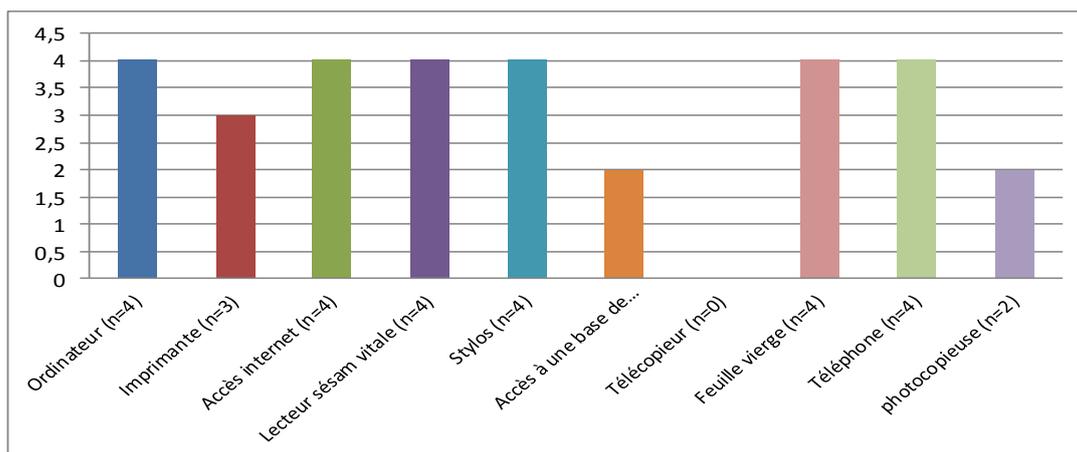
## **4.2 - Equipements administratifs disponibles dans les structures**

Toutes les MMG sont équipées de façon identique avec un système informatique et des téléphones.

Toutes les MMG télétransmettent les feuilles de soins.

Seule une MMG n'ayant pas d'imprimante, établit les ordonnances manuellement.

*Fig 11 - Equipements administratifs disponibles dans les structures (n=4)*



## **4.3 - Informatisation des dossiers médicaux (hors cabinets médicaux tournants)**

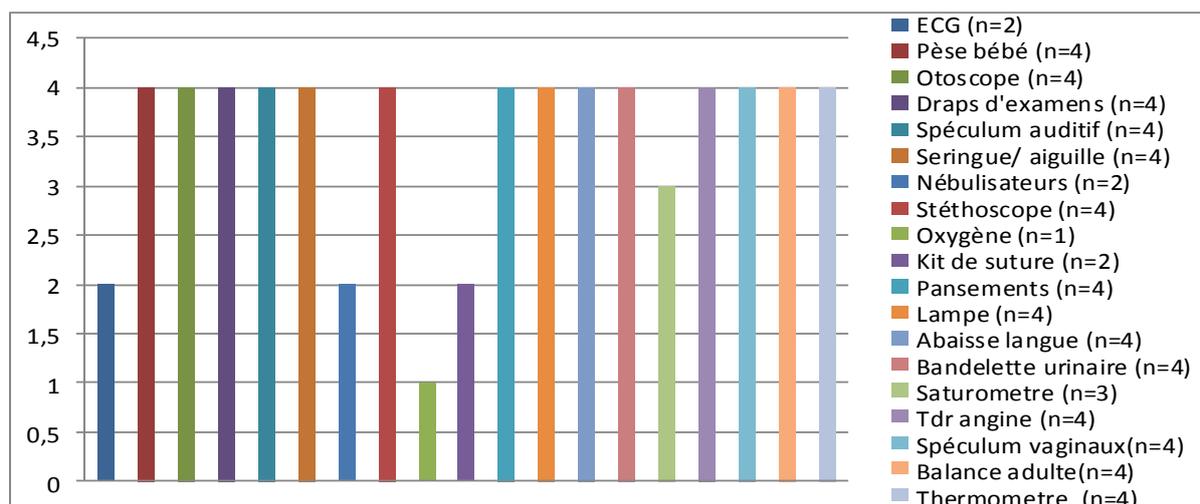
Aucune des quatre MMG n'informatise ses dossiers médicaux malgré qu'elles soient équipées d'un système informatique.

#### **4.4 - Matériel médical disponible au cabinet**

Uniquement deux MMG sur les quatre disposent d'un ECG (n=2/4), mais toutes sont équipées d'un pèse-bébé (n=4/4).

A noter, qu'une seule MMG dispose d'oxygène (n=1/4).

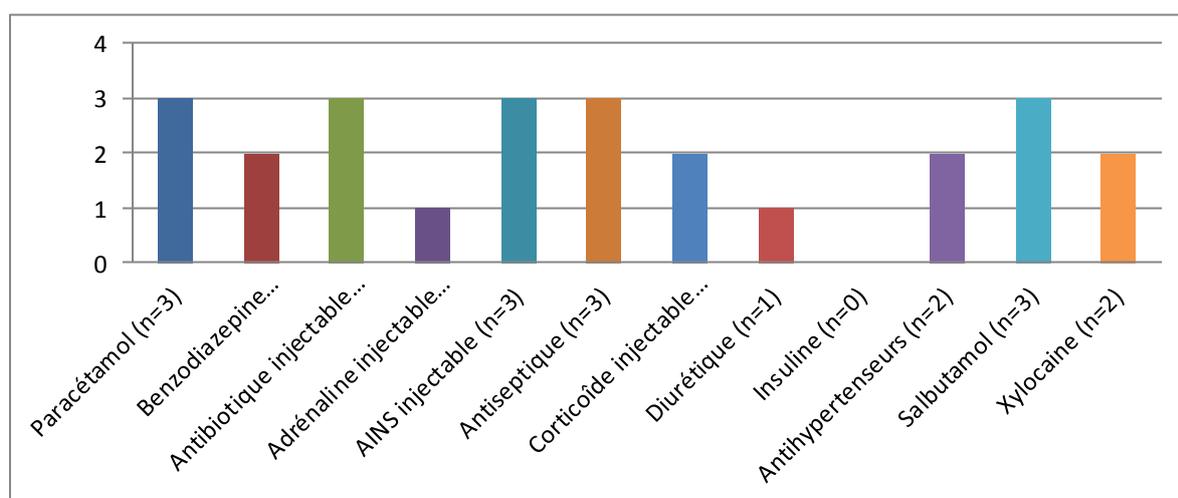
*Fig 12 - Matériel médical disponible au cabinet pour tous les effecteurs (hors cabinet médical tournant) (n=4)*



#### **4.5 – Les médicaments d'urgence**

La majorité des structures de PDSA disposent d'une trousse de médicaments d'urgence (n=3/4).

*Fig 13 – Liste de médicaments disponibles dans les structures (n=4)*



#### **4.6 – Mode de paiement des actes**

Les consultations peuvent être réglées par espèces ou chèques.

Trois structures peuvent également utiliser la carte bancaire quand l'effecteur est équipé de son propre système portatif.

#### **4.7 – La pratique du tiers payant (hors ALD, CMU, AME)**

Plus de la majorité des structures de PDSA (n=5/8) pratiquent systématiquement le tiers payant de façon systématique exigé selon le cahier des charges de septembre 2012.

#### **4.8 – Liste du personnel travaillant pour la structure**

Les structures de PDSA dans le département de Seine-Saint-Denis sont toutes indépendantes administrativement.

Seules trois structures disposent d'un agent de sécurité aux horaires d'ouverture de la MMG (n=3/8).

*Tableau 4 -Liste du personnel travaillant pour la structure*

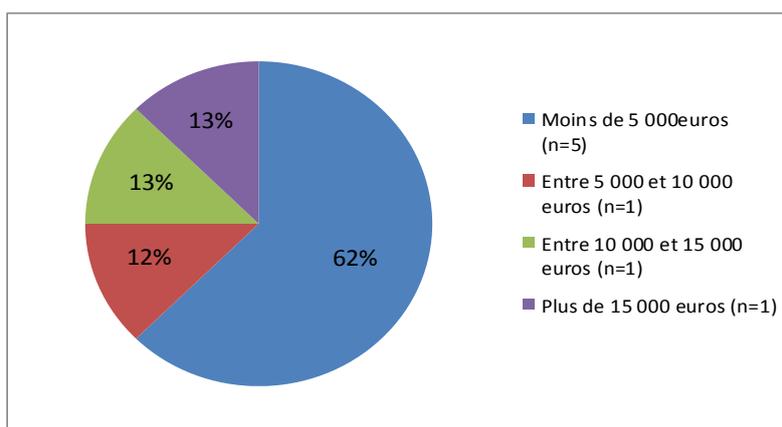
<b>Structure Code postal</b>	<b>Secrétaire</b>	<b>Agent de sécurité</b>	<b>Comptable</b>	<b>Agent d'entretien</b>
<b>Cab Med 93120</b>	Non	Non	Non	Non
<b>MMG 93130</b>	Oui	Non	Non	Non
<b>Cab Med 93160</b>	Non	Non	Non	Non
<b>MMG 93200</b>	Oui	Oui	Oui	Non
<b>Cab Med 93340</b>	Non	Non	Non	Non
<b>Cab Med 93390</b>	Non	Non	Non	Non
<b>MMG 93600</b>	Oui	Oui	Oui	Non
<b>MMG 93700</b>	Oui	Oui	Oui	Non

## V – Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires

### **5.1 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure**

En majorité, les structures de PDSA ont un coût initial d'investissement inférieur à 5 000 euros (n=5/8).

*Fig 14 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure (n=8)*

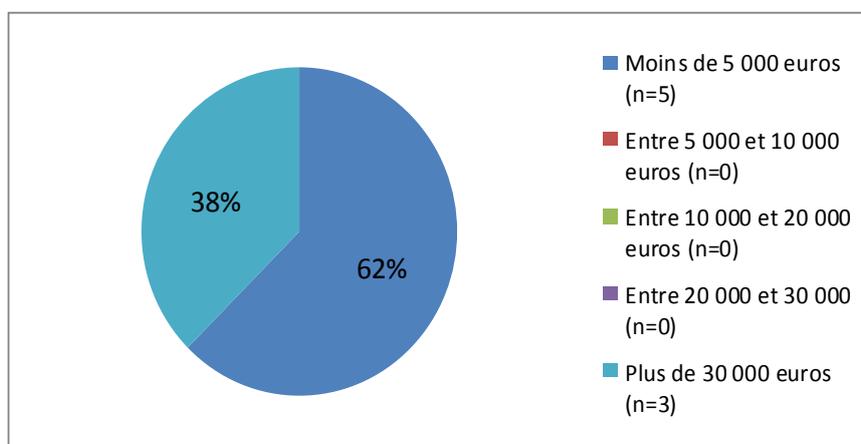


### **5.2 – Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure**

Pour cinq structures de PDSA, le coût moyen annuel de fonctionnement est inférieur à 5 000 euros (n=5/8).

Les trois autres structures ont un coût supérieur à 30 000 euros.

*Fig 15 - Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure (n=8)*

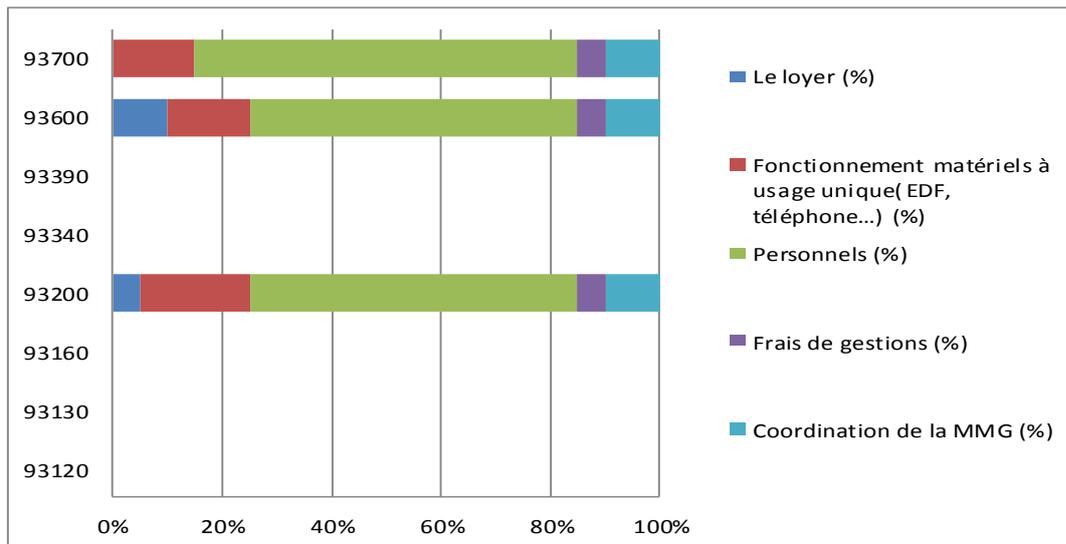


### 5.3 – Répartition approximative des coûts

Les deux postes les plus coûteux sont les frais de personnels et le poste des consommables divers.

Les frais de personnels varient de 60 à 70% des coûts totaux annuels, et ceux de la coordination estimés à 10%. Deux MMG ont un poste alloué pour le loyer des locaux.

*Fig 16 - Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes*



## **5.4 - Financement des structures**

Il existe différents acteurs pour le financement des structures : l'ARS, l'autofinancement, la participation par les collectivités locales ou la prise en charge par une structure de soins.

Seules trois structures perçoivent un budget de l'ARS (n=3/8).

La moitié d'entre elles ont un autofinancement (n=4/8).

*Tableau 5 – Financement pour chacune des structures (n=8)*

<b>Structure Code postal</b>	<b>ARS</b>	<b>Rétrocession d'honoraire</b>	<b>Auto- financement</b>	<b>Participation par les collectivités locales</b>	<b>Prise en charge par une structure de soins</b>	<b>Cotisations de l'association</b>
<b>Cab Med 93120</b>	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
<b>MMG 93130</b>	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>Cab Med 93160</b>	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non
<b>MMG 93200</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>Cab Med 93340</b>	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
<b>Cab Med 93390</b>	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
<b>MMG 93600</b>	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
<b>MMG 93700</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non

# Département Val-de-Marne 94

Il existe dans le département du Val-De-Marne onze structures de PDSA.  
J'ai rencontré individuellement dix responsables de ces structures.  
Un responsable d'une structure n'a pas souhaité me recevoir.

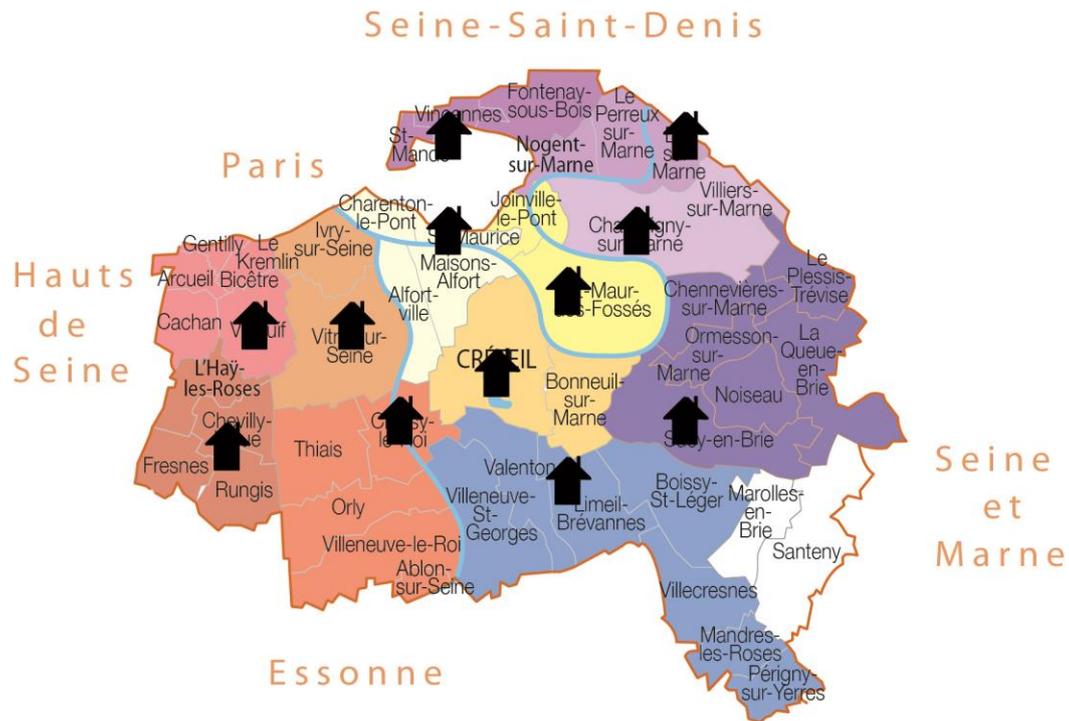
## I – Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires

### **1. 1 - Cartographie des PDSA**

On dénombre dans le département du Val-de-Marne, dix maisons médicales de garde.  
Ce département est subdivisé en quatre territoires selon le cahier des charges publié en septembre 2012, dont certains sont sous-divisés en fonction du nombre de structures présentes.

La cartographie ci-dessous localise chacune de ces structures en y précisant la commune, le code postal et l'année d'ouverture.

# VAL-DE-MARNE (94)



## Structures

- Point Fixe
- 🏠 Maison Médicale de Garde
- 👤 Cabinet Tournant

## Légende

- limite de la région Île-de-France
- limite de département
- limite de commune

- VERSAILLES préfecture
- Argenteuil sous-préfecture

## Territoires PDSA

94-01-01	Créteil (94000)	2007
94-01-02	Saint-Maur-des-Fossés (94100)	2010
94-01-03	Saint-Maurice (94410)	nc
94-02-01	Vincennes (94300)	2002
94-02-02	Bry-sur-Marne (94360)	2009
94-02-03	Champigny-sur-Marne (94500)	2007
94-03-01	Sucy-en-Brie (94370)	2005
94-03-02	Limeil-Brévannes (94450)	2005
94-04-01	Vitry-sur-Seine (94400)	2003
94-04-02	Chevilly-Larue (94550)	2010
94-04-03	Choisy-le-Roi (94600)	2003
94-04-04	Villejuif (94800)	2007

Situation en janvier 2013



## **1.2 - Fonction des responsables des structures de la PDSA**

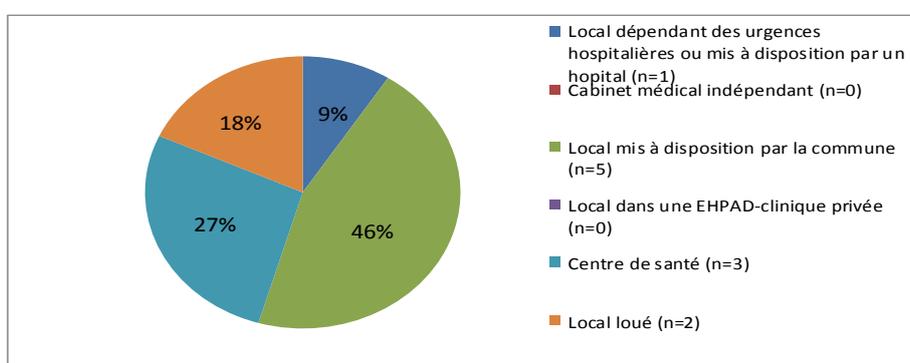
La majorité des médecins responsables des structures de PDSA sont des médecins généralistes libéraux installés (n=10/11).

