Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 5 Avril 2017 à Poitiers

par Mademoiselle Virginie PILLET

Etat des lieux et conséquences de la permanence des soins ambulatoires dans le département de la Charente-Maritime

Composition du Jury

Président du jury : Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Membres du jury : Madame le Docteur Marie-Thérèse HEBERT

Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Philippe MATIS

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 5 Avril 2017 à Poitiers

par Mademoiselle Virginie PILLET

Etat des lieux et conséquences de la permanence des soins ambulatoires dans le département de la Charente-Maritime

Composition du Jury

Président du jury : Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Membres du jury : Madame le Docteur Marie-Thérèse HEBERT

Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Philippe MATIS

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion **(surnombre jusqu'en 08/2019)**
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Remerciements

A Monsieur le professeur Denis ORIOT,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse.

Aux membres du jury, Madame le Docteur Marie-Thérèse HEBERT, Madame le Professeur Virginie MIGEOT, Monsieur le Professeur Pierre INGRAND,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail en faisant partie de ce jury.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Philippe MATIS,

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail. Merci pour votre implication, votre rapidité à répondre à toutes mes questions, vos critiques toujours constructives et merci surtout pour l'intérêt que vous portez au sujet abordé dans mon travail.

A tous ceux qui m'ont aidée tout au long de cette thèse,

Merci au Docteur Jean FESSART, président de l'AMERLI, de m'avoir longuement parlé du SAMU et de m'avoir fait visiter les locaux du SAMU un dimanche matin !

Merci au Docteur Sophie PERROTIN et à Mme Florence LOUIS du SAMU 17 pour m'avoir fourni les données dont j'avais besoin.

Merci à Marc BAYOU de l'ISPL de m'avoir si rapidement fourni les données nécessaires à mon travail.

A mes maîtres de stage, et tous les médecins présents tout au long de mon internat,

Merci de m'avoir permis de prendre confiance en moi et de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

Un merci particulier à Carole et Béatrice qui ont confirmé ma volonté de vouloir être médecin généraliste.

Merci également aux Docteurs Boiffard, Pasdeloup, Chabanne, Dezeix, Brunet. Merci à l'équipe de pédiatrie du CHU de Poitiers, dur stage mais tellement de choses apprises ! Merci aux urgentistes de Jonzac, et à l'équipe de gériatrie notamment à Jean-Baptiste !

Et merci à Sarah et Fred, je vous ai eu tous les deux comme « chef » et maintenant vous êtes plus que ça pour moi !

A toutes les équipes paramédicales rencontrées tout au long de mon internat,

Merci pour tout ! Sans vous les médecins ne seraient rien.

A Frédéric RODEAU,

Mon futur associé, merci pour le projet à venir.

A mes amis,

Mes chères amies de lycée : Cécile, Cindy, Eléna, Elsa, Lise, merci pour ces Noël en votre compagnie, bientôt une fille de plus à accueillir !

Mes amies de Bordeaux : Anne, Anne-sou, Camille, Claire, Marie-Neige, Laeti, Mymy, merci pour toutes ces années passées ensemble ! Félicitations aux déjà thésées et courage pour celles qui vont bientôt y passer ! Camille on pensera à toi demain !

Nono tu es bien plus qu'une amie maintenant ! Merci pour tout, ta bonne humeur, tes coups de gueule, ta joie de vivre. Merci pour toutes ces années, à Bordeaux puis à Poitiers. Et merci pour les nombreuses années à venir. Et qui sait un jour on l'ouvrira peut-être cette boutique de fleurs !

Clarisse et Maëlle, les Tourangelles, enchantée de vous avoir rencontrées à Saintes il y a déjà plus de trois ans ! Maëlle, 6 mois passés ensemble alors qu'on était encore des bébés médecins ça marque ! Clarisse, 6 mois de colocation, dont le premier jour passé à « sincer », ça ne s'oublie pas !

A tous les autres, merci d'être des ami(e)s !

A ma famille,

Papa, maman, merci d'être ce que vous êtes et merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Je ne suis pas certaine que vous ayez toujours bien suivi mon long parcours étudiant mais ça y est je suis à la fin ! Merci maman pour la relecture, si il (s'il) y a une faute d'orthographe c'est à cause du rugby !

A mon frère et à mes sœurs : merci, je vous aime fort ! Signé Bidibulle !

Merci à mes neveux et nièces, que j'aime tellement et qui me le rendent bien ! Signé Tata Nini.

Merci à ma belle-famille de sa gentillesse et un merci particulier à Françoise qui nous a logés quelques années !