Un seul médecin a une activité mixte, libérale et salariée (n=1/11).

## **1.3 – Lieu des consultations des structures de PDSA**

Les structures de PDSA sont majoritairement installées dans un local mis à disposition par la commune (n=5/11), ou dans un centre de santé (n=3/11).

*Fig 1 – Lieu des consultations des structures de PDSA (n=11)*



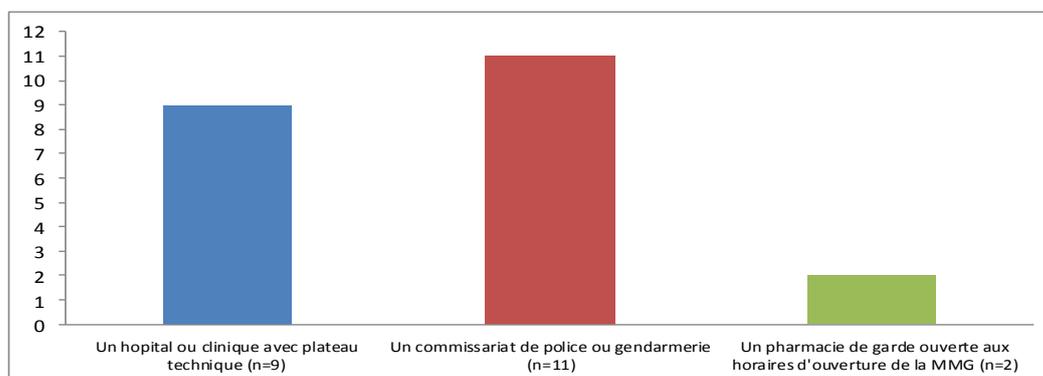
## **1.4 - Structure d'appui à proximité de la PDSA**

Neuf structures de PDSA sont localisées près d'un hôpital ou d'une clinique (n=9/11).

Toutes les structures de PDSA sont situées à moins de 3km d'un commissariat ou d'une gendarmerie (n=11/11).

Seulement deux structures de PDSA (n=2/11) peuvent adresser leurs patients à une pharmacie de garde ouverte aux horaires d'ouverture de la PDSA.

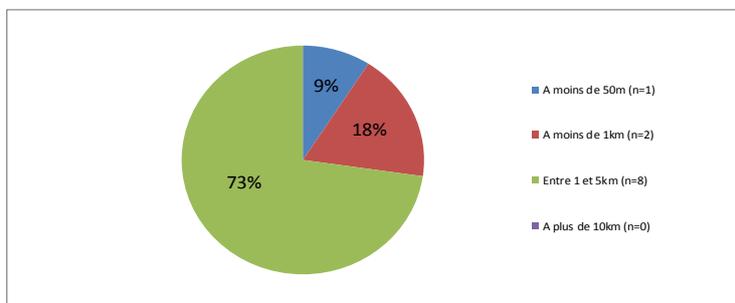
*Fig 2 - Structure d'appui à proximité de la PDSA (moins de 3km) (n=11)*



### **1.5 – Où se situe le Service d’Accueil d’Urgence le plus proche ?**

Plus de la moitié des structures de PDSA sont localisées de 1 à 5 km d’un SAU (n=8/11).

*Fig 3 – Localisation du Service d’Accueil d’Urgences (n=11)*



### **1.6 - Horaires d’ouverture de chacune des structures de PDSA**

Toutes les MMG sont ouvertes en soirée en semaine et weekend (n=11/11).

Une seule MMG est fermée le samedi après-midi mais toutes sont ouvertes le dimanche (n=11/11).

*Tableau 1 - Horaires d’ouverture en semaine et weekend de chaque structure de PDSA*

Structure Code postal	samedi	dimanche	Soirée semaine	Soirée Weekend
<b>MMG 94000</b>	16h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 94100</b>	16h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 94300</b>		8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 94360</b>	16h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 94370</b>	16h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 94400</b>	14h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 94450</b>	16h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 94500</b>	16h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 94550</b>	16h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 94600</b>	16h-20h	9h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>MMG 94800</b>	16h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h

## **1.7 - Nombre d'heures effectuées sur une astreinte.**

Le nombre d'heures effectuées lors d'une astreinte varient de quatre à huit heures.

Dans la majorité des structures, les effecteurs assurent des vacations de quatre heures (n=5/11).

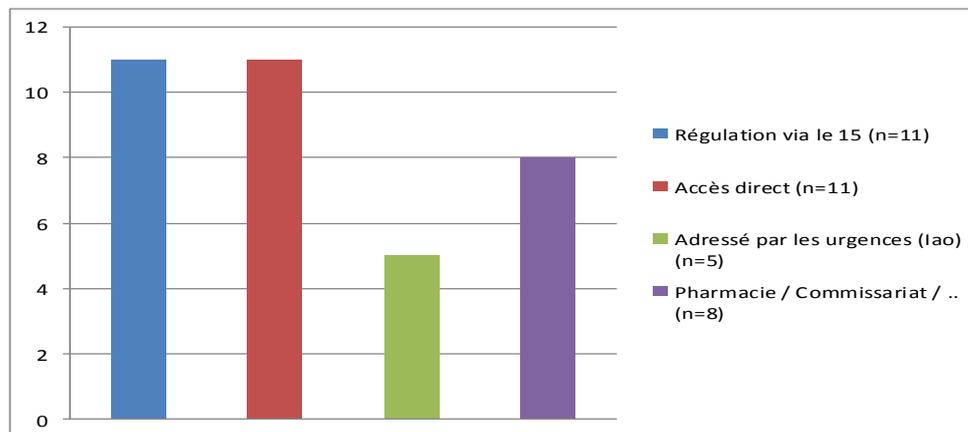
## **1.8 – Mode d'accès à la PDSA**

Aucune des structures de PDSA n'impose une régulation préalable par le Centre 15.

Pour toutes les structures, les patients sont adressés par le Centre 15 (n=11/11) ou viennent directement à la PDSA (n=11/11).

Seules cinq structures reçoivent des patients adressés par le SAU (n=5/11).

*Fig 4 – Mode d'accès à la PDSA (n=11)*



## II – Caractéristiques des actes

### **2.1- Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.**

Le nombre de passages annuels varient de 1653 à 4623 actes, avec une moyenne départementale de 3473 actes annuels.

Toutes les gardes sont postées à la structure de PDSA.

Aucun des effecteurs ne réalise de visite à domicile, ni en EHPAD.

*Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.*

Structure Code postal	Nombre de passages annuels	Actes en décembre 2012	Types de gardes	Visite à domicile	Consultations en EHPAD
<b>MMG 94000</b>	2700	327	Posté	Non	Non
<b>MMG 94100</b>	1653	280	Posté	Non	Non
<b>MMG 94300</b>	3213	424	Posté	Non	Non
<b>MMG 94360</b>	4067	510	Posté	Non	Non
<b>MMG 94370</b>	2661	430	Posté	Non	Non
<b>MMG 94400</b>	4319	610	Posté	Non	Non
<b>MMG 94450</b>	4210	640	Posté	Non	Non
<b>MMG 94500</b>	3817	582	Posté	Non	Non
<b>MMG 94550</b>	3897	580	Posté	Non	Non
<b>MMG 94600</b>	4623	600	Posté	Non	Non
<b>MMG 94800</b>	3046	390	Posté	Non	Non

## **2.2 – Actes ne relevant pas de la PDSA**

Une seule structure autorise la délivrance de traitement de substitution (n=1/11) sous certaines conditions, et une renouvelle les traitements chroniques (n=1/11).

Aucune des structures n'effectue des examens de garde à vue ou des certificats de décès.

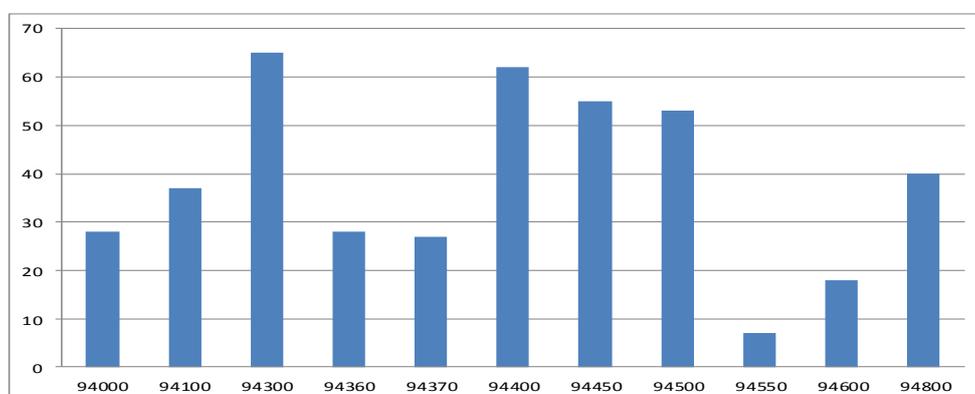
### III – Caractéristiques des effecteurs

#### **3.1- Caractéristiques des effecteurs participant à la PDSA en fonction des structures**

La participation à la PDSA est volontaire.

Le nombre d'effecteurs participant à la PDSA varie de sept à soixante-cinq effecteurs par structure.

*Fig 5 – Nombre d'effecteurs participant à la PDSA*

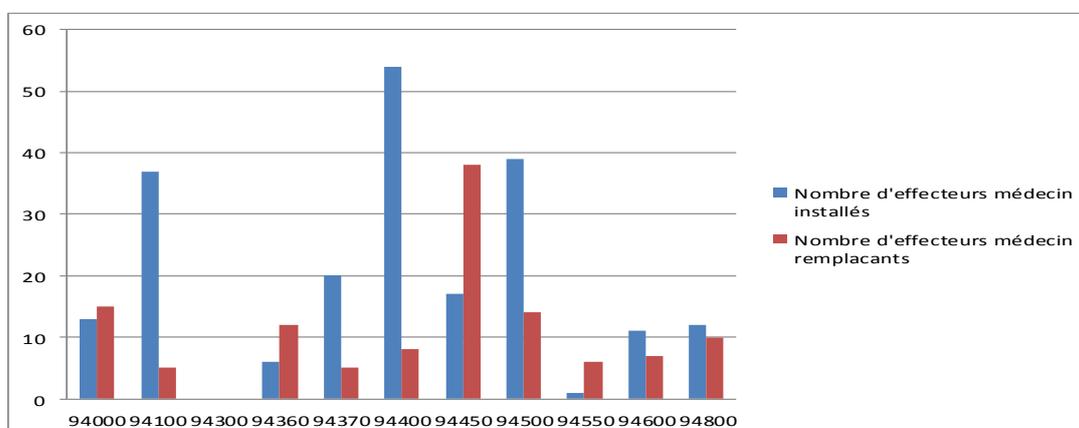


Le nombre moyen d'effecteurs médecins installés est de vingt-un effecteurs par structure

Toutes les structures de PDSA ont des médecins remplaçants dans le pool de garde.

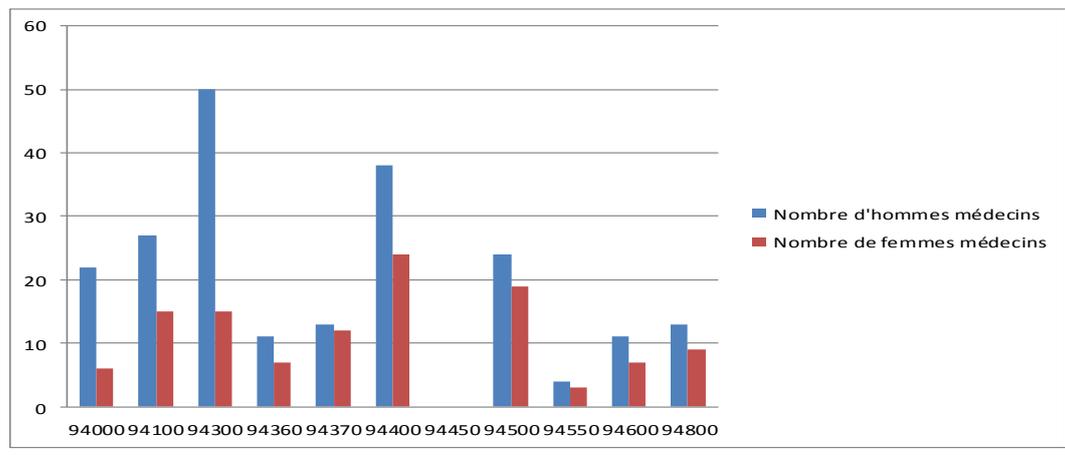
L'âge moyen des médecins généralistes installés participant à la PDSA est de 52 ans.

*Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installés et remplaçants participant à la PDSA*



Parmi les effecteurs participant à la PDSA, 32 % des effecteurs sont des femmes.

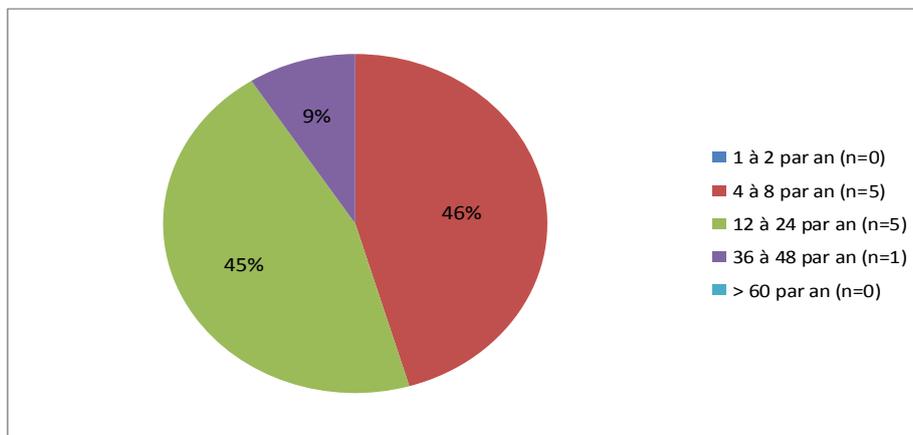
*Fig 7 – Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe*



### **3.2- La fréquence des astreintes**

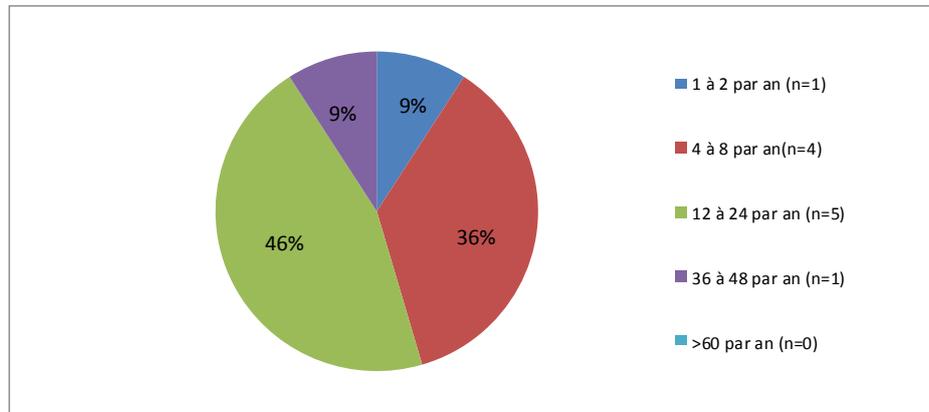
Pour les vacances en soirée, les effecteurs des MMG réalisent en majorité moins de deux gardes par mois (n=10/11).

*Fig 8 – Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs du lundi au vendredi (n=11)*



Pour les vacances de weekend, les effecteurs réalisent majoritairement une à deux vacations par mois (n=5/10).

*Fig 9 - Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs en weekend (n=10)*

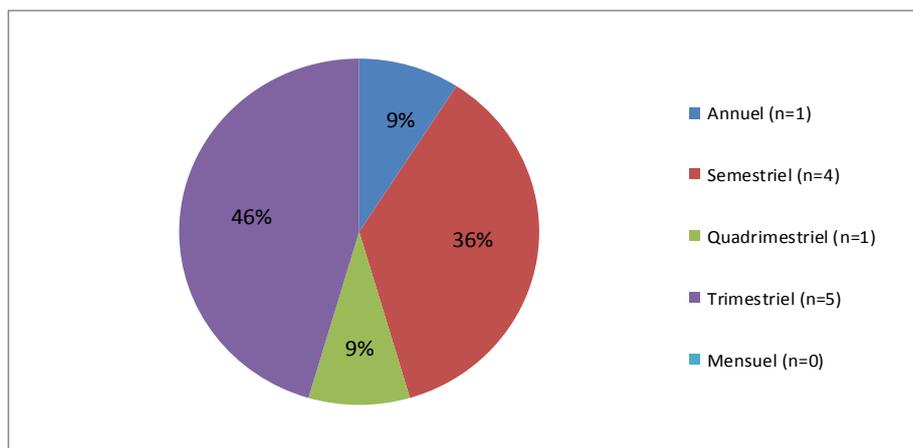


### **3.3 La fréquence du choix de garde**

Le choix de garde est géré par le responsable de chacune des structures qui établit la liste par ordre alphabétique ou lors de réunion de choix.

Pour la majorité des MMG, le planning de garde est fixé trimestriellement (n=5/11) ou semestriellement (n=4/11).

*Fig 10- Fréquence du choix de garde (n=11)*



Les responsables de cinq structures de PDSA (n=5/11) ont été dans l'obligation de faire une demande de réquisition de médecin auprès du Préfet Départemental pour remplir sa liste de gardes (principalement pour la soirée du 31 décembre 2012).

### **3.4 – La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA**

Tous les effecteurs de la PDSA reçoivent un forfait pour l'astreinte effectuée, homogène dans l'ensemble du département du Val-De-Marne :

- 50 euros pour les soirées de 20h à 24h en semaine et weekend
- 100 euros par tranche de 4h pour les vacances du samedi ou dimanche en journée.

Tableau 3 – Rémunération des astreintes

<b>Structure Code Postal</b>	<b>Forfait astreintes semaine</b>	<b>Forfait astreintes samedi</b>	<b>Forfait astreinte Dimanche</b>
<b>MMG 94000</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 94100</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 94300</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 94360</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 94370</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 94400</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 94450</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 94500</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 94550</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 94600</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h
<b>MMG 94800</b>	50 euros/4h TD*	100 euros/4h	100 euros/4h

\*TD : s'ajoute au forfait d'astreintes, un forfait dégressif de 2 X 55 euros si aucun patient vu ou de 55 euros si seulement 1 patient vu au cours de l'astreinte.

### **3.5 - La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA**

Dans le département du Val-De-Marne, neuf structures (n=9/11) cotent leurs actes effectués en fonction de la régulation préalable par le Centre 15 ou pas.

Deux structures (n=2/11) cotent tous leurs « actes non régulés ».

### **3.6 – La rétrocession**

Aucun effecteur ne rétrocède une partie de ses astreintes ou recettes pour le fonctionnement de la structure de PDSA.

Trois structures sont gérées par une association de médecins avec une adhésion forfaitaire annuelle imposée aux effecteurs de la PDSA.

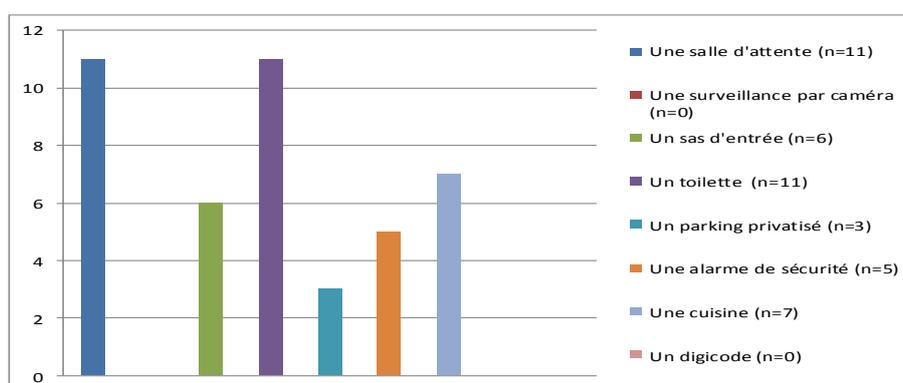
## IV – Logistique de la Permanence De Soins Ambulatoires

### 4.1 – Aménagement des locaux

Toutes les structures de PDSA ont une salle d'attente dans les locaux de consultation et des toilettes (n=11/11).

La sécurité est assurée principalement par une alarme de sécurité (n=5/11).

*Fig 11 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants) (n=11)*

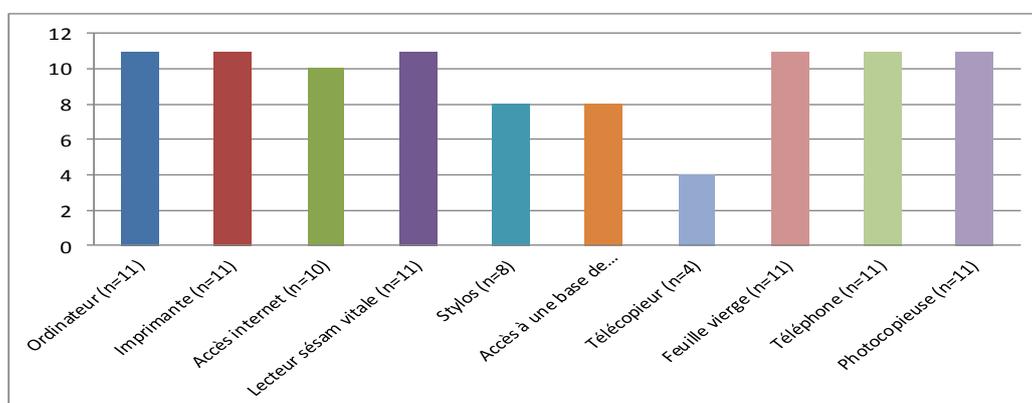


### 4.2 - Equipements administratifs disponibles dans les structures

Les MMG sont toutes équipées d'un système informatique (n=11/11) et d'un téléphone (n=11/11).

Tous les effecteurs des MMG peuvent réaliser des ordonnances informatisées (n=11/11) et télétransmettre les feuilles de soins (n=11/11).

*Fig 12 - Equipements administratifs disponibles dans les structures (n=11)*



### **4.3 - Informatisation des dossiers médicaux (hors cabinets médicaux tournants)**

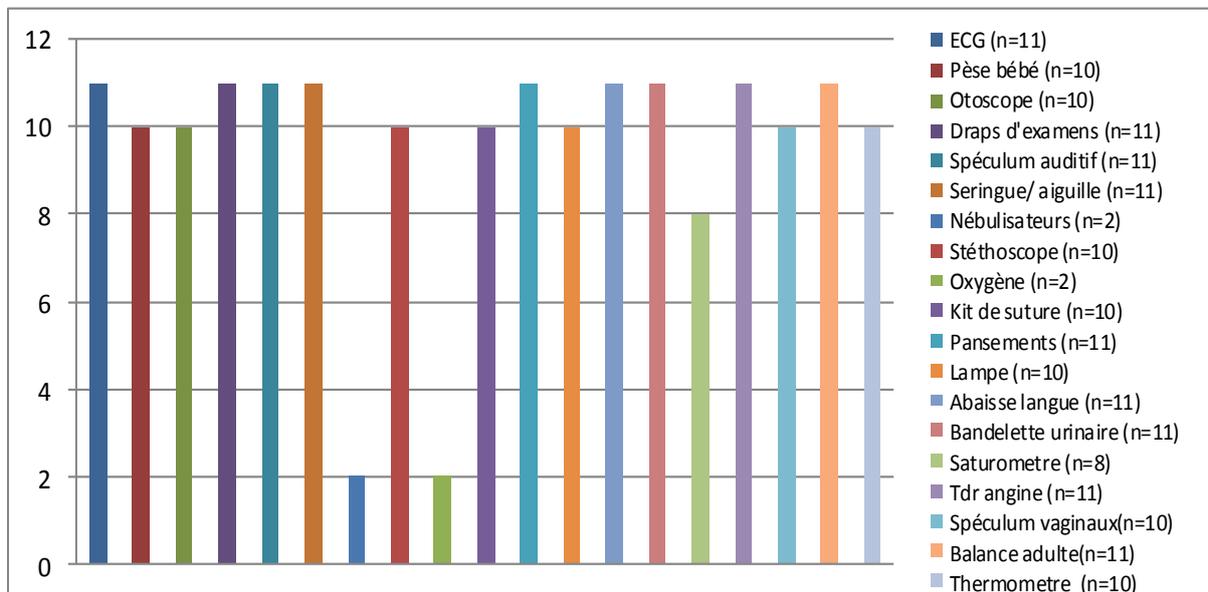
Parmi les onze structures possédant un ordinateur, dix structures sont équipées d'un logiciel pour informatiser les dossiers médicaux.

### **4.4 - Matériel médical disponible au cabinet**

Toutes les MMG sont équipées d'un ECG (n=11/11).

Dix d'entre elles (n=10/11) disposent d'un pèse bébé, mais seules deux (n=2/11) disposent d'oxygène en cas de nécessité.

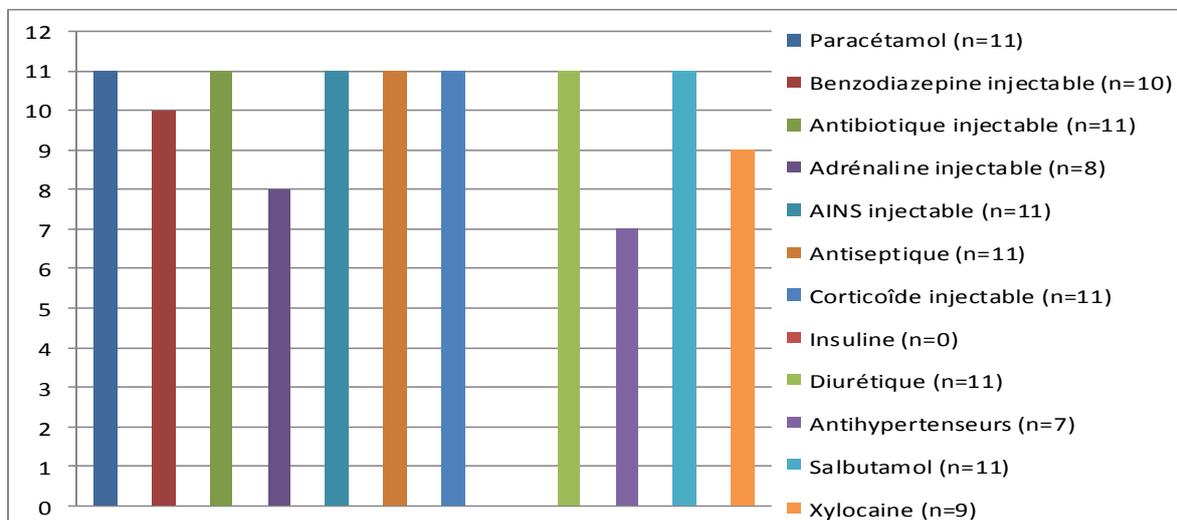
*Fig 13 - Matériel médical disponible au cabinet pour tous les effecteurs (hors cabinet médical tournant) (n=11)*



#### **4.5 – Les médicaments d’urgence**

Toutes les MMG disposent de médicaments d’urgence (n=11/11).

*Fig 14 – Liste de médicaments disponibles dans les structures (n=11)*



#### **4.6 – Mode de paiement des actes**

Les consultations peuvent être réglées par espèces ou chèques.

#### **4.7 – La pratique du tiers payant (Hors ALD, CMU, AME)**

Toutes les structures dans ce département (n=11/11) pratiquent le tiers payant de façon systématique comme exigé selon le cahier des charges de septembre 2012.

#### **4.8 – Liste du personnel travaillant pour la structure**

Il existe dans les départements du Val-De-Marne, une association Le Sami « Service d'Aide Médical Initial » qui centralise la gestion des douze structures de PDSA.

Mise à part la MMG située dans l'enceinte de l'hôpital, toutes disposent d'un agent de sécurité aux horaires d'ouverture de la MMG (n=10/11), imposé par le SAMI dès l'ouverture.

*Tableau 4 -Liste du personnel travaillant pour la structure*

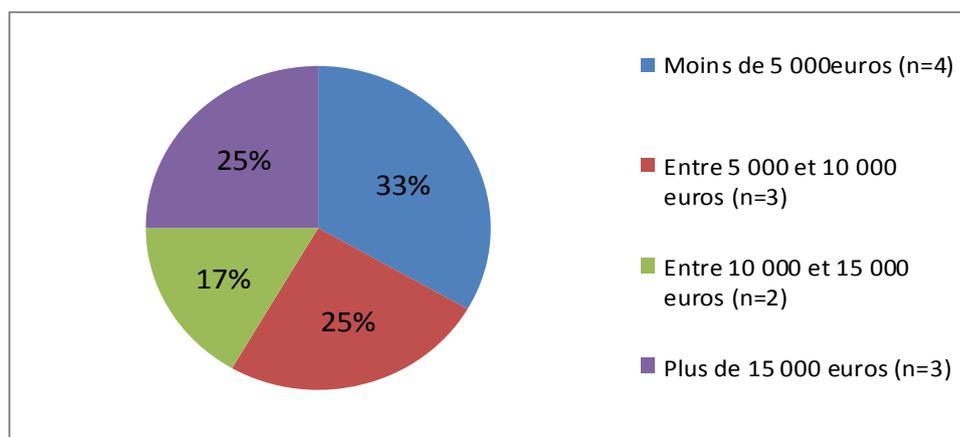
<b>Structure Code postal</b>	<b>Secrétaire</b>	<b>Agent de sécurité</b>	<b>Comptable</b>	<b>Agent d'entretien</b>
<b>MMG 94000</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>MMG 94100</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>MMG 94300</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>MMG 94360</b>	Non	Non	Oui	Non
<b>MMG 94370</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>MMG 94400</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>MMG 94450</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>MMG 94500</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>MMG 94550</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>MMG 94600</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>MMG 94800</b>	Non	Oui	Oui	Oui

## V – Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires

### **5.1 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure**

Majoritairement, le coût initial d'investissement pour l'ouverture de la structure de PDSA est inférieure à 10 000 euros (n=7/11).

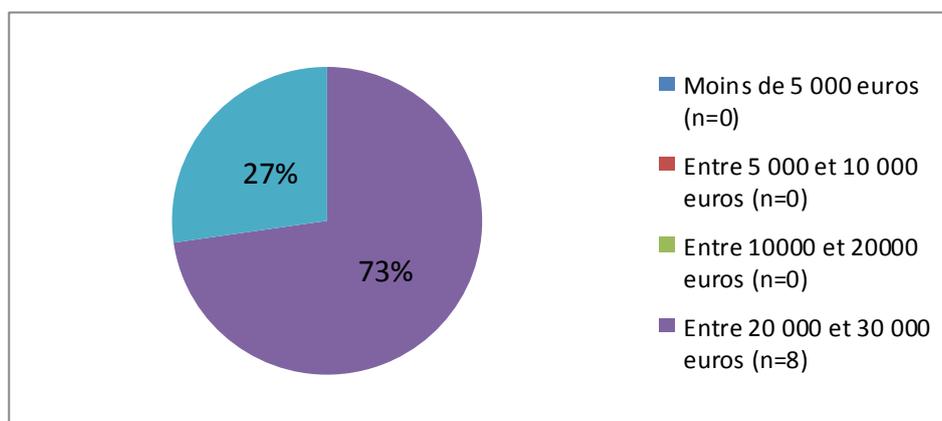
*Fig 15 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure (n=11)*



### **5.2 – Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure**

Le coût annuel de fonctionnement varie pour la majorité des structures de 20 000 à 30 000 euros (n=8/11).

*Fig 16 - Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure (n=11)*

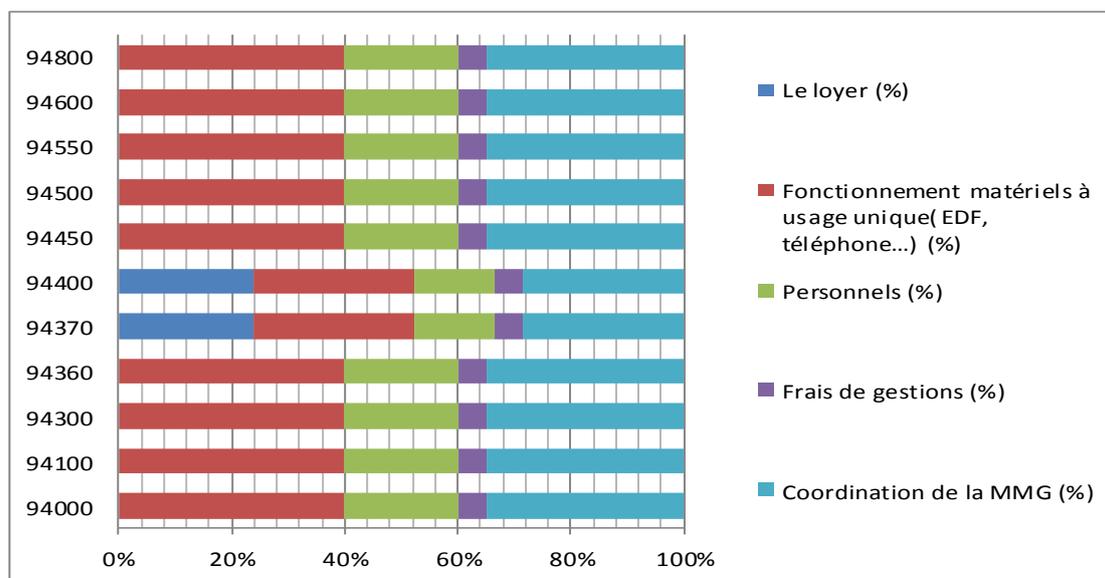


### 5.3 – Répartition approximative des coûts

Les deux postes les plus coûteux sont les frais de coordination et le poste des consommables divers.

Les frais de personnels varient de 15 à 20 % des coûts totaux annuels, et ceux de la coordination de la MMG de 30 à 35%.

*Fig 17- Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes*



## **5.4 Financement des structures**

Les structures de PDSA sont financées par l'ARS (n=11/11), avec la participation des collectivités locales (n=11/11).

Les frais d'une structure est aussi partiellement prise en charge par une structure de soins (n=1/11).

*Tableau 5 – Financement pour chacune des structures (n=11)*

<b>Structure Code postal</b>	<b>ARS</b>	<b>Rétrocession d'honoraire</b>	<b>Auto- financement</b>	<b>Participation par les collectivités locales</b>	<b>Prise en charge par une structure de soins</b>	<b>Cotisations de l'association</b>
<b>MMG 94000</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 94100</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 94300</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 94360</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 94370</b>	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
<b>MMG 94400</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 94450</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 94500</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 94550</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 94600</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
<b>MMG 94800</b>	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non

# Département Val D'Oise 95

Il existe dans le département du Val d'Oise, cinq structures de PDSA ainsi que des points fixes gérés par SOS Médecins. Ces derniers ont été exclus du questionnaire compte tenu de leur fonctionnement et gestion différente de la PDS ambulatoire.

J'ai rencontré individuellement quatre responsables de ces structures et un par contact téléphonique.

## I – Caractéristiques des Permanences De Soins Ambulatoires

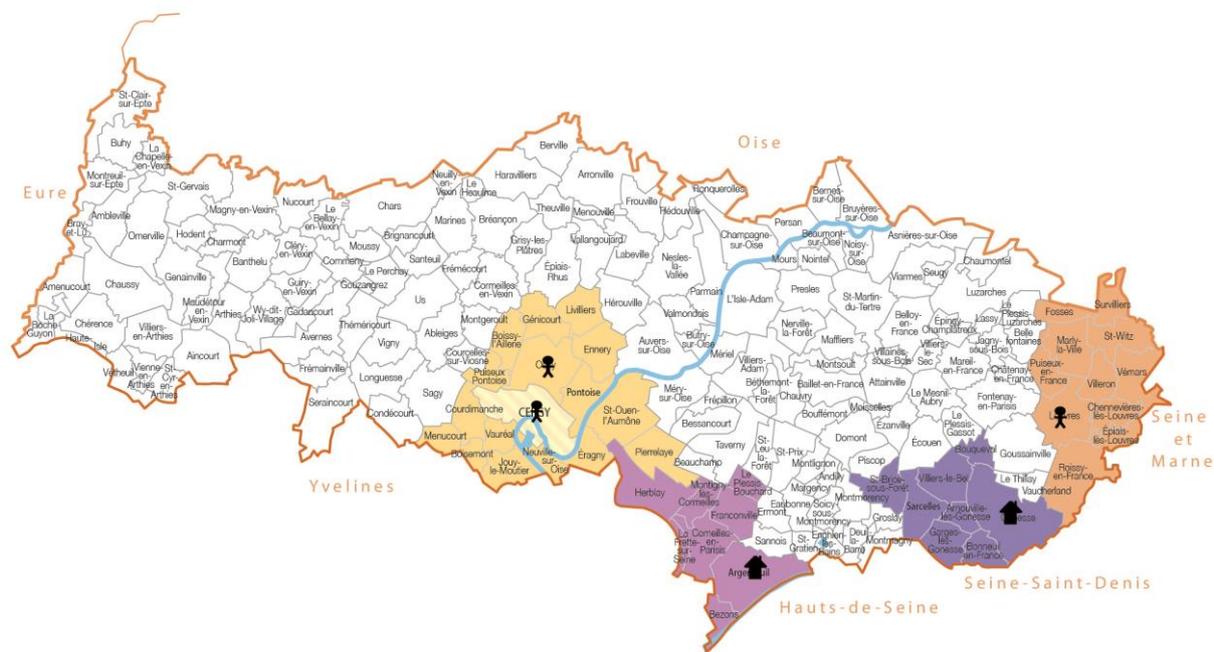
### **1. 1 - Cartographie des PDSA**

On dénombre dans le département du Val d'Oise, deux maisons médicales de garde, trois cabinets médicaux tournants et des points fixes gérés par SOS Médecin.

Ce département est subdivisé en huit territoires selon le cahier des charges publié en septembre 2012.

La cartographie ci-dessous localise chacune de ces structures en y précisant la commune, le code postal et l'année d'ouverture.