A toi Julien, mon amour,

Merci d'être ce que tu es. Merci de ton soutien pendant ces si longues études. Merci d'être à mes côtés, toujours. Merci d'être le papa formidable que tu es récemment devenu. Je t'aime plus fort que tout.

A Léa, mon deuxième amour,

Tu as grandi en moi pendant toute la rédaction de ma thèse, et aujourd'hui tu grandis près de nous et c'est un bonheur au quotidien ! Je t'aime mon trésor. Ta maman.

Sommaire

Liste des enseignants de médecine……...page 2

Remerciements……..…page 4

Sommaire……..…page 6

Abréviations……..page 14

I - INTRODUCTION……..…page 15

1) **Généralités :** ……page 15
2) **Objectifs de l'étude :** ……..page 15
3) **Méthodologie :** ……page 15

II – Définition de la PDSA……...page 16

1) **L' Effection :** ……..…….page 17
   - **a) Les tableaux d'astreinte**…….page 17
   - **b) L'activité**……..page 18
   - **c) Les périodes de garde**…….page 18
2) **La régulation :** ……page 18
   - **a) Les régulateurs**……page 19
   - **b) Fonctionnement de la régulation**……...page 19
3) **La rémunération des effecteurs et des régulateurs :** ……...page 20
   - **a) La rémunération forfaitaire**……...page 20
   - **b) La rémunération par le champ conventionnel du médecin effecteur**……page 21
   - **c) Evolution**……..page 21

4) Les secteurs de garde :……page 22

5) **Les Maisons Médicales de Garde :**……page 22

6) Les actes médico-administratifs :……..page 23

a) Le certificat de décès……...page 23

b) Les examens en garde en vue……page 24

7) La PDSA en EHPAD :……page 25

8) En conclusion :……page 25

III – PDSA : état des lieux national et problématiques soulevées…page 26

1) L'effection, problématiques actuelles et solutions proposées : ……..page 26

a) Baisse du nombre d'effecteurs volontaires……...page 26

b) Explications à la baisse du nombre d'effecteurs……..….page 26

- ⇨ **Modification de la démographie médicale**
- ⇨ **Diminution de l'activité**
- ⇨ **Diminution du nombre des secteurs de garde**
- ⇨ **Autres raisons**
  - **féminisation**
  - **phénomène de société**

c) Diminution des créneaux horaires……page 30

d) Solutions proposées……page 31

- ⇨ **Elargissement des effecteurs libéraux participant à la PDSA**
- ⇨ **Incitations financières**
- ⇨ **Transfert de la PDSA aux urgences**
- ⇨ **Création de Maisons Médicales de Garde**
- ⇨ **Professionnalisation de la PDSA**

2) Problématiques liées à la régulation :……page 33

a) Nombre de régulateurs……...page 33

b) Méconnaissance de l'organisation de la régulation par les usagers……...page 34

c) Créneaux de régulation……...page 35

d) Solutions proposées……page 35

- ⇨ **A la méconnaissance des usagers**
- ⇨ **Aux actes médicaux non régulés**
- ⇨ **Aux créneaux de régulation**

3) <u>Problématiques liées à la rémunération :</u>……..page 37

a) Des dépenses en augmentation……...page 37

b) Solutions proposées……page 38

4) <u>Problématiques liées aux secteurs de garde :</u>……...page 38

a) Diminution du nombre de secteurs……page 38

b) Limites à la baisse du nombre de secteurs de garde……page 39

- ⇨ **Contrainte géographique**
- ⇨ **Contraintes démographiques**

c) Conséquences de la baisse du nombre de secteurs de garde……...page 40

d) Solutions proposées……page 40

5) <u>Problématiques des Maison Médicales de Garde :</u>……..page 40

6) <u>Problématiques liées aux actes médico-administratifs :</u>……..page 41

a) Le certificat de décès : problématiques……page 41

b) Solutions proposées……page 42

c) Les examens en garde à vue……...page 43

7) <u>La PDSA en EHPAD :</u>……page 43

a) Problématiques……page 43

b) Solutions proposées……page 44

8) <u>En conclusion :</u>……page 45

IV – ORGANISATION ET PROBLEMATIQUES DE LA PDSA EN CHARENTE-MARITIME……page 46

A - La Charente-Maritime : généralités……..page 46

1) **La population en Charente-Maritime :**……page 47

a) Recensement……page 47

b) Densité et répartition de la population en Charente-Maritime……..page 47

2) **La démographie des médecins généralistes en Charente-Maritime :**……page 48

a) Démographie actuelle……page 48

b) Evolution de la démographie des médecins généralistes en Charente-Maritime.page 49