# VAL D'OISE (95)



## Structures

- Point Fixe
- Maison Médicale de Garde
- Cabinet Tournant

## Légende

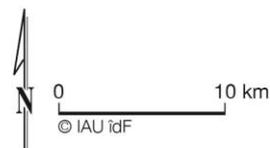
- limite de la région Île-de-France
- limite de département
- limite de commune

- VERSAILLES      préfecture
- Argenteuil      sous-préfecture

## Territoires PDSA

	95-01-01	Osny (95520)	nc
	95-01-02	Cergy (95800)	2011
	95-02	Argenteuil (95100)	2003
	95-03	Gonesse (95500)	2004
	95-04	Louvres (95380)	nc

Situation en janvier 2013



## **1.2 - Fonction des responsables des structures de la PDSA**

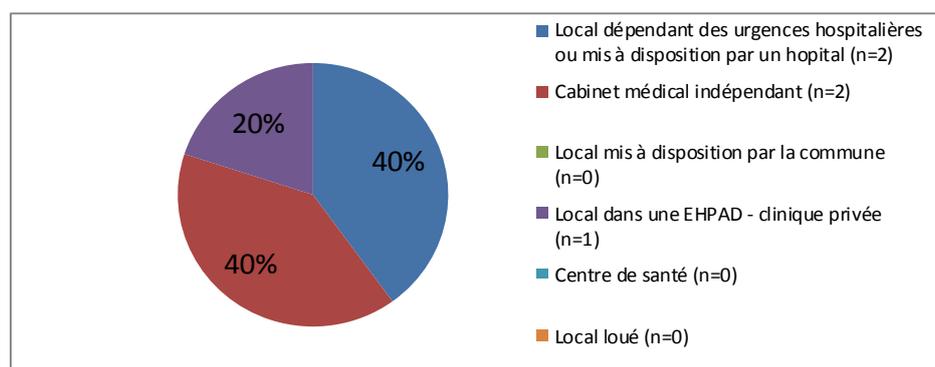
Tous les responsables sont des médecins généralistes libéraux installés (n=5/5).

## **1.3 – Lieu des consultations des structures de PDSA**

Les deux MMG sont localisées dans une structure hospitalière.

Les effecteurs d'un cabinet médical tournant assurent leur permanence dans une clinique.

*Fig 1 – Lieu des consultations (n=5)*

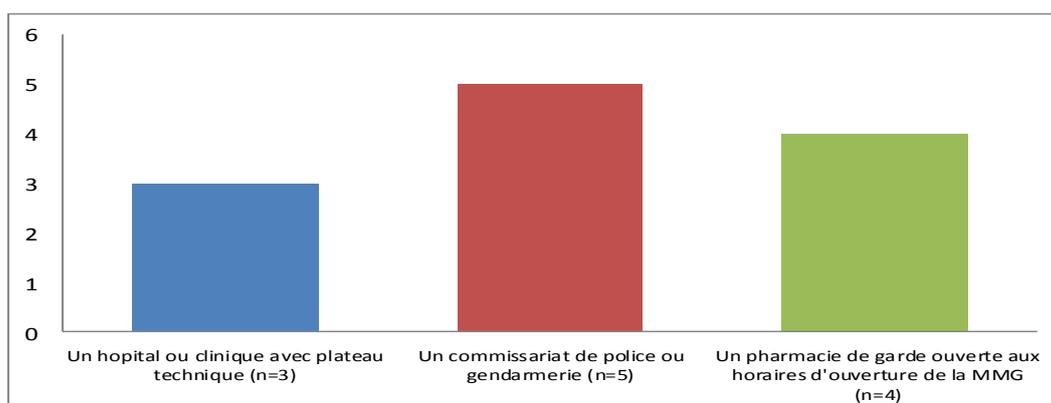


## **1.4 - Structure d'appui à proximité de la PDSA**

Seules trois structures de PDSA sont localisées à moins de 3 km d'un hôpital ou d'une clinique (n=3/5).

Toutes les PDSA sont proches d'un commissariat ou gendarmerie (n=5/5).

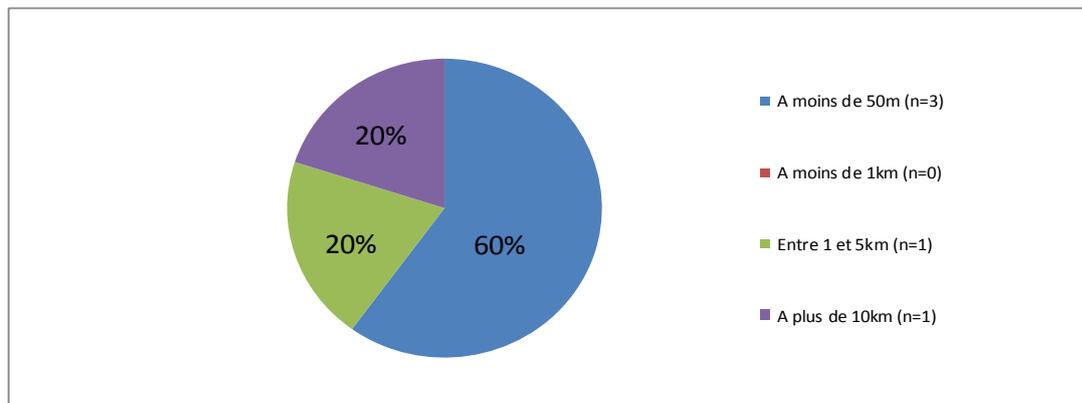
*Fig 2 - Structure d'appui à proximité de la PDSA (moins de 3km) (n=5)*



## 1.5 – Où se situe le service d’Accueil d’Urgences le plus proche ?

La majorité des PDSA sont situées à moins de 50m d’un SAU (n=3/5).

*Fig 3 – Localisation du Service d’Accueil d’Urgences (n=5)*



## 1.6 - Horaires d’ouverture de chacune des structures de PDSA

Les horaires d’ouverture des structures sont assez hétérogènes.

Trois structures sont ouvertes en soirée du lundi au vendredi (n=3/5), dont deux ouvertes également le samedi et dimanche.

Toutes les PDSA sont ouvertes le samedi et dimanche (n=5/5).

*Tableau 1 - Horaires d’ouverture en semaine et weekend de chaque structure de PDSA*

Structure Code postal	samedi	dimanche	Soirée semaine	Soirée weekend
<b>MMG 95100</b>	16h-20h	10h-14h 16h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>Cab Med 95380</b>	12h-20h	8h-20h		
<b>MMG 95500</b>	12h-20h	8h-20h	20h-24h	20h-24h
<b>Cab Med 95520</b>	15h-18h	9h-13h		
<b>Cab Med 95800</b>	12h-19h	9h-19h	20h-23h	

## **1.7 - Nombre d'heures effectuées sur une astreinte.**

Le nombre d'heures effectuées lors d'une astreinte varient de 4h à 12h.  
Dans la majorité des PDSA, les effecteurs assurent des vacations de 4 heures.

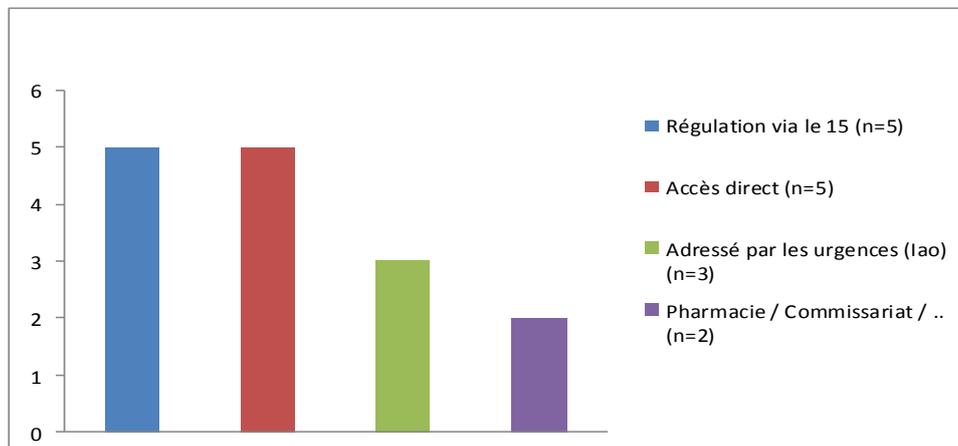
## **1.8 – Mode d'accès à la PDSA**

Aucune des structures de PDSA n'impose une régulation préalable par le Centre 15.

Pour toutes les structures, les patients peuvent être adressés par le Centre 15 ou viennent directement à la PDSA (n=5/5).

Trois structures reçoivent des patients adressés par le SAU.

*Fig 4 – Mode d'accès à la PDSA (n=5)*



## II – Caractéristiques des actes

### **2.1- Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.**

Le nombre de passages annuels varient de 1017 à 4500 actes, avec une moyenne départementale de 3120 actes annuels.

Toutes les gardes sont postées à la structure de PDSA.

Seuls les effecteurs d'une structure effectuent des visites à domicile ou en EHPAD (n=1/5).

*Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.*

Code postal	Nombre de passages annuels	Actes en novembre 2012	Types de gardes	Visite à domicile	Consultations en EHPAD
MMG 95100	3844	489	Posté	Non	Non
Cab Med 95380	NC*	NC*	Posté	Oui	Oui
MMG 95500	4500	641	Posté	Non	Non
Cab Med 95520	1017	148	Posté	Non	Non
Cab Med 95800	NC*	NC*	Posté	Non	Non

\*NC : non communiqué

### **2.2 – Actes ne relevant pas de la PDSA**

Seuls les effecteurs d'un cabinet médical tournant se déplacent en visite domicile, effectuent des certificats de décès ou examen de garde à vue.

Aucune des structures ne tolère la délivrance de traitement de substitution ou le renouvellement de traitement chronique.

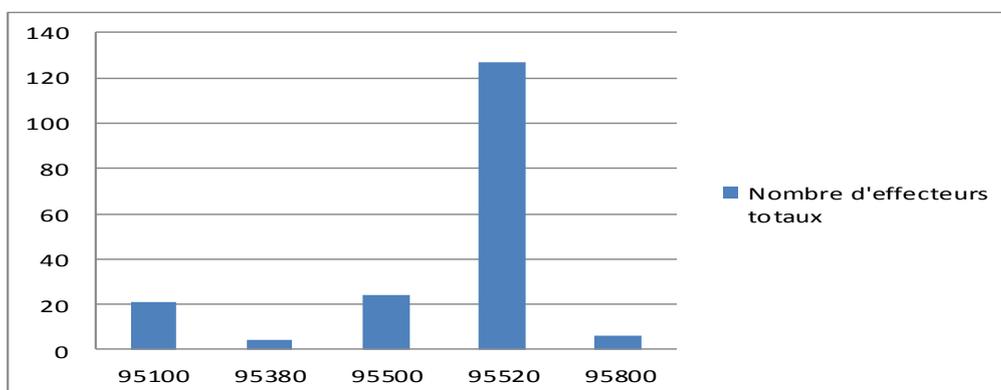
### III – Caractéristiques des effecteurs

#### **3.1- Nombre d'effecteurs participant à la PDSA en fonction des structures**

La participation à la PDSA est volontaire.

Le nombre d'effecteurs participant à la PDSA varie de quatre à cent-vingt-sept effecteurs par structure.

*Fig 5 – Nombre d'effecteurs participant à la PDSA.*

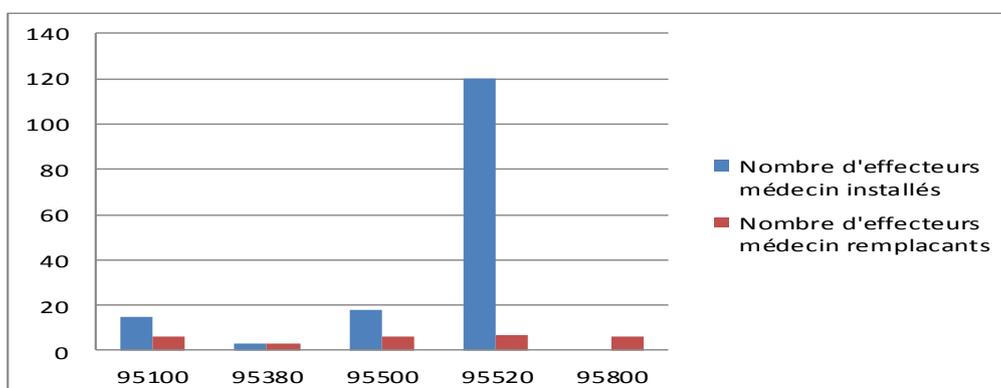


Le nombre moyen d'effecteurs médecins installés est de trente et un effecteurs par structure.

Toutes les structures de PDSA ont des médecins remplaçants dans le pool de garde.

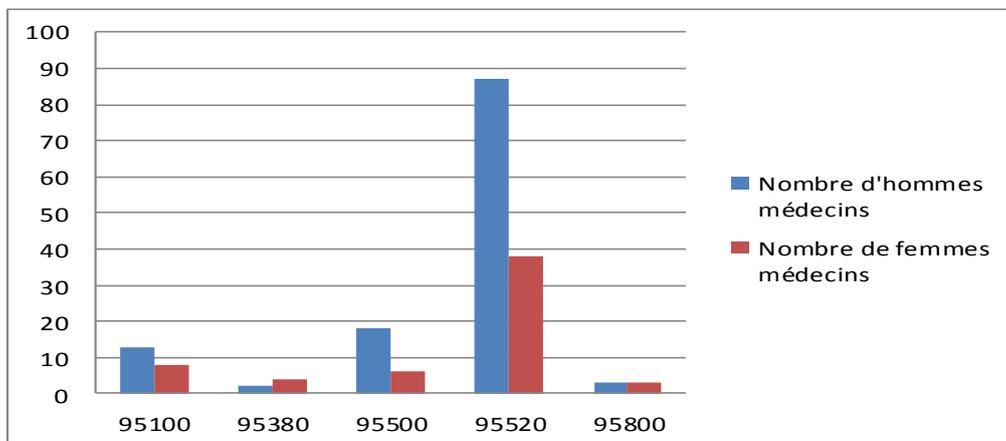
L'âge moyen des médecins généralistes installés participant à la PDSA est de 53 ans.

*Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installés et remplaçants participant à la PDSA*



Parmi les effecteurs participant à la PDSA, 32 % des effecteurs sont des femmes.

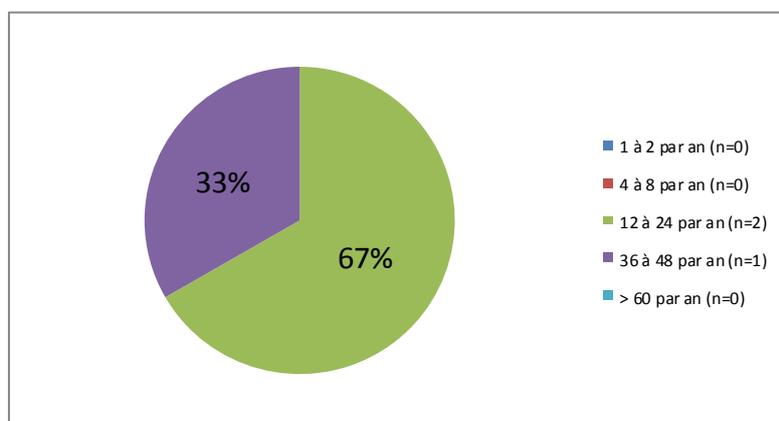
*Fig 7 – Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe.*



### **3.2- La fréquence d'astreintes**

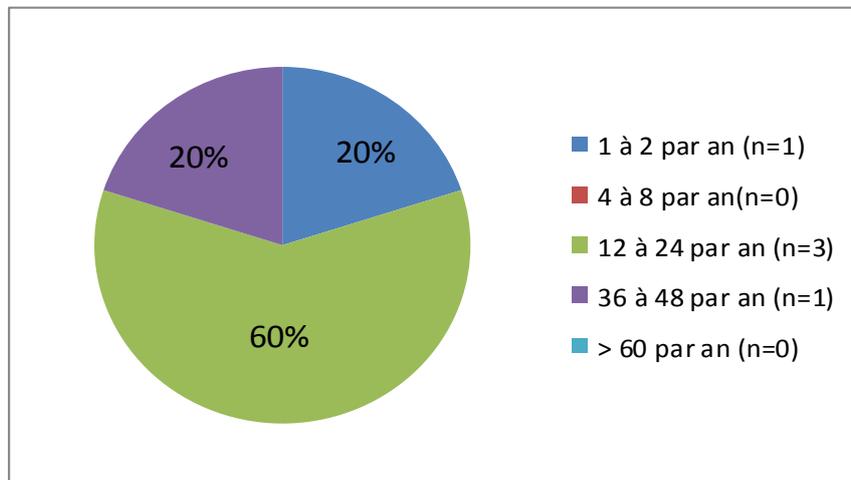
Pour les vacances en soirée, les effecteurs réalisent une à deux astreintes par mois. (n=2/3).

*Fig 8 – Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs du lundi au vendredi (n=3)*



Pour les vacances de weekend, les effecteurs réalisent entre une à deux vacations par mois (n=3/5).

*Fig 9 - Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs en weekend (n=5)*



### **3.3 - Fréquence du choix de garde**

Le choix de garde est géré par le responsable de chacune des structures qui établit la liste par ordre alphabétique ou lors de réunion de choix.

Le planning de garde est fixé trimestriellement pour trois structures, et semestriellement pour les deux autres.

Aucun responsable des structures de PDSA n'a rédigé une réquisition de médecins auprès du Préfet Départemental pour remplir la liste de gardes.

### **3.4 – La rémunération des astreintes lors des vacances de PDSA**

Les forfaits alloués aux effecteurs de la PDSA sont hétérogènes en fonction des structures. Ceux-ci peuvent varier de 0 à 100 euros par tranche de 4h.

Tableau 3 – Rémunération des astreintes

<b>Structure Code postal</b>	<b>Forfait astreintes soir</b>	<b>Forfait astreintes samedi</b>	<b>Forfait astreinte dimanche</b>
<b>MMG 95100</b>	100 euros /4h	100 euros /4h	100 euros/4h
<b>Cab Med 95380</b>	Fermé	100 euros / 4h	100 euros /4h
<b>MMG 95500</b>	50 euros/4h	50 euros/4h	50 euros/4h
<b>Cab Med 95520</b>	Fermé	0 euros/4h	0 euros /4h
<b>Cab Med 95800</b>	0 euros/4h	0 euros/4h	0 euros/4h

### **3.5 - La rémunération pour les actes effectués lors de la PDSA**

Les actes sont cotés pour trois structures en fonction de leur régulation préalable ou pas, «acte régulé» ou «acte non régulé».

Les deux autres structures cotent tous leurs actes « acte non régulé ».

### **3.6 – La rétrocession**

Aucun effecteur ne rétrocède une partie de ses astreintes ou recettes pour le fonctionnement de la structure de PDSA.

Une seule structure est gérée par une association de médecins avec une adhésion forfaitaire annuelle imposée aux effecteurs de la PDSA.