c) Caractéristiques des médecins généralistes en Charente-Maritime……...page 50

- ⇨ **Vieillissement**
- ⇨ **Féminisation**

3) **L'organisation des services d'Urgences de Charente-Maritime :**……...page 50

B - PDSA en Charente-Maritime : organisation et limites……..page 51

1) **Organisation de l'effection :**……...page 51

2) **Les secteurs d'astreinte des effecteurs :**……page 51

a) Les secteurs de garde en Charente-Maritime……...page 51

b) Les Maisons Médicales de Garde en Charente-Maritime……...page 52

3) **Les horaires d'effection :**……page 53

a) Horaires d'effection définies en Charente-Maritime……...page 53

b) Créneaux horaires d'effection selon les secteurs de la Charente-Maritime……..page 53

- ⇨ **Effection de week-ends et jours fériés**
- ⇨ **Effection de soirée : 20h à minuit**
- ⇨ **Effection en nuit profonde : minuit à 8h**

4) **Nombre d'effecteurs aux horaires de PDSA en Charente-Maritime :**……...page 54

5) **Limites de l'effection en Charente-Maritime :**……page 55

a) Baisse de la démographie médicale……...page 55

b) Diminution du nombre de secteurs de garde……page 55

c) Garde des pharmacies……page 56

d) Diminution des effecteurs sur les différents créneaux horaires…….page 56

e) Visites incompressibles……...…page 56

6) La régulation en Charente-Maritime :……..page 56

a) Organisation de la régulation……page 56

b) Créneaux horaires de régulation en Charente-Maritime……...page 57

c) Activité de régulation en Charente-Maritime……..page 57

d) Gestion d'un appel de PDSA au centre de régulation de La Rochelle……...…page 58

7) Problématiques de la régulation en Charente-Maritime :……...…page 59

a) Méconnaissance des usagers……..…page 59

b) Rémunération des régulateurs……...…page 60

c) Nombre de régulateurs……..……..…page 60

d) Charge de travail……..……..page 60

e) Elargissement des créneaux horaires de régulation……..……..page 61

8) Les actes médico-administratifs en Charente-Maritime :……...page 61

a) Les certificats de décès……page 61

b) Problématiques des certificats de décès en Charente-Maritime……page 62

- ⇨ **Rémunération du certificat de décès**
- ⇨ **Rédaction du certificat de décès**

c) Les examens en garde à vue……...page 63

9) La PDSA en EHPAD :……page 63

V – ACTIVITE DE LA PDSA EN CHARENTE-MARITIME : évolution de 2012 à 2015……..page 64

A – GENERALITES……page 64

1) Introduction : ……page 64

2) **Définition de l'ISPL :** ……page 64

B – EVOLUTION DE L'ACTIVITE de 2012 à 2015……..…..page 65

1) **Activité globale en Charente-Maritime :** ……..….page 65

2) **Activité de soirée en Charente-Maritime :** ……...……page 65

a) Activité par soirée et par effecteur……page 66

b) Activité rapportée au nombre d'habitants par soir…….……page 66

3) **Activité de nuit profonde en Charente-Maritime :** …….page 66

4) **Activité de week-ends et jours fériés en Charente-Maritime (non compris les soirées) :** ……..……page 67

a) Activité par jour de week-ends et jours fériés et par effecteur…...……page 68

b) Activité rapportée au nombre d'habitants par jour de week-ends et jours fériés ……..page 68

5) **Activité non régulée :**……..page 69

C – EVOLUTION DE L'ACTIVITE PAR SECTEUR de 2013 à 2015……page 70

1) **Activité de soirée par année et par secteur :** ……page 71

a) Activité par soirée……...page 72

b) Activité rapportée au nombre d'habitants par soir et par secteur……...….page 73

2) **Activité de week-ends et jours fériés par secteur (hors soirée) :** ……page 74

a) Activité par jour de week-ends et jours fériés…….….page 76

b) Activité rapportée au nombre d'habitants par jour de week-ends et jours fériés et par secteur……page 77

D – ACTIVITE PAR SECTEUR : année 2015……...…page 77

1) **Activité de soirée par secteur :** ……..…page 78

2) **Activité de week-ends et jours fériés par secteur (hors soirée) :** ……page 80

3) **Activité rapportée au nombre d'habitants :** ……...….page 82

a) Activité rapportée au nombre d'habitants par soir et par secteur……..…page 82

b) Activité rapportée au nombre d'habitants par jour de week-ends et jours fériés et par secteur…….….page 83