## IV – Logistique de la Permanence De Soins Ambulatoires

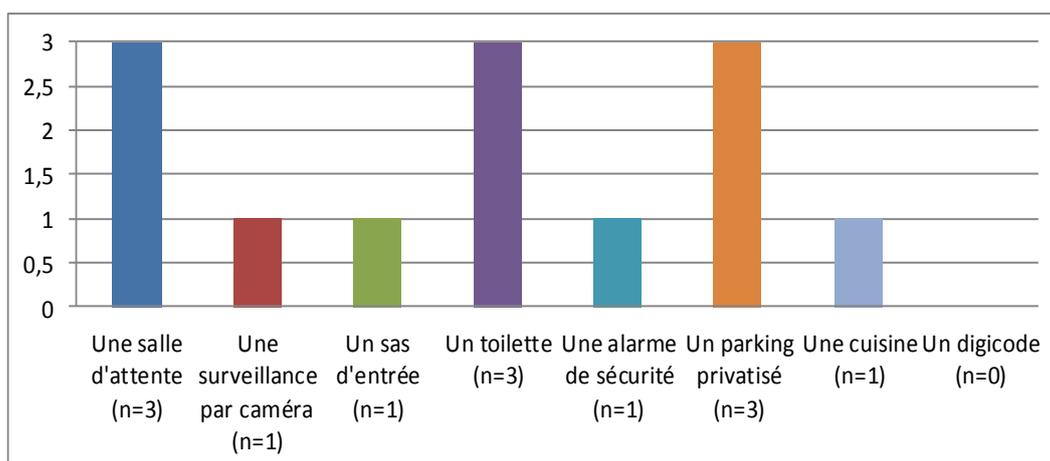
Le cabinet médical tournant d’Osny avec un point de consultation fixe à la clinique de Sainte Marie sera considéré en tant que structures de PDSA telle une MMG.

### 4.1 – Aménagement des locaux

Toutes les structures de PDSA ont une salle d’attente dans les locaux de consultation et des toilettes (n=3/3).

Seule une structure de PDSA dispose d’une surveillance par caméra et d’une alarme de sécurité (n=1/3).

*Fig 10 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants) (n=3)*



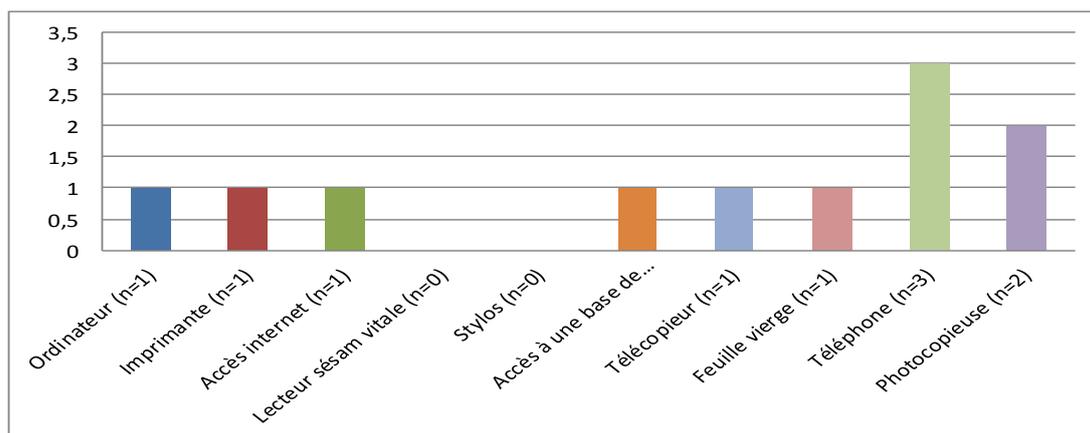
## **4.2 - Equipements administratifs disponibles dans les structures**

Toutes les structures de PDSA sont équipées d'un téléphone.

Seule une MMG est équipée d'un système informatique avec accès internet (n=1/3) et réalise des ordonnances informatisées.

Aucune des structures n'est équipée d'un lecteur sésam vitale pour télétransmettre les feuilles de soins.

*Fig 11 - Equipements administratifs disponibles dans les structures (n=3)*



## **4.3 - Informatisation des dossiers médicaux (hors cabinets médicaux tournants)**

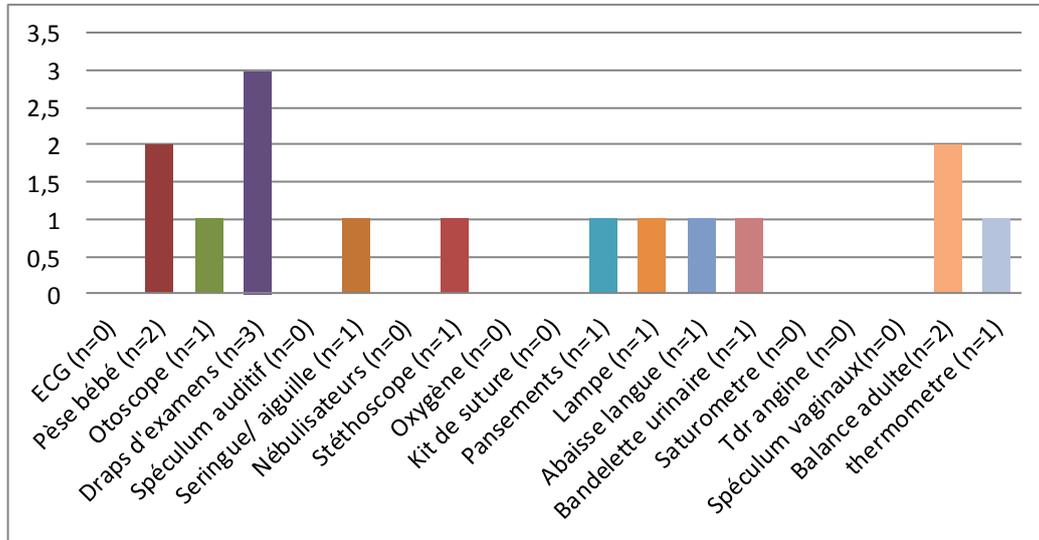
Aucune des structures n'informatise les dossiers médicaux.

#### **4.4 - Matériel médical disponible au cabinet**

Aucune des structures n'est équipée d'un ECG ou d'oxygène.

Deux structures disposent d'un pèse-bébé (n=2/3).

*Fig 12 - Matériel médical disponible au cabinet pour tous les effecteurs (hors cabinet médical tournant) (n=3)*



#### **4.5 – Les médicaments d'urgence**

Seule une structure de PDSA dispose de médicaments d'urgence qui sont le paracétamol, adrénaline, AINS injectable, antiseptique, corticoïdes, anti hypertenseurs, salbutamol et xylocaïne.

#### **4.6 – Mode de paiement des actes**

Les consultations peuvent être réglées par espèces ou chèques.

#### **4.7 – La pratique du tiers payant (hors ALD, CMU, AME)**

Il existe à ce jour deux structures (n=2/5) qui ne pratiquent pas le tiers payant de façon systématique comme exigé selon le cahier des charges de septembre 2012.

#### **4.8 – Liste du personnel travaillant pour la structure**

Toutes les structures de PDSA dans le Val d’Oise sont gérées individuellement.  
Aucune ne dispose d’agent de sécurité.

*Tableau 4 -Liste du personnel travaillant pour la structure*

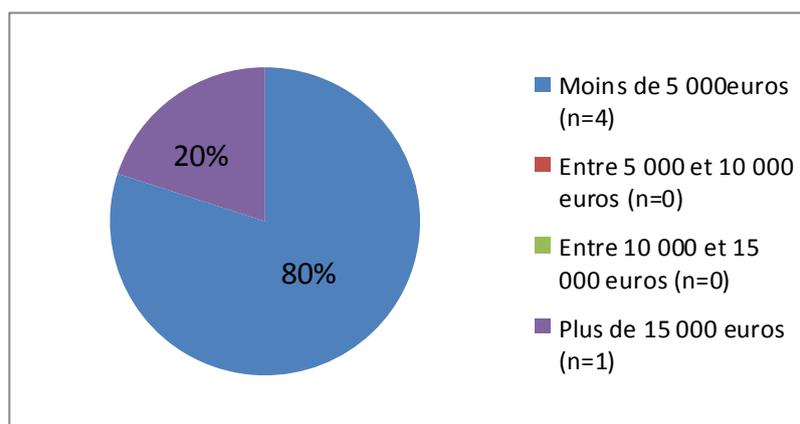
<b>Structure Code postal</b>	<b>Secrétaire</b>	<b>Agent de sécurité</b>	<b>Comptable</b>	<b>Agent d’entretien</b>
<b>MMG 95100</b>	Non	Non	Oui	Non
<b>Cab Med 95380</b>	Non	Non	Non	Non
<b>MMG 95500</b>	Oui	Non	Non	Non
<b>Cab Med 95520</b>	Oui	Non	Non	Non
<b>Cab Med 95800</b>	Oui	Non	Oui	Oui

## V – Financement de la Permanence De Soins Ambulatoires

### **5.1 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure**

Pour quatre des cinq structures, les coûts initiaux d'investissements ont été quasi-nuls ou inférieurs à 5 000 euros.

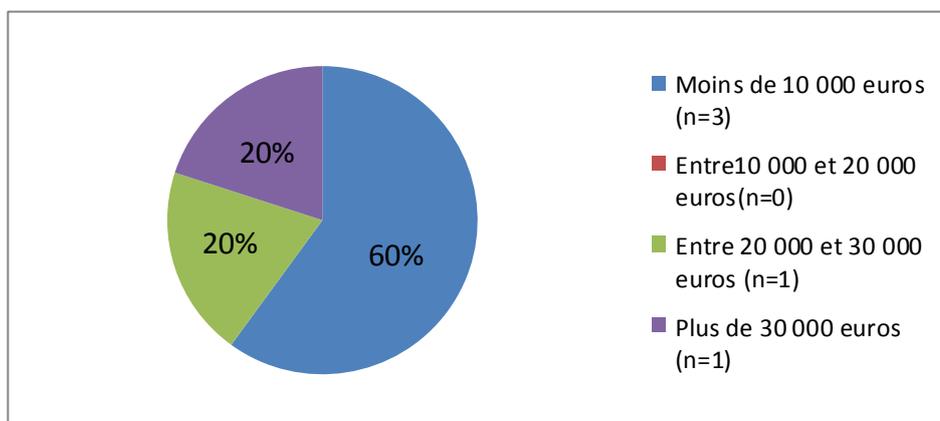
*Fig 13 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure (n=5)*



### **5.2 – Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure**

Les trois cabinets médicaux tournants ont un coût annuel inférieur à 5 000 euros. Les deux autres structures ont quant à elle un coût supérieur à 10 000 euros.

*Fig 14 - Coût moyen annuel de fonctionnement de la structure (n=5)*



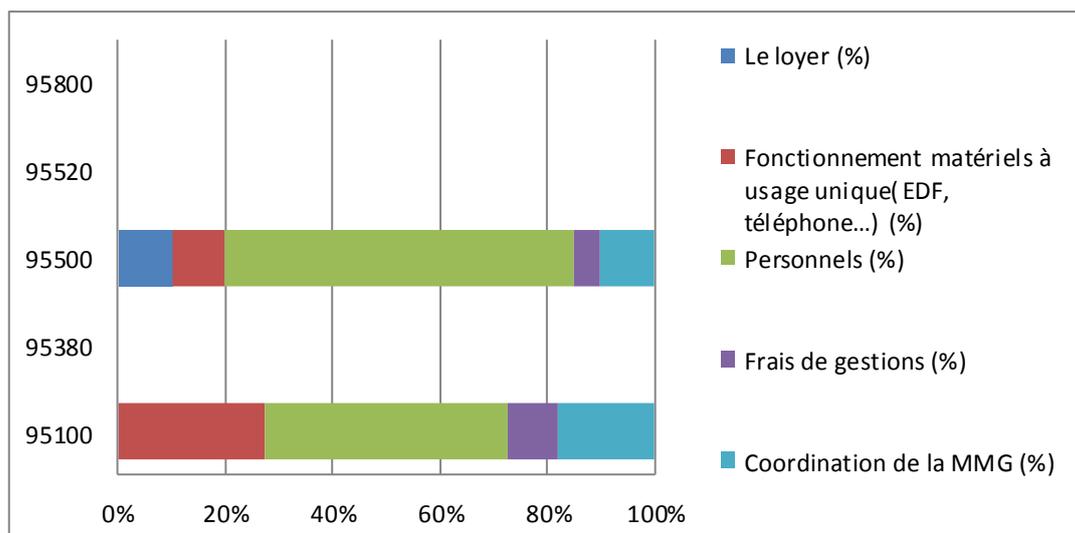
### **5.3 – Répartition approximative des coûts**

Les deux postes les plus coûteux sont les frais de coordination et le poste du personnel.

Les frais de personnels varient de 50 à 65 % des coûts totaux annuels, et ceux de la coordination de la MMG entre 10 à 20%.

Seule une MMG a un budget pour les frais de loyer du local.

*Fig 15 - Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes*



## **5.4 - Financement des structures**

Les structures sont financées par l'ARS avec participation des collectivités locales ou des structures de soins.

Deux structures ont un autofinancement.

*Tableau 5 – Financement pour chacune des structures (n=5)*

<b>Structure Code postal</b>	<b>ARS</b>	<b>Rétrocession d'honoraire</b>	<b>Auto- financement</b>	<b>Participation par les collectivités locales</b>	<b>Prise en charge par une structure de soins</b>	<b>Cotisations de l'association</b>
<b>MMG 95100</b>	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
<b>Cab Med 95380</b>	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
<b>MMG 95500</b>	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
<b>Cab Med 95520</b>	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
<b>Cab Med 95800</b>	Non	Non	Oui	Non	Non	Non

## IV - DISCUSSIONS ET ANALYSES DES RESULTATS

### **1. L'état des lieux à l'échelle départementale.**

#### **1.1. Le département de Paris (75)**

Les structures de PDSA à Paris sont majoritairement des MMG réparties de façons hétérogènes, la moitié nord de Paris ne dispose que de deux structures de PDSA. Les horaires d'ouverture sont similaires les samedis et dimanches. L'offre de soins en soirée est très limitée, elle n'est assurée que par deux structures localisées dans le nord.

Les structures d'appui, hôpital-cliniques-commissariats-pharmacies, sont situées dans un périmètre proche et accessible de chaque structure de PDSA.

Quel que soit le type de structure de PDSA, tous les modes d'accès sont autorisés, sans régulation obligatoire préalable par le Centre 15. Très peu de patients sont adressés par les SAU. La moitié distingue le mode d'accès pour la cotation des actes : « régulé » ou « non-régulé » ; l'autre moitié des structures cotent tous leurs actes « acte non régulé ».

Le nombre moyen d'actes réalisés au sein de chaque structure de PDSA varie de 180 actes/mois pour celles ouvertes uniquement le weekend à 395 actes/mois pour celles ouvertes en soirée et le weekend.

Le nombre de médecins généralistes effecteurs est assez variable en fonction des arrondissements avec une moyenne de dix-huit effecteurs par structure, principalement des hommes avec un âge moyen de 46 ans. Les remplaçants sont très peu sollicités voire inexistants pour certaines structures. La fréquence d'astreintes est adaptée, avec une moyenne de une à deux vacations par mois pour les MMG, mais est beaucoup plus lourde pour le point fixe ou le cabinet médical tournant qui fonctionnent avec un nombre restreint d'effecteurs.

Le département de Paris n'étant pas subdivisé en territoires, il n'existe aucun forfait d'astreintes alloué aux effecteurs.

Les structures de PDSA sont équipées de façons à peu près similaires dans tout le département avec un système informatique, rendant la télétransmission possible, et un matériel médical assez complet. Certaines MMG ont fait le choix de ne pas avoir de

médicaments disponibles. Il existe encore trois structures parmi les huit qui ne pratiquent pas le tiers payant.

Quatre MMG sont gérées par une association commune, la GMP, permettant une répartition des frais de secrétariat, des consommables et du comptable. Les frais de fonctionnement sont conséquents dès lors qu'un agent de sécurité est obligatoire pour assurer la sécurité (celles localisées dans un centre de santé). Les structures de PDSA localisées dans une clinique, un EHPAD ou une structure hospitalière sont moins coûteuses : pas d'agent de sécurité, les locaux sont mis à disposition gratuitement et l'entretien est pris en charge par la structure accueillante. A noter qu'il existe pour les responsables des quatre MMG une rémunération mensuelle. Le principal financeur des MMG est l'ARS.

Le point fixe et le cabinet médical tournant sont financés grâce à la rétrocession des honoraires des effecteurs avec un coût de fonctionnement assez élevé.

## **1.2. Le département de Seine-et-Marne (77)**

Le département de Seine et Marne, le plus étendu d'Ile-de-France, est particulièrement sous doté en structures de PDSA. Aucune MMG n'a été développée à ce jour. Compte tenu de la demande croissante ces dix dernières années, les trois associations dépendantes de SOS Médecins (Nord, Sud, MU77) ont créé des points fixes de garde afin d'assurer un maximum de consultations d'urgence dans un minimum de temps (économisant le temps de trajet de l'équipe mobile).

Les horaires sont identiques quel que soit le point fixe, couvrant toutes les plages horaires de PDSA en soirée, samedi et dimanche.

A ce jour, un seul point fixe, celui de Meaux, a été reconnu par l'ARS, permettant à l'effecteur de percevoir le forfait d'astreintes.

Tous ces points fixes sont accessibles directement ou via la régulation de SOS médecins qui reçoit les patients sur rendez-vous. Quel que soit le mode d'accès, les actes seront tous côtés « acte régulé ». En moyenne, chaque point fixe réalise 385 actes/mois.

Les effecteurs participant aux vacations sont les effecteurs recrutés par chaque association de SOS Médecins, qui effectuent en fonction de leur planning, des gardes postées ou mobiles.

Les locaux, l'équipement, le matériel médical et les médicaments d'urgence sont exhaustifs.

Ces structures, avec un budget d'investissement et de financement coûteux (plus de 30 000 euros) sont financées par la rétrocession des honoraires des effecteurs.

### **1.3. Le département des Yvelines (78)**

Depuis la parution du cahier des charges en septembre 2012, de nombreuses dispositions ont été mise en place afin d'uniformiser l'offre de la PDSA dans ce département.

Les structures de PDSA sont soit des points fixes ouverts le dimanche de 9h00 à 13h00, soit des MMG dont les horaires sont très hétérogènes. Une seule MMG, celle de Montigny-le-Bretonneux, est ouverte sur l'ensemble des horaires de la PDSA en soirée et weekend.

Ce département, bien que très étendu en superficie, comprend de nombreux hôpitaux, cliniques et commissariats : structures d'appui importantes à l'ouverture d'une PDSA pour assurer une offre de soins adaptée dans un contexte de sécurité.

Majoritairement, les structures de PDSA des Yvelines imposent une régulation préalable par le Centre 15. La MMG de Montigny-Le-Bretonneux, malgré son ancienneté d'ouverture n'est accessible de l'extérieur que par un code d'entrée délivré par la régulation du Centre 15 (code qui est modifié chaque jour). Pour toutes les structures, quel que soit le mode d'accès, les actes sont cotés « acte régulé ».

L'activité est très variable en fonction du type de structure, avec une moyenne de 35 actes/mois pour les points fixes, et de 327 actes/mois pour les MMG.

Il existe une mobilisation importante des médecins généralistes installés. Le nombre moyen d'effecteurs par structure est de quarante-huit. Les remplaçants sont peu sollicités. Cette implication des médecins généralistes du territoire est fragile compte tenu de la moyenne d'âge supérieure à 50 ans et de la faible participation des femmes alors que la profession tend à se féminiser. Compte tenu de l'importance de l'effectif et des horaires d'ouverture assez limités, la fréquence des gardes est faible annuellement surtout pour les points fixes.

Il existe deux forfaits alloués aux effecteurs de la PDSA : 200 euros/4h en tarification dégressive pour les points fixes, et 200 euros/4h en MMG.

Mises à part les MMG, l'équipement des points fixes est très sommaire, ces structures sont très rarement équipées de système informatique, pas de télétransmission possible, peu de matériel médical, peu de médicament disponible. La majorité des structures de PDSA pratiquent le tiers payant systématiquement.