E - ACTIVITE DES MAISONS MEDICALES DE GARDE en Charente-Maritime……..page 84

F - COÛT DE LA PDSA…….page 86

1) **Coût de la PDSA en Charente-Maritime via le champ conventionnel :**…….page 86
2) **Coût des astreintes effecteurs :** ……page 86
   - **a) Coût de l'astreinte de soirée**……...page 87
   - **b) Coût de l'astreinte en nuit profonde**……page 87
   - **c) Coût de l'astreinte de week-ends et jours fériés**……..….page 87
3) **Coût des astreintes régulateurs :** ……..page 87
4) **Coût global de la PDSA :** ……..……..page 88
5) **Coût moyen d'un acte :** ……..……page 88

VI – DISCUSSION……...page 90

1) **Organisation de la PDSA en Charente-Maritime :** ……...…..page 90
2) **Activité de la PDSA en Charente-Maritime :** ……..page 91
   - **a) Activité par créneaux horaires**……...….page 91
   - **b) Activité par effecteur**……page 91
     - ⇨ **En soirée en 2015**
     - ⇨ **Les week-ends et jours fériés en 2015**
   - **c) Part d'activité professionnalisée**……..page 92
     - ⇨ **Part d'augmentation**
     - ⇨ **Part d'activité en nuit profonde**
     - ⇨ **Part d'activité en soirée de semaine et de week-ends**
     - ⇨ **Part d'activité les week-ends et jours fériés hors soirée**
     - ⇨ **Conclusion**
   - **d) Activité rapportée à la population municipale**……...page 94
     - ⇨ **En soirée**
     - ⇨ **Week-ends et jours fériés**

e) **Activité des Maisons Médicales de Garde**……..page 94

f) **Activité non régulée**……..page 95

3) **Coût de la PDSA en Charente-Maritime :** ……...page 95

a) **Un coût maîtrisé de 2012 à 2015**…….....page 95

b) **Coût de l'astreinte effecteur**……..….page 96

c) **Coût moyen d'un acte**…….page 96

d) **Coût de la PDSA professionnalisée**……page 96

4) **Limites :** ……...page 97

a) **Données**……..page 97

b) **Exploitation des données**……..page 97

VII – CONCLUSION…….page 98

VIII – BIBLIOGRAPHIE……...page 99

Annexes……..page 104

ANNEXE 1 – Temps d'accès aux soins urgents à fin 2015……page 104

ANNEXE 2 – Carte de travail PDSA : mise à jour janvier 2016_Charente-Maritime……page 105

ANNEXE 3 – Rencontre au SAMU centre 15 avec le Dr Jean FESSART, président d'AMERLI.. ……..page 106

ANNEXE 4 – Télé prescription médicale……page 108

Résumé et mots-clés……...page 110

Serment……..page 111

Abréviations

AMERLI = Associations des MEdecins Régulateurs LIbéraux

AMU = Aide Médicale Urgente

ARM = Auxiliaire de Régulation Médicale

ARS = Agence Régionale de Santé

AGPS 17 = Association des médecins Généralistes pour la promotion et la Permanence des Soins 17

CCR = Cahier des Charges Régional

CDOM = Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CESU = Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CNAM(TS) = Caisse Nationale d'Assurance Maladie (des Travailleurs Salariés)

CNOM = Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUPS-TS = Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence Soins et des Transports Sanitaires

CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DRM = Dossier de Régulation Médicale

EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FIR = Fonds d'Intervention Régional

HAS = Haute Autorité de Santé

HPST = Hôpital, Patients, Santé, Territoire

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISPL = Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux.

JF = Jour(s) Férié(s)

LFSS = Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MG = Médecin(s) Généraliste(s)

MMG = Maison Médicale de Garde

PDS / PDSA = Permanence Des Soins / Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU = Service d'Aide Médicale Urgente

SNIIRAM = Système National d'Informations Inter Régimes de l'Assurance Maladie

URPS-ML = Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les Médecins Libéraux

WE = Week-End(s)

I – INTRODUCTION

1) Généralités :

Avant 2003 la seule base juridique de la permanence des soins (PDS) reposait sur l'article 77 du code de déontologie médicale et les médecins libéraux assuraient une continuité des soins de jour comme de nuit, par obligation déontologique.

Suite à la grève des gardes des médecins généralistes (MG), durant l'hiver 2001-2002, est initié un vaste projet de réorganisation des systèmes de gardes ambulatoires afin de répondre au mieux aux besoins de la population et de garantir une égalité d'accès au service public sur l'ensemble du territoire. La décision prise a été de fonder dorénavant le système sur le volontariat avec une rémunération sous forme de forfaits d'astreinte.