Les points fixes ont un coût initial d'investissement et de fonctionnement quasi-nul : les locaux sont situés dans l'enceinte d'un EHPAD ou des locaux communaux utilisés à titre gratuit, avec prise en charge de l'entretien et des frais d'électricité par la structure accueillante. Les quatre MMG, regroupées administrativement dans une association « PDS 78 », ont des coûts un peu plus élevés, principalement dus aux frais de l'agent de sécurité. Les coûts de secrétariat et de comptabilité sont repartis entre les MMG. L'ARS est le principal financeur des MMG.

#### **1.4. Le département de l'Essonne (91)**

Dans ce département, les structures de PDSA ont été développées il y a plus d'une dizaine d'années, dans une volonté d'uniformisation.

Chaque territoire de PDSA comprend une structure ouverte le dimanche sur des horaires sensiblement identiques, alors qu'ils diffèrent le samedi. Aucune n'est ouverte les soirées de semaine ou de weekend.

La majorité des structures de PDSA ont été implantées dans l'enceinte d'une structure hospitalière pour optimiser l'offre de soins, la proximité avec les structures d'appui (SAU, pharmacie, commissariat...) et minimiser les coûts. Une des structures est gérée par l'association « SOS Médecin ».

Mise à part la MMG d'Orsay qui impose une régulation préalable par le Centre 15, la majorité des patients se rendent directement aux structures de PDSA. A noter qu'une minorité de patients sont adressés par le SAU, bien que les deux structures soient proches l'une de l'autre. Quel que soit le mode d'accès, les actes sont tous côtés « acte régulé » pour toutes les structures.

Cinq MMG ont une activité conséquente avec une moyenne de 270 actes/mois alors que celle d'Etampes réalise moins d'actes, environ 30 actes/mois.

La mobilisation des médecins est assez hétérogène en fonction des structures : la moitié des structures ne comptent qu'une vingtaine d'effecteurs avec une fréquence d'astreintes d'environ une par mois, alors que les autres structures comptent plus de quarante effecteurs avec une fréquence d'astreintes maximale de huit par an.

Le forfait d'astreintes est identique pour toutes les structures du département, à hauteur de 100 euros par tranche de quatre heures.

La mise à disposition du matériel médical et des médicaments d'urgence sont gérées par chacun des responsables, d'où l'hétérogénéité entre les structures.

Toutes les MMG du département sont gérées par une association « la FAME 91 » permettant la répartition des coûts de secrétariat et de comptabilité. Les locaux, l'équipement administratif et le logiciel informatique sont semblables quelle que soit la structure (réglementés par la FAME). Seules les deux MMG localisées hors d'une structure hospitalière nécessitent la présence d'un agent de sécurité majorant les coûts de fonctionnement annuels. Le principal financeur des MMG est l'ARS, bien que les structures hospitalières ou les communes y participent indirectement par la mise à disposition des locaux, la prise en charge des frais d'électricité, et l'entretien des locaux.

### **1.5. Le département des Hauts-de-Seine (92)**

La PDSA dans le département des Hauts-de-Seine est en cours de restructuration, les cabinets médicaux tournants disparaissent aux profits de la centralisation vers les MMG.

La répartition des MMG est disparate avec des territoires couverts par deux structures, alors qu'un territoire en est à ce jour dépourvu (la MMG serait en cours de réalisation). La majorité des structures ont été implantées dans une enceinte hospitalière ou un EHPAD, et proche des structures d'appui (SAU, pharmacie, commissariat...).

Les jours et horaires d'ouverture sont très hétérogènes d'une structure à l'autre. Seules deux structures de PDSA sont ouvertes toutes les soirées de semaine et de weekend. Seul le cabinet médical tournant de Neuilly-Sur-Seine est ouvert sur l'ensemble des horaires de la PDSA.

Aucune régulation préalable par le Centre 15 n'est imposée. Bien que la moitié des structures soient situées dans une enceinte hospitalière, la proportion des patients adressés par les urgences est minime voire nulle. Quel que soit le mode d'accès, les actes sont cotés « acte régulé ».

L'activité de chacune des structures est comparable avec une moyenne de 190 actes/mois (un peu moins pour la MMG de Clichy dont les horaires d'ouverture sont plus restreints).

Les médecins généralistes installés dans ce département sont largement impliqués, avec une moyenne de 27 effecteurs par structure permettant une faible fréquence de gardes, moins d'une par mois pour les MMG ouvertes uniquement le samedi et dimanche, deux vacances par mois pour les structures ouvertes également en semaine. A noter une participation active des femmes médecins qui représentent plus du tiers de l'effectif.

Le forfait alloué aux effecteurs est totalement hétérogène en fonction des structures allant de 50 euros à 250 euros par tranche de quatre heures.

L'équipement administratif et le matériel médical sont assez restreints dans l'ensemble des MMG, seule une structure permet la télétransmission des feuilles de soins. Les deux MMG gérées par le même responsable informatisent leurs dossiers médicaux et disposent d'un matériel médical complet avec une trousse à médicaments. La MMG de Clichy est l'unique à ce jour à pratiquer systématiquement le tiers payant.

La majorité des structures du département n'ayant pas de personnel, et étant localisées dans une structure de soins avec mise à disposition des locaux gratuitement, avec prise en charge de l'entretien et de l'électricité par la structure accueillante, ont des coûts d'investissement et de fonctionnement quasi nuls. Ces structures ne financent que leurs consommables grâce aux cotisations des associations. Seules deux MMG ont un budget plus conséquent, financées par l'ARS, pour leur loyer, leurs frais de personnel et de gestion.

## 1.6. Le département de Seine-Saint-Denis (93)

Le département de Seine-Saint-Denis comprend onze structures de PDSA, davantage de cabinets médicaux tournants (six) que de MMG. Les jours et horaires d'ouverture des cabinets médicaux tournants sont variables et le planning de gardes souvent incomplet. Seule la MMG de Aulnay-sous-Bois est ouverte du lundi au dimanche sur l'ensemble des horaires de la PDSA.

Toutes les structures de PDSA sont proches des structures d'appui (hôpitaux, cliniques, commissariats...).

L'accès via le Centre 15 est imposé par trois cabinets médicaux tournants. Pour les autres structures, le mode d'accès est varié. Toutes les structures cotent leurs actes « acte régulé ».

L'activité varie en fonction du type de structure, une moyenne de 250 actes/mois pour les MMG et de 40 actes/mois pour les cabinets médicaux tournants.

Les cabinets médicaux tournant recensés ont un pool de garde allant de un à dix effecteurs maximum, avec une fréquence d'astreintes de deux gardes par mois sur des vacances d'une durée de huit à douze heures, rendant la charge de travail soutenue. Les MMG fonctionnent en moyenne avec vingt-trois effecteurs effectuant des vacances de quatre heures, une fois par mois. A noter que dans ce département, le nombre de médecins remplaçants représentent le tiers des effectifs fragilisant la pérennité de la PDSA.

Le forfait d'astreintes n'est pas perçu par tous les effecteurs de PDSA dans le département, et celui-ci peut varier de 50 à 100 euros par tranche de quatre heures. Ce forfait est en cours d'uniformisation depuis le mois d'avril 2013, avec une tarification de 200 euros/4h dégressive.

La disposition des locaux, l'équipement administratif, le matériel médical (mis à part l'ECG et l'oxygène) sont sensiblement identiques quelle que soit la MMG, avec la pratique systématique du tiers payant. Les cabinets médicaux tournants ont leurs propres aménagements et tous ne pratiquent pas systématiquement le tiers payant.

Le coût initial d'investissement et de fonctionnement des cabinets tournants sont minime et autofinancés par le cabinet médical. Ceux des MMG sont beaucoup plus importants, supérieur à 30 000 euros, en raison des frais de location et de personnels (principalement l'agent de sécurité). Les MMG sont financées par l'ARS. Le financement de la MMG de Noisy-le-Sec est totalement pris en charge par la commune. A noter qu'il n'existe aucune association départementale pour la gestion des MMG.

### **1.7. Le département du Val-de-Marne (94)**

La PDSA dans le département du Val-de-Marne a été organisée depuis une dizaine d'années. On dénombre au total onze MMG sur le département, divisé en quatre territoires. Toutes sont gérées par une association commune le SAMI, « Service d'Aide Médical Initial ».

Les horaires d'ouverture sont identiques quelles que soient les MMG en soirée et dimanche. Les horaires diffèrent le samedi en fonction des MMG. Une structure est fermée le samedi en journée, et une autre débute sa permanence à 14h00.

Une majorité des structures de PDSA sont proches des structures d'appui tels qu'un hôpital, clinique ou commissariat. Il est plus difficile de trouver des pharmacies proches de la PDSA ouvertes aux horaires d'ouverture.

Aucune des structures n'impose une régulation préalable par le Centre 15. Les patients viennent majoritairement en accès direct compte tenu de l'ancienneté des structures. Les actes sont cotés, pour presque toutes les structures de PDSA, en fonction de la régulation.

Toutes les MMG ont une activité conséquente, en moyenne 280 actes/mois.

Une majorité des médecins installés dans le département ont l'obligation de participer à la PDSA. En moyenne, on dénombre 38 effecteurs par structure avec une fréquence maximale d'astreintes de deux vacations mensuelles de quatre heures. Cette organisation est fragile car plus du tiers des effecteurs sont des SASPAS et des remplaçants.

Le forfait d'astreintes est identique quelle que soit la structure, 50 euros en soirée avec un tarif dégressif, et 100 euros par tranche de 4 heures le samedi et le dimanche en journée.

Les structures de PDSA sont presque toutes implantées dans des locaux mis à disposition par la commune d'installation. L'ouverture d'une structure de PDSA requiert obligatoirement la présence d'un agent de sécurité, qui est prise en charge par les communes. Seule une structure de PDSA dans le Val-De-Marne est localisée dans l'enceinte d'un hôpital, ne nécessitant pas la présence d'un agent de sécurité. Les locaux, l'équipement administratif, le matériel médical disponible et la trousse de médicaments d'urgence sont semblables entre toutes les structures de PDSA. Toutes pratiquent systématiquement le tiers payant.

La gestion, les frais de coordination et les coûts de consommables, sont centralisés par l'association du SAMI, qui est financée par l'ARS. Les communes participent activement au financement en prenant en charge l'agent de sécurité, l'entretien et les locaux mis à disposition gratuitement pour la majorité des structures de PDSA.

### **1.8. Le département du Val d'Oise (95)**

Le Val d'Oise, qui est un département étendu, est assez démuni en structure de PDSA. On dénombre deux MMG localisées dans l'enceinte de structures hospitalières, trois cabinets médicaux tournants dont un qui assure ses consultations dans un lieu fixe, et trois points fixes gérés par une association de « SOS Médecins ». Certains territoires sont totalement dépourvus de structures.

Les horaires d'ouverture varient en fonction de la structure. Une seule structure, la MMG de Gonesse, est ouverte en soirée et weekend sur l'ensemble des horaires de la PDSA.

Les deux MMG ont été implantées proche des structures d'appui telles que l'hôpital, la clinique locale ou le commissariat.

Aucune régulation préalable par le Centre 15 n'est imposée. Compte tenu de leur proximité avec le SAU, environ 15% des patients consultant aux MMG sont adressés par les urgences. La majorité des structures distinguent le mode d'accès des patients pour la cotation des actes « régulé » ou « non régulé ».

L'activité des MMG est assez soutenue dans ce département avec une moyenne de 340 actes/mois, celle des cabinets médicaux tournants est moindre avec une moyenne de 80 actes/mois.

La mobilisation des médecins installés dans ce département est limitée avec une moyenne de vingt effecteurs par MMG, soit deux à trois astreintes par mois, alors que le cabinet médical tournant de la clinique Sainte Marie regroupe environ 127 médecins avec moins d'une garde annuelle. A noter que la participation des remplaçants pour la majorité des structures représente le tiers de l'effectif rendant le pool de garde fragile.

Le versement de forfait d'astreintes n'est pas systématique, et peut varier de 50 à 100 euros par tranche de quatre heures.

Une seule des structures dispose d'un équipement informatique, du matériel médical complet (sauf l'ECG ou l'oxygène), et une trousse de médicaments d'urgence. La majorité des structures pratiquent le tiers-payant systématiquement.

Le principal financeur pour les deux MMG est l'ARS avec des coûts de fonctionnement annuels supérieurs à 20 000 euros, et de la participation indirecte d'une structure hospitalière pour la MMG adjacente. Les coûts des cabinets médicaux tournants sont autofinancés ou pris en charge intégralement par la Clinique de Sainte Marie.

## **2. L'état des lieux à l'échelle régionale**

Cette étude a mis en évidence une disparité d'organisation régionale sur les structures de soins de PDSA en région Ile-de-France.

Nous avons recensé 61 structures et 9 points fixes dans la région Ile-de-France, et étudié 38 MMG, 11 cabinets médicaux tournants et 9 points fixes.

L'organisation des structures de PDSA est relativement similaire sur deux départements l'Essonne et le Val-de-Marne, et Paris qui tente de s'uniformiser ; d'autres départements tels que la Seine-et-Marne ou le Val-d'Oise ont une organisation anarchique.

### **2.1. Caractéristiques des Permanence de Soins Ambulatoires**

Quels que soient les départements, 41% des structures de PDSA sont implantées dans une structure de soins hospitalière ou un EHPAD, 21% des structures sont localisées dans un local mis à disposition par une commune et seules 8% louent leurs locaux. Cette localisation permet aux structures d'être en majorité situées à moins de 5km d'un SAU et à moins de 3km des structures d'appui (commissariat de police, gendarmerie, pharmacie de garde...).

Les horaires d'ouverture des structures de PDSA sont très hétérogènes dans la région. Seules 39% des structures sont ouvertes en soirée du lundi au dimanche, dont presque la moitié dans le département du Val-De-Marne. Dans le reste de la région, seule une ou deux structures de PDSA sont ouvertes en soirée par département.

Mise à part une structure, toutes sont ouvertes le dimanche sur des horaires variable entre 8h00 et 20h00. Il est noté que 45% des structures ouvrent le dimanche à 9h00.

La majorité des structures (70%) sont ouvertes le samedi, dont 27% qui débutent les consultations à 12h00 et 40 % qui débutent à 14h00.

Le mode d'accès est très variable : adressé par le Centre 15, en accès libre, adressé par le SAU, par les pharmacies ou commissariats de police. Malgré les recommandations de l'ARS, seules 20% des structures imposent une régulation préalable par le Centre 15, ces structures sont majoritairement dans le département des Yvelines.

46% des structures reçoivent quelques patients adressés par le SAU (représentant moins de 5% des actes par structure). Le but principal des structures de PDSA étant de « désengorger les urgences » est remis en cause. La coordination des deux structures initialement envisagée est peu fréquente.

## **2.2. Caractéristiques des actes**

En moyenne, les MMG réalisent 2778 actes/an, les cabinets médicaux tournants environ 500 actes/an et les points fixes 400 actes/an. Cette différence de fréquentation en fonction des structures remet en cause la nécessité de préserver les cabinets médicaux tournants et les points fixes.

Les MMG ouvertes en soirée et en weekend comptabilisent une moyenne de 3827 actes/an, alors que les MMG ouvertes que le weekend n'en comptabilisent qu'une moyenne de 1650 actes/an. Cette différence significative reflète l'intérêt de l'ouverture des PDSA en soirée avec une réelle demande de soins.

Malgré les recommandations de l'ARS, 20 % des structures de PDSA renouvellent les traitements chroniques et 10 % autorisent la délivrance de traitement de substitutions.

## **2.3. Caractéristiques des effecteurs**

Pour assurer la pérennité d'une structure, celle-ci doit être gérée par un responsable médecin généraliste référent et être constituée d'un pool suffisant d'effecteurs médecins généralistes.

A ce jour, seule une structure n'est pas gérée par un responsable médecin mais par le CDOM, en raison de difficultés à trouver un médecin volontaire. La moyenne d'âge régionale des médecins responsables des structures est de 55 ans. Peu de nos jeunes confrères s'investissent en tant que responsable.

Il en est de même pour les effecteurs qui ont une moyenne d'âge de 51 ans environ, dont la majorité partira à la retraite d'ici une dizaine d'années alors que le recrutement est beaucoup plus limité. En 2011, on comptait 101 896 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre mais seuls 69 449 installés en libéral. Ce recul de l'âge d'installation conduira au non-remplacement des médecins partant à la retraite et de ce fait à une diminution de médecins volontaires pour la PDSA.

La parité hommes-femmes est comparable à celle des médecins en exercice, environ de 40%. La féminisation de la profession change les modalités de fonctionnement de la PDSA. Désirant concilier leur exercice professionnel et leur vie privée, les femmes médecins se veulent moins disponibles pour effectuer les astreintes principalement nocturnes.

Le taux de participation des effecteurs est sensiblement identique quels que soient les départements avec un effectif moyen de 25 médecins généralistes toutes structures confondues. La moyenne d'effecteurs pour les MMG est de 31 effecteurs, alors qu'il n'est que de 7 effecteurs pour les cabinets médicaux tournants. Dans ce contexte, il existe une

grande disparité quant au nombre de vacations mensuelles effectuées par un médecin généraliste d'une MMG versus un cabinet médical tournant.

De plus, la charge de travail est très différente entre les deux structures : les effecteurs des MMG effectuent des vacations de 4h alors que ceux des cabinets médicaux tournants assurent des vacations de 12h.

Les cabinets médicaux tournants ont une perspective d'avenir à court terme limitée compte tenu de leur effectif et de leurs horaires d'ouverture restreints. Ce constat est aussi valable pour l'avenir des MMG : l'âge moyen élevé des médecins généralistes et la faible participation des jeunes médecins installés fragiliseront la viabilité des MMG dans les dix prochaines années.

Le recrutement d'autres médecins généralistes tels que ceux exerçant en centre de santé, ou les étudiants SASPAS est à envisager compte tenu de la démographie médicale.

Le planning de garde est majoritairement fixé trimestriellement ou semestriellement dans toutes les structures de la région.

Il n'existe aucune uniformité régionale pour la rémunération des astreintes de PDSA. Selon le cahier des charges, seule une structure par territoire de PDSA est reconnue et peut prétendre à recevoir un forfait d'astreintes ; ce qui expliquera pourquoi les effecteurs des MMG de Paris, considéré comme un territoire unique, ne perçoivent aucun forfait. Cependant dans d'autres départements, plusieurs structures d'un même territoire ont un forfait alloué à tous les effecteurs.

D'autres part, alors que certains effecteurs perçoivent un forfait fixe de 50,100, 200, ou 250 euros/4h, d'autres perçoivent un forfait avec une tarification dégressive en fonction du nombre de patients vus.

Le forfait doit être uniformisé régionalement. La rentabilité reste un critère majeur de motivation au volontariat des effecteurs à la PDSA.

#### **2.4. Logistique de la Permanence De Soins Ambulatoires**

Toutes les structures de PDSA, mise à part les cabinets médicaux tournants, sont aménagées en une salle d'attente, ont un box de consultation. Il est à remarquer que 4% des structures n'ont pas de toilettes.

78 % des structures de PDSA sont équipées d'un système informatique mais toutes n'informatisent pas leurs dossiers. Ils existent encore un tiers des structures qui ne sont pas équipées de lecteur sésam vitale et ne télétransmettent pas les feuilles de soins.

Le tiers-payant n'est pratiqué systématiquement que par 46% des structures de PDSA alors qu'il est obligatoire selon le cahier des charges publié en septembre 2012. Une des raisons évoquées par les effecteurs est la charge de travail représentée par les feuilles de soins papiers, majorant leur charge de travail de comptabilité.

L'équipement médical des structures de PDSA assurant « des consultations d'urgence » est très hétérogène et parfois insuffisant. Seules 52% des structures disposent d'un ECG (majoritairement les MMG) et 17% d'oxygène. Le minimum de l'équipement tel qu'un pèse-bébé n'est présent que dans 78% des structures. De même, seule la moitié des structures disposent d'une trousse de médicaments d'urgence. Il est nécessaire d'envisager un équipement médical minimum ainsi qu'une trousse à médicaments d'urgence obligatoire à l'ouverture d'une structure pour assurer une offre de soins dans des conditions optimales pour le patient et l'effecteur.

Dans la région Ile-de-France, les structures de PDSA de trois départements (les Yvelines, l'Essonne et le Val-de-Marne), sont gérées par une association respectivement : PDS78, la FAME, le SAMI. Dans le département de Paris, l'association GMP, existe mais n'inclut pas toutes les structures. Cette centralisation départementale avec un personnel administratif permet une uniformisation de la gestion, de la coordination et de la logistique des structures.

Un tiers des structures de PDSA requièrent un agent de sécurité. Pour les effecteurs, cet agent est primordial pour assurer la sûreté et la tranquillité de la structure, surtout pour celles ouvertes en soirée (non localisées dans une structure de soins).

## **2.5. Financement de la Permanence de Soins Ambulatoires**

Les coûts d'investissement et de fonctionnement des cabinets médicaux tournants sont inférieurs à 5 000 euros annuels inclus dans les dépenses du cabinet.

Il en est de même pour la majorité des points fixes des Yvelines grâce à une mise à disposition des locaux par les communes ou des EHPAD avec prise en charge des frais d'électricité et d'entretien et l'absence de matériel informatique et médical.

Les MMG ont des coûts d'investissement supérieurs à 10 000 euros pour celles équipées de matériel informatique et de matériel médical complet. Les coûts de fonctionnement annuels sont plus importants pour les structures nécessitant la présence d'un agent de sécurité, au-delà de 20 000 euros annuel. Les frais imputables aux personnels administratifs diffèrent en fonction de l'existence de gestion coordonnée.

Les associations départementales permettent ainsi de réduire les coûts de fonctionnement.

La majorité des MMG, soit 86%, sont financées partiellement par l'ARS. La structure de soins d'accueil et les collectivités locales participent indirectement aux coûts de fonctionnement de 93% des MMG.

### **3 – UNE STRUCTURE DE PERMANENCE DE SOINS**

Compte tenu de l'analyse départementale et régionale des structures de PDSA D'Ile-de-France, nous avons proposé un modèle type de structure.

Afin d'optimiser l'offre de soins, tous les territoires de PDSA, définis par l'ARS, devraient disposer d'au moins d'une structure de PDSA.

La structure à privilégier est la MMG, un lieu fixe aménagé pour accueillir les patients, pendant les horaires de PDSA, clairement identifiée par la population générale et par tous les acteurs de santé.

Il me semble préférable d'implanter la MMG dans l'enceinte d'une structure hospitalière ou un EHPAD, cette implantation à l'avantage d'être un local préexistant, sécurisé, moins coûteux en frais de personnel (pas de personnel d'accueil ou d'un agent de sécurité). Quand la structure le permet, l'accès à la MMG doit être distinct de celui du SAU afin de limiter la confusion des patients entre les deux types de permanence de soins. La majorité des structures hospitalières étant localisées dans un centre urbain, et de ce fait la MMG également, ces dernières sont proches des structures d'appui (commissariat ou pharmacie de garde) améliorant ainsi le parcours de soins du patient.

Les horaires d'ouverture des structures de PDSA doivent être uniformisés au minimum sur le plan départemental et aux mieux au niveau régional. L'ouverture en soirée nécessaire surtout en période de crise épidémique hivernale, doit être maintenue et développée pour l'ensemble des structures déjà existantes (lorsque l'effectif de médecins le permet). Cependant, l'ouverture en soirée le samedi et le dimanche devrait être obligatoire car il existe une vraie demande de soins comme démontrée ci-dessus.

La permanence du samedi pourrait être débutée à partir de 14h00 voir 16h00 car de nombreux cabinets de médecine générale assurent des consultations le samedi jusqu'en début d'après-midi.

Le dimanche, la permanence devrait être assurée de 9h00 à 20h00. En période estivale, celle-ci pourrait être réduite de 8h00 à 14h00 compte tenu de la faible affluence.

La durée des vacations effectuée par un effecteur ne devrait pas dépasser 4 à 6h de consultation pour permettre des plages de repos pour chacun des effecteurs pendant le weekend. Des vacations de 8h ou 12h sans interruption avec une affluence élevée de consultations, sont trop contraignantes pour les effecteurs, les dissuadant à terme à poursuivre leur engagement auprès de la PDSA.

Les effecteurs de garde en MMG, devraient rester en garde postée, et ne pas réaliser de visite à domicile ou en EHPAD.

L'accès à la MMG devrait être absolument régulé par le Centre 15. En effet, avec l'ancienneté des structures, l'accès direct à la MMG risque de favoriser à terme des consultations d'appoint, ne relevant pas de consultations d'urgence. La régulation permet d'orienter correctement le patient vers la MMG ou les urgences en fonction de leur pathologie. De plus, les médecins régulateurs peuvent dispenser des conseils téléphoniques, et limiter ainsi le nombre de consultations « inutiles ». Les pharmacies, la gendarmerie ou le commissariat de police devraient donner les mêmes directives aux patients les sollicitant. Seul le SAU pourrait adresser directement le patient à la MMG compte tenu de la régulation préalable par l'infirmier d'accueil (IAO).

D'un point de vue logistique, la MMG devrait disposer d'un digicode d'entrée, code qui serait transmis par le Centre 15 et modifié tous les jours, limitant l'accès libre en salle d'attente.

Les consultations pour le renouvellement de traitements chroniques ou la délivrance de traitements de substitution ne devraient pas avoir lieu afin de conserver le caractère de « consultations d'urgence ».

Afin d'assurer la pérennité du fonctionnement de la structure et des ouvertures en soirée et weekend, l'effectif de médecins devrait être au minimum de 25 à 30 effecteurs par structure. La fréquence maximale d'astreintes serait ainsi d'une en semaine et d'une en weekend par mois, ce qui est compatible avec l'exercice libéral des médecins installés. Des remplaçants pourraient être sollicités mais en effectif raisonnable.

Pour une meilleure organisation et cohésion, le caractère associatif doit être promu et conservé. Il permet aux jeunes médecins installés de connaître leurs confrères, et de s'investir dans la PDSA.

La PDSA est à ce jour méconnue par les étudiants en médecine et les internes en médecine générale. L'exemple du département du Val-de-Marne avec la participation des SASPAS est à promouvoir auprès de toutes les facultés. Elle permet une sensibilisation dès la formation initiale au caractère indispensable de la PDSA et de son adhésion.

Le planning de garde devrait être fixé trimestriellement ou quadrimestriellement lors de réunions collectives permettant des rencontres régulières entre confrères, des échanges sur les problèmes rencontrés lors de la PDSA, et d'éventuelles améliorations du système de garde.

La rémunération est un facteur important pour la participation des effecteurs à la PDSA. Elle devrait être uniformisée pour toutes les structures et pour tous les effecteurs. Le tarif dégressif avec un minimum garanti semble être une bonne alternative. Cependant, les paliers de dégressivité devraient être modulés. Le forfait d'astreinte initial de 200 euros par vacation de 4h est convenable mais la décroissance de 60 euros dès quatre patients consultés est fort peu attrayante car la majorité des structures de PDSA reçoivent plus de cinq patients par vacation de 4h.

La rétrocession des honoraires pour le financement de la structure est difficilement envisageable pour conserver son pool d'effecteurs.

Toutes les structures devraient garantir un confort minimal pour les patients et les effecteurs. Toutes doivent comprendre une salle d'attente, un WC, un box de consultation suffisamment spacieux pour accueillir deux à trois personnes, ainsi qu'un accès aux personnes à mobilité réduite. Un dispositif de sécurité est obligatoire par un digicode d'entrée et une alarme de sécurité reliée au poste de sécurité en cas de nécessité.

Il devrait exister dans toutes les structures de soins, un matériel médical minimum en cas de nécessité tel qu'un ECG, de l'oxygène portatif, des nébulisateurs, un pèse-bébé et une balance adulte, des pansements et du matériel à usage unique (spéculums auditifs, draps d'exams, bandelette urinaire, abaisse langue). Il est préférable que le matériel médical personnel (stéthoscope, otoscope, thermomètre) soit apporté par chacun des effecteurs. Il devrait exister une trousse à médicaments d'urgence dans chacune des structures comprenant : paracétamol, benzodiazépine injectable, antibiotique injectable tel que Ceftriaxone, adrénaline injectable, AINS injectable, antiseptique, corticoïdes injectables, diurétique, salbutamol, anti hypertenseurs).

Le système informatique avec un lecteur sésam vitale, dossier médical informatisé, et une imprimante sont le matériel non médical minimal pour exercer dans des conditions correctes. La télétransmission informatique permet un remboursement rapide du tiers payants, réduisant la surcharge de travail administrative et comptable pour les médecins effecteurs. De plus, les ordonnances informatisées sont plus facilement lisibles par les patients et sont enregistrées dans le dossier patient.

Toutes les structures d'un même département devraient être regroupées au sein d'une association commune avec un coordinateur de la PDSA, intermédiaire entre les effecteurs et les institutions. Une secrétaire à temps plein est nécessaire pour la gestion administrative, de même qu'un comptable. Le département de l'Essonne et du Val-de-Marne sont des exemples de gestion coordonnée de la PDSA.

Le coût d'investissement de ce type de structure est plus élevé mais serait à terme rentabilisé par le gain de frais de personnels. Les coûts d'investissement et de fonctionnement devraient être répartis entre l'ARS, les structures de soins accueillantes (la structure hospitalière ou l'EHPAD) et les communautés d'agglomération. Dans cette vision d'une MMG type, la structure accueillante met à disposition gratuitement les locaux et prend en charge les dépenses relatives aux frais d'électricité et d'entretien. Les frais d'investissement pour le matériel informatique, le matériel médical, l'équipement des locaux pourraient être pris en charge par les communautés d'agglomération. Les coûts de fonctionnement relatifs aux frais de personnels, de gestions, les consommables seraient pris en charge par l'ARS

## V- CONCLUSION

La Permanence De Soins Ambulatoires a été élaboré afin de garantir un accès aux soins à tous les citoyens aux horaires de fermeture des cabinets médicaux libéraux.

Les structures de PDSA telles que les maisons médicales de garde, des associations de cabinets médicaux tournants ou des points fixes de consultation ont été créées afin de désengorger les urgences hospitalières surchargées par l'afflux de demande de soins.

En région Ile-De-France, notre étude a évalué de janvier à mars 2013, 58 structures soient 38 maisons médicales de gardes, 11 cabinets médicaux tournants, et 9 points fixes réparties de façon hétérogène sur l'ensemble de la région, auxquels s'ajoutent des points fixes gérés par SOS Médecins. A ce jour, deux départements, la Seine et Marne et le Val d'Oise sont sous dotés en structure de PDSA.

Plusieurs facteurs rendent l'ouverture et la pérennité d'une structure difficile, le principal étant la mobilisation limitée des effecteurs médecins généralistes libéraux. Ce recrutement est d'autant plus complexe que les structures ne sont pas adaptées.

Quatre associations départementales : la « GMP » à Paris, la « PDS 78 » dans les Yvelines, la « FAME » dans l'Essonne et le « SAMI » dans le Val-De-Marne, ont été développées afin d'homogénéiser l'organisation intra-départementale de la Permanence De Soins Ambulatoires. Mais le fonctionnement interrégional reste anarchique tant en terme de localisation de la structure, de ses horaires d'ouverture, de son mode d'accès, de son équipement médical ou non médical, du forfait d'astreintes alloué aux effecteurs et avec des coûts annuels significatifs majoritairement imputables à l'ARS.

En analysant chacune de ces structures, un profil de structure de Permanence De Soins Ambulatoire a été dessiné. Afin d'encourager la participation des effecteurs, avec un pool de vingt-cinq à trente médecins généralistes, la structure doit répondre à un certain nombre de critères en terme de sécurité, de qualité des locaux, de confort et de retentissement sur la charge de travail. La structure à privilégier est la maison médicale de garde localisée dans une structure sécurisée, hospitalière ou un EHPAD. Les patients, préalablement régulés par le Centre 15 ou l'infirmier des urgences, se verront dispenser des soins en soirée de 20h00 à 24h00, le samedi à partir de 14h00 ou 16h00 et le dimanche à partir de 8h00. Toutes les structures, composées au minimum d'une salle d'attente, d'un toilette et d'un box de consultation ; doivent être équipées d'un système informatique avec un lecteur sésam vitale, du matériel médical complet et d'une trousse de médicaments d'urgence. L'aspect financier ne peut être renié avec un ajustement des forfaits d'astreintes pour tous les effecteurs.

L'ARS doit participer activement aux frais de fonctionnement avec la participation des structures de soins et des collectivités locales.

Le regroupement en association départementale renforcera la cohésion des structures et des effecteurs.

Une information exhaustive et préalable auprès de la population et de de tous les acteurs de santé est nécessaire pour développer ces futurs projets.

## VI - BIBLIOGRAPHIE

Article L.6315-1-3-6, L.6325-1, L.1411-12-14, L.6323-1, R.6315-3 du code de la Santé Publique

Article 47, 77 du code de déontologie médicale.

Arrêté du Journal Officiel du 8 avril 2005 N°2205-328 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de santé publique.

Arrêté du Journal Officiel du 1<sup>er</sup> juin 2005 portant approbation des avenants N°1, N°3 et N°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Arrêté du DGARS du 27 septembre 2012 N° DOSMS-2012-139 « cahier des charges régionale fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires » en Ile-de-France. **(8)**

BARBIER C., QUEYLA M.

DRASS Ile-de-France, inspection générale de santé. « État des lieux et perspectives de la démographie médicale en Ile-de-France », juillet 2003.

BOENNEC P.

Rapport information parlementaire sur la permanence des soins. Assemblée Nationale, République Française 2008 ; 1025

Circulaire DHOS/01 n°587-2003 du 12 septembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins de médecine ambulatoire.

Circulaire DHOS, DSS, CNAMTS n°01 1B-2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

Cour des Comptes, La documentation française, septembre 2007 portant sur les comptes de la sécurité sociale. **(1)**

Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et des conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de santé publique. **(4)**

Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de santé publique.

Décret n°2010-336 du 31 mars 2007 relative à la création des agences régionales de santé. République Française. JO de la République Française 2010.

Décret n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. République Française. JO de la République Française 2009.

DESCOURS C.

Rapport du groupe de travail opérationnel du 22 janvier 2003 relatif à la permanence des soins, remis à Mr Jean-François Mattei, Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. **(3)**

Centre National de la Fonction Publique Territoriale « La permanence des Soins Ambulatoire » modifié le 10 décembre 2012.

DESEUR A., SIMON F.

Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2012 ». **(5)**

Efurgences. Scores et classification des malades aux urgences. Disponible sur <http://www.efurgences.net/index.php/decision/scores/85-scores-classification-urgences> **(2)**

GENTILE S. et al.

« Les maisons médicales de garde en France » santé Publique, vol 17, 233-240, février 2005.

GRALL J-Y

Rapport de juillet 2006 « Les maisons médicales de garde » remis à Mr Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités. **(7)**

HUBERT E.

Rapport du 27 avril 2010 « Mission de concertation sur la médecine de proximité » remis à Nicolas Sarkozy, Président de la République.

HUYNH B.

Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France, rapport du 9 novembre 2005 « Permanence des soins et Maisons de Gardes Libérales Ile de France ».

LEBRETON-LEROUVILLOIS G.

Atlas de la démographie médicale en Ile de France- situation au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

LOUVEL K. et FILLAUT T.

« Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin XIXe siècle-2001) », Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest, 116-2, 217-229, 2209

MINO J-C et BRETONM.

« Quelle place pour les maisons médicales de garde dans la permanence des soins ? » Le concours médical, tome 126, n°30-31, 20 octobre 2004.

PERRIN C.

« Permanence des soins : quel statut pour le médecin de garde ? » Le concours médical, tome 126, n°24, 30 juin 2004.

SPAETH JM, président du FAQSV

Guide national pour le développement des maisons médicales de garde, du 25 juin 2003. **(6)**

WOLFARTH J.

« Permanence des soins ambulatoire, ça s'apprend ! » La revue du praticien médecine générale, tome 21, n°784-786, 16 octobre 2007

## VII - INDEX DES FIGURES

### Le département de Paris (75)

Fig 1 –Lieu des consultations	p.31
Fig 2 – Structure d’appui à proximité de la PDSA (moins de 3km)	p.31
Fig 3 – Localisation du service d’Accueil d’Urgences	p.32
Fig 4 – Mode d’accès à la PDSA	p.33
Fig 5 – Nombre d’effecteurs participant à la PDSA	p.35
Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installées et remplaçants participant à la PDSA	p.35
Fig 7 - Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe	p.36
Fig 8 – Fréquence annuelle d’astreintes par effecteurs en weekend	p.36
Fig 9 – Fréquence du choix de garde	p.37
Fig 10 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants)	p.38
Fig 11 – Equipements administratifs disponibles dans les structures	p.38
Fig 12 – Matériel médical disponible pour tous les effecteurs	p.39
Fig 13 – Liste des médicaments disponibles dans les structures	p.40
Fig 14 – Coût initial d’investissement à l’ouverture de la structure	p.42
Fig 15 – Coût moyen de fonctionnement de la structure	p.42
Fig 16 – Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes	p.43

### Le département des Yvelines (78)

Fig 1 –Lieu des consultations	p.51
Fig 2 – Structure d’appui à proximité de la PDSA (moins de 3km)	p.51
Fig 3 – Localisation du service d’Accueil d’Urgences	p.52
Fig 4 – Mode d’accès à la PDSA	p.54
Fig 5 – Nombre d’effecteurs participant à la PDSA	p.57
Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installées et remplaçants participant à la PDSA	p.57
Fig 7 - Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe_	p.58
Fig 8 – Fréquence annuelle d’astreintes par effecteurs du lundi au vendredi (n=3)	p.58
Fig 9 – Fréquence annuelle d’astreintes par effecteurs en weekend	p.59
Fig 10 – Fréquence du choix de garde	p.59
Fig 11 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants)	p.62
Fig 12 – Equipements administratifs disponibles dans les structures	p.62
Fig 13 – Matériel médical disponible pour tous les effecteurs	p.63
Fig 14 – Liste des médicaments disponibles dans les structures	p.64
Fig 15 – Coût initial d’investissement à l’ouverture de la structure	p.66
Fig 16 – Coût moyen de fonctionnement de la structure	p.66
Fig 17 – Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes	p.67

## Le département de l'Essonne (91)

Fig 1 –Lieu des consultations	p.71
Fig 2 – Structure d'appui à proximité de la PDSA (moins de 3km)	p.71
Fig 3 – Localisation du service d'Accueil d'Urgences	p.72
Fig 4 – Mode d'accès à la PDSA	p.73
Fig 5 – Nombre d'effecteurs participant à la PDSA	p.75
Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installées et remplaçants participant à la PDSA	p.75
Fig 7 - Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe	p.76
Fig 8 – Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs en weekend	p.77
Fig 9 – Fréquence du choix de garde	p.77
Fig 10 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants)	p.79
Fig 11 – Equipements administratifs disponibles dans les structures	p.79
Fig 12 – Matériel médical disponible pour tous les effecteurs	p.80
Fig 13 – Liste des médicaments disponibles dans les structures	p.81
Fig 14 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure	p.83
Fig 15 – Coût moyen de fonctionnement de la structure	p.83
Fig 16 – Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes	p.84

## Le département des Hauts-de-Seine (92)

Fig 1 –Lieu des consultations	p.88
Fig 2 – Structure d'appui à proximité de la PDSA (moins de 3km)	p.88
Fig 3 – Localisation du service d'Accueil d'Urgences	p.89
Fig 4 – Mode d'accès à la PDSA	p.90
Fig 5 – Nombre d'effecteurs participant à la PDSA	p.92
Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installées et remplaçants participant à la PDSA	p.92
Fig 7 - Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe	p.93
Fig 8 – Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs en weekend	p.93
Fig 9 – Fréquence du choix de garde	p.94
Fig 10 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants)	p.96
Fig 11 – Equipements administratifs disponibles dans les structures	p.96
Fig 12 – Matériel médical disponible pour tous les effecteurs	p.97
Fig 13 – Liste des médicaments disponibles dans les structures	p.98
Fig 14 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure	p.100
Fig 15 – Coût moyen de fonctionnement de la structure	p.100
Fig 16 – Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes	p.101

## Le département de Seine-Saint-Denis (93)

Fig 1 –Lieu des consultations	p.105
Fig 2 – Structure d’appui à proximité de la PDSA (moins de 3km)	p.105
Fig 3 – Localisation du service d’Accueil d’Urgences	p.106
Fig 4 – Mode d’accès à la PDSA	p.108
Fig 5 – Nombre d’effecteurs participant à la PDSA	p.111
Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installées et remplaçants participant à la PDSA	p.111
Fig 7 - Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe	p.112
Fig 8 – Fréquence annuelle d’astreintes par effecteurs en weekend	p.112
Fig 9 – Fréquence du choix de garde	p.113
Fig 10 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants)	p.115
Fig 11 – Equipements administratifs disponibles dans les structures	p.116
Fig 12 – Matériel médical disponible pour tous les effecteurs	p.117
Fig 13 – Liste des médicaments disponibles dans les structures	p.117
Fig 14 – Coût initial d’investissement à l’ouverture de la structure	p.119
Fig 15 – Coût moyen de fonctionnement de la structure	p.119
Fig 16 – Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes	p.120

## 6. Le département du Val-de-Marne (94)

Fig 1 –Lieu des consultations	p.124
Fig 2 – Structure d’appui à proximité de la PDSA (moins de 3km)	p.124
Fig 3 – Localisation du service d’Accueil d’Urgences	p.125
Fig 4 – Mode d’accès à la PDSA	p.126
Fig 5 – Nombre d’effecteurs participant à la PDSA	p.129
Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installées et remplaçants participant à la PDSA	p.129
Fig 7 - Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe	p.130
Fig 8 – Fréquence annuelle d’astreintes par effecteurs du lundi au vendredi (n=3)	p.130
Fig 9 – Fréquence annuelle d’astreintes par effecteurs en weekend	p.131
Fig 10 – Fréquence du choix de garde	p.131
Fig 11 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants)	p.134
Fig 12 – Equipements administratifs disponibles dans les structures	p.134
Fig 13 – Matériel médical disponible pour tous les effecteurs	p.135
Fig 14 – Liste des médicaments disponibles dans les structures	p.136
Fig 15 – Coût initial d’investissement à l’ouverture de la structure	p.138
Fig 16 – Coût moyen de fonctionnement de la structure	p.138
Fig 17 – Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes	p.139

## 7. Le département du val d'Oise (95)

Fig 1 –Lieu des consultations	p.143
Fig 2 – Structure d'appui à proximité de la PDSA (moins de 3km)	p.143
Fig 3 – Localisation du service d'Accueil d'Urgences	p.144
Fig 4 – Mode d'accès à la PDSA	p.145
Fig 5 – Nombre d'effecteurs participant à la PDSA	p.147
Fig 6 – Répartition entre médecins généralistes installées et remplaçants participant à la PDSA	p.147
Fig 7 - Répartition des médecins participant à la PDSA en fonction du sexe	p.148
Fig 8 – Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs du lundi au vendredi (n=3)	p.148
Fig 9 – Fréquence annuelle d'astreintes par effecteurs en weekend	p.148
Fig 10 – Aménagement des locaux (hors cabinets médicaux tournants)	p.151
Fig 11 – Equipements administratifs disponibles dans les structures	p.152
Fig 12 – Matériel médical disponible pour tous les effecteurs	p.153
Fig 13 – Coût initial d'investissement à l'ouverture de la structure	p.155
Fig 14 – Coût moyen de fonctionnement de la structure	p.155
Fig 15 – Répartition approximative des coûts en fonction de différents postes	p.156

## VIII - INDEX DES TABLEAUX

### 1. Le département de Paris (75)

Tableau 1 - Horaires d'ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA	p.32
Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA	p.34
Tableau 3 - Liste du personnel travaillant pour la structure	p.37
Tableau 4 – Financement pour chacune des structures	p.44

### 2. Le département des Yvelines (78)

Tableau 1 - Horaires d'ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA	p.53
Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA	p.55
Tableau 3 – Rémunération des astreintes	p.60
Tableau 4 - Liste du personnel travaillant pour la structure	p.65
Tableau 5 – Financement pour chacune des structures	p.68

### 3. Le département de l'Essonne (91)

Tableau 1 - Horaires d'ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA	p.72
Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA	p.74
Tableau 3 – Rémunération des astreintes	p.77
Tableau 4 - Liste du personnel travaillant pour la structure	p.82
Tableau 5 – Financement pour chacune des structures	p.84

### 4. Le département des Hauts-de-Seine (92)

Tableau 1 - Horaires d'ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA	p.89
Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA	p.91
Tableau 3 – Rémunération des astreintes	p.95
Tableau 4 - Liste du personnel travaillant pour la structure	p.99
Tableau 5 – Financement pour chacune des structures	p.102

### 5. Le département de Seine-Saint-Denis (93)

Tableau 1 - Horaires d'ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA	p.107
Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.	p.109
Tableau 3 – Rémunération des astreintes	p.114
Tableau 4 - Liste du personnel travaillant pour la structure	p.118
Tableau 5 – Financement pour chacune des structures	p.121

### 6. Le département du Val-de-Marne (94)

Tableau 1 - Horaires d'ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA	p.125
Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA	p.128
Tableau 3 – Rémunération des astreintes	p.132
Tableau 4 - Liste du personnel travaillant pour la structure	p.137
Tableau 5 – Financement pour chacune des structures	p.140

## 7. Le département du val d'Oise (95)

Tableau 1 - Horaires d'ouverture en semaine et weekend end de chaque structure de PDSA	p.144
Tableau 2 – Volumes et typologies des actes effectués dans chacune des structures de PDSA.	p.146
Tableau 3 – Rémunération des astreintes	p.150
Tableau 4 - Liste du personnel travaillant pour la structure	p.154
Tableau 5 – Financement pour chacune des structures	p.157

## IX – INDEX DES CARTOGRAPHIES

1 - Cartographie 1 Région Ile-de-France	p.28
2 - Cartographie 2 Paris 75	p.30
3 - Cartographie 3 Seine-et-Marne 77	p.46
4 - Cartographie 4 Yvelines 78	p.50
5 - Cartographie 5 Essonne 91	p.70
6 - Cartographie 6 Hauts-de-Seine 92	p.87
7 - Cartographie 7 Seine-Saint-Denis 93	p.104
8 - Cartographie 8 Val-de-Marne 94	p.123
9 - Cartographie 9 Val-D'oise 95	p.142

## X - ANNEXES

1 - Questionnaire « Etats des lieux des structures de PDSA »

2 - Fiche de thèse

# Etats des lieux des maisons médicales de garde en Ile de France

Nom du responsable :

Prénom :

Age :

Fonction :  Médecin généraliste libéral  
 Médecin généraliste salarié  
 Administrateur (non médecin)

## **I - CARACTERISTIQUES DE LA MAISON MEDICALE DE GARDE**

**1.1.** Commune de la maison médicale de garde (avec code postal) :

**1.2.** Nombre de communes/arrondissements concerné(e)s :

Lesquels(le)s ? :

**1.3.** Année d'ouverture :

**1.4.** Type de permanence de garde:

- Maison médicale de garde
- SAMI
- Regroupement de cabinets tournants

↳ Combien ? :

**1.5** Lieu des consultations :

- Local Dépendant des urgences hospitalières (mis à disposition par un hôpital)
- Cabinet médical indépendant
- Centre de santé
- Local loué par la commune
- Local mis à disposition par la commune
- Autre (à préciser) :

**1.6.** Y-a-t' il proche du lieu de consultations (moins de 3 km) :

- Un hôpital ou clinique avec plateau technique
- Un commissariat de police ou gendarmerie
- Une pharmacie de garde ouverte aux horaires d'ouverture de la MMG

**1.7.** Le Service d'Accueil d'Urgences le plus proche se situe-il :

- A moins de 50m
- A moins de 1km
- Entre 1 et 5 km
- A plus de 10 km

**1.8.** Horaires d'ouverture :

Semaine (lundi au vendredi)	
Samedi	
dimanche et jours fériés	

**1.9.** Nombre d'heures effectuées sur une astreinte en :

	Plages de 3h	Plages de 4h	Plages de 6h	Plages de 8h	Plages de 12h
Semaine					
Samedi					
Dimanche					

**1.10.** Par qui sont adressés les patients ? (plusieurs réponses possibles) :

Régulation via le 15	
Accès direct	
Adressé par les urgences (infirmière d'accueil)	
Pharmacie / commissariat/...	





**3.9.** Y a-t-il eu besoin de réquisitionner des médecins généralistes pour compléter le planning de gardes en 2012 ?

Oui

Non

#### **IV - LOGISTIQUE DE LA MAISON MEDICALE DE GARDE**

**4.1.** Y-a-t-il dans la maison médicale de garde (hors regroupement de cabinets tournants) ?

Une salle d'attente

un toilette

une cuisine

une surveillance par camera

une alarme de sécurité

un digicode

Un sas d'entrée

un parking privatisé

**4.2.** Matériel non médical disponible ?

Ordinateur

lecteur Sésam vitale

télécopieur

téléphone

Imprimante

stylos

feuille vierges

photocopieuse

Accès internet

Accès à une base de médicaments en line

**4.3.** Les dossiers médicaux sont-ils informatisés (hors regroupement de cabinets tournants) ?

Oui

Non

**4.4.** Matériel médical disponible au cabinet pour tous les effecteurs : (plusieurs réponses possibles)

ECG

nébulisateurs

oxygène

bandelette urinaire

pese bébé

stéthoscope

kit de suture

saturomètre

otoscope

thermomètre

pansements

tdr angine

draps d'exams

lampe

spéculum vaginaux

spéculum auditif

abaisse langue

balance adulte

seringue/aiguille

**4.5.** Existe-t-il des médicaments d'urgence ? (plusieurs réponses possibles)

paracétamol

AINS injectable

insuline

benzodiazépine injectable

antiseptique

anti hypertenseurs

antibiotique injectable

corticoïdes injectable

salbutamol

adrénaline injectable

diurétique

xylocaïne

**4.6.** Règlement des consultations : (plusieurs réponses possibles)

espèces

chèques

carte bleue

**4.7.** Pratiquez-vous le tiers payant sur la part obligatoire (hors AME, CMU, ALD) ? :

Oui

Non

**4.7.** Liste du personnel travaillant pour la maison médicale de garde : (plusieurs réponses possibles)

Secrétaire

- Agent de sécurité
- Comptable
- Agent d'entretien

## **V - FINANCEMENT DE LA MAISON MEDICALE DE GARDE**

### **5.1. Cout initial d'investissement à l'ouverture de la MMG :**

- Moins de 5000 euros
- Entre 5000 et 10 000 euros
- Entre 10 000 et 15 000 euros
- Plus de 15 000 euros

### **5.2. Cout moyen annuel de fonctionnement la MMG :**

- Moins de 5000 euros
- Entre 10 000 et 20 000 euros
- Entre 20 000 et 30 000 euros
- Plus de 30 000 euros

### **5.3. Pourriez-vous approximativement repartir vos couts (en %) :**

- Pour le loyer :
- Pour les couts de fonctionnement (matériels à usage unique, EDF, téléphone...) :
- Pour le personnel (secrétaire, agent d'entretien, agent de sécurité...)
- Pour les frais de gestion :
- Pour la coordination de la MMG :

### **5.4. Financement de la MMG (plusieurs réponses possibles) :**

- Collectivités locales
- ARS
- Rétrocession d'honoraires des effecteurs
- Autre :

## **REMARQUES**

<b>Etudiant: <u>Fernandes Lopes Sandra</u></b> <b>Tuteur: <u>Lepoutre Bruno</u></b> <b>Directeur de thèse: <u>Docteur LE BEL Josselin</u></b>	
<b>date de soumission du projet</b>	08/11/2012
<b>Remarques de la commission</b>	<b>Bon projet, pas de problème</b>
<b>Décision de la commission</b>	<b>agréé</b>
<b>Thème</b>	L'hétérogénéité des maisons médicales de garde en Ile de France
<b>Justification</b>	<p>Une Maison Médicale de Garde (MMG) est un lieu d'accueil des patients, ouvert à la population, sans discrimination, sans prise de rendez-vous, aux heures de fermeture des cabinets médicaux, où des consultations sont dispensées. Ces maisons médicales de garde, répondant à la permanence de soins, mis en place depuis 2003, ont pour principal but de « désengorger les services d'urgences ».</p> <p>Depuis une quinzaine années, on note un accroissement du nombre de passages aux urgences sans augmentation franche d'urgences vrais ou conduisant à une hospitalisation. D'après une étude, environ 15 % des patients sont classés CCUM1 (c'est-à-dire des patients ne justifiant pas de recours à des examens complémentaires) et pouvant être gérés en médecine ambulatoire. Ces Maisons Médicales de Garde ont ainsi été élaborées afin de pouvoir recevoir ces patients pendant les horaires de fermetures des cabinets libéraux, c'est-à-dire le soir en semaine de 20h à 24h, le samedi de 12h à 20h ainsi que les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. Elles déchargent les urgences hospitalières en évitant des attentes longues et pénibles pour le patient et soulage le travail des équipes hospitalières.</p> <p>Chacune de ces MMG sont implantées et desservent un secteur délimité (souvent regroupant plusieurs communes d'un même département). La permanence est fondée sur le volontariat des médecins généralistes, médecins remplaçants ou internes de médecine. La rémunération des effecteurs des permanences, (le forfait d'astreintes), est déterminée par le système conventionnel national (en moyenne 100 euros par tranche de 4h) à laquelle s'ajoute la consultation majorée à 49.50 euros.</p> <p>Un cahier des charges de l'ARS a été publié en septembre 2012 sans description et recensement précis des 70 permanences de santé ambulatoire en Ile de France ( MMG, SAMI, association de cabinets médicaux).</p>
<b>Hypothèse et question</b>	<p>Il existe probablement une grande hétérogénéité des structures de PDSA en Ile de France tant sur les horaires d'ouverture, le recrutement des effecteurs, profil des médecins effecteurs, le financement, la gestion des locaux, les équipements disponibles, le type de régulation, le nombre d'actes recensés, la répartition des pathologies (listes non exhaustives a ce jour)</p> <p>Quelles sont avec exactitudes les modes de fonctionnement de chacune d'elles?</p>
<b>Méthode</b>	A partir du cahier des charges de septembre 2012 et l'ARS , entretien et questionnaire individuel avec les responsables de toutes les structures de PDSA d'Ile de France.

	<p>Etat des lieux précis du mode de fonctionnement de chacune des structures.</p> <p>Mise en évidence des difficultés de fonctionnement.</p>
<b>Retombées de la thèse</b>	<p>Evaluer le mode de fonctionnement de chacune des MMG afin de pouvoir proposer un modèle type ce qui permettra au décours de favoriser et d'harmoniser des futurs ouvertures dans les zones principalement sous dotées.</p>
<b>Rôle de l'interne:</b>	<p>Création du questionnaire  Réalisation et retranscription des entretiens individuels  Analyse des données recueillies</p>
<b>Bibliographie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atlas de la démographie médicale française 2010 <a href="http://www.conseil-national.medecin.fr">www.conseil-national.medecin.fr</a></li> <li>- Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et dispositif de permanence des soins en médecine générale.</li> <li>- Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2012</li> <li>- Les maisons médicales de garde du Docteur Jean Yves Grall, rapport remis à Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, juillet 2006</li> <li>- Permanence des soins, maisons médicales de gardes libérales Ile-de-France, 9 novembre 2005, union régionale des médecins libéraux d'Ile de France.</li> </ul>
<b>Recrutement des investigateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Je souhaite solliciter pour ce projet des investigateurs maîtres de stage sur toute l'Ile de France et dépose pour cela une demande auprès de la COMMISSION IDF D'HARMONISATION DES THESESES</li> <li><input type="radio"/> Je souhaite pour ce projet la collaboration des investigateurs maîtres de stage de Paris DIDEROT</li> <li><input checked="" type="radio"/> Je me charge de recruter les investigateurs pour mon projet (par exemple ils seront tirés au sort, ou bien je les trouverai seul(e), ou bien j'utiliserai un réseau de soins...)</li> <li><input type="radio"/> Ce projet ne nécessite pas d'investigateurs médecins généralistes</li> </ul>

## RESUME

### ETATS DES LIEUX DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES EN ILE-DE-FRANCE

Des structures de Permanence de Soins Ambulatoires (les maisons médicales de garde, des associations de cabinets médicaux tournants ou des points fixes de consultation) ont été créées afin de garantir un accès aux soins à tous les citoyens aux horaires de fermeture des cabinets médicaux libéraux.

En région Ile-De-France, notre étude a évalué de janvier à mars 2013, 58 structures réparties de façon hétérogène sur l'ensemble de la région.

Plusieurs facteurs rendent l'ouverture et la pérennité d'une structure difficile, le principal étant la mobilisation limitée des effecteurs médecins généralistes libéraux. Ce recrutement est d'autant plus complexe que les structures ne sont pas adaptées.

Quatre associations départementales ont été développées afin d'homogénéiser l'organisation intra-départementale, mais le fonctionnement interrégional reste anarchique.

D'après notre étude, la structure à privilégier est la maison médicale de garde localisée dans une structure sécurisée, hospitalière ou un EHPAD. Afin d'encourager la participation des effecteurs, avec un pool de vingt-cinq à trente médecins généralistes, la structure doit répondre à un certain nombre de critères en terme de sécurité, de qualité des locaux, de confort et de retentissement sur la charge de travail. Les patients, préalablement régulés par le Centre 15, se verront dispenser des soins en soirée, le samedi après-midi et le dimanche. L'ARS doit participer activement aux frais de fonctionnement avec la participation des structures de soins et des collectivités locales.

Une information exhaustive et préalable auprès de la population et de tous les acteurs de santé est nécessaire pour développer ces futurs projets.

#### **MOTS-CLES**

Permanence de Soins Ambulatoires, Hétérogénéité régionale, Maison médicale de garde