2) Objectifs de l'étude :

A travers cette étude le principal objectif est de faire un état des lieux de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) à l'échelon de la Charente-Maritime et d'y connaître son organisation, son activité, son coût global, ses problématiques.

L'objectif secondaire est d'apporter des éléments pour permettre son amélioration.

3) Méthodologie :

Tout d'abord, nous allons définir ce qu'est la PDSA, les textes et lois qui la régissent.

Puis nous aborderons les problématiques nationales posées par la PDSA actuellement.

Ensuite nous nous éloignerons du contexte national pour nous immerger dans le département de la Charente-Maritime. Quels y sont les acteurs et l'organisation de la PDSA ? Quelles sont les problématiques locales ? Quelle est l'activité de la PDSA en Charente-Maritime sur les quatre dernières années ?

Enfin, nous discuterons du rôle de la PDSA dans ce département.

Mais au-delà de ces considérations locales, cette thèse cherche à apporter des éléments de réflexion sur les différentes perspectives d'évolution et d'amélioration, afin de préparer au mieux l'avenir.

II – Définition de la PDSA

Dans ses recommandations de bonne pratique, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit la permanence des soins comme « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence de médecin traitant. » (1)

La PDSA est une mission de service public inscrite dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), dite loi Bachelot (2), et prévue par l'article L.6314-1 du code de la santé publique (3). Elle se caractérise par un dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux sont fermés, la nuit, les week-ends et les jours fériés.

Rappelons que la PDSA répond aux demandes de soins non programmés qui sont des actes médicaux non urgents en opposition à l'AMU qui est l'Aide Médicale Urgente.

Elle repose sur deux grands principes :

- Le volontariat ; l'article R. 6315-4 du code de la santé publique (4) indique : « Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. »

- La régulation ; l'accès à la permanence des soins repose sur un préalable : la régulation téléphonique des appels adressés soit au centre 15 soit à la plateforme téléphonique d'une association de permanence des soins.

Ensuite et selon l'article R. 6315-6 (5) du code de la santé publique, il revient aux agences régionales de santé d'organiser la mission de service public de permanence des soins. Les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional (CCR) arrêté par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

« Les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

Le cahier des charges régional décrit l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation. Il décrit également l'organisation de la régulation des appels.

Il précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département. » (5)

L'arrêté fixant le cahier des charges est pris après avis du CODAMUPS-TS (Comité départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires). Ensuite, les conditions d'organisation mentionnées dans le cahier des charges sont soumises pour avis au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) et au préfet du département.

Le CODAMUPS-TS est défini par l'Article R6313-1 du code de la santé publique (6) : « Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des 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. »

1) L'effection :

L'effecteur est le médecin libéral de garde.

a) Les tableaux d'astreinte

Dans chaque secteur de garde, un tableau nominatif des médecins volontaires d'astreinte est réalisé soit par le conseil départemental de l'ordre, soit par le représentant des médecins du secteur, soit par l'association de permanence des soins pour une durée de trois mois ou plus (Article R6315-2 du code de la santé publique (7)). Il est rempli sur la base théorique d'un effecteur volontaire par secteur à partir de la liste des médecins inscrits au tableau départemental.

Les médecins retraités, ayant cessé toute pratique clinique depuis moins de cinq ans et toujours inscrits au tableau, peuvent également participer, s'ils sont volontaires, au dispositif d'effection du secteur de leur choix.

En cas d'impossibilité de combler un planning d'astreinte, les associations de médecins effecteurs avec l'aide du CDOM tentent de trouver un médecin effecteur (Article R6315-4 du code de la santé publique (4)). En dernier recours, le conseil de l'ordre adresse un rapport au directeur général de l'ARS, qui communique ces éléments au préfet du département afin que celui-ci procède, le cas échéant, aux réquisitions.

Le tableau de garde des effecteurs est validé par le CDOM.

Dans certains départements, il est rempli et validé informatiquement sur le logiciel Ordigard (85 départements en 2015 selon le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2015 (8)), logiciel de gestion des tableaux de garde créé par le CNOM. Le fonctionnement de ce logiciel, associé à un logiciel de paiement (P-Garde) est défini dans le rapport du CNOM au 31 Décembre 2014 (9) :

- « Les médecins font la demande de paiement en ligne dans P-Garde sans avoir à envoyer d'attestations ;
- Les CDOM valident les plannings prévisionnels réalisés dans Ordigard ;
- Les ARS valident et valorisent les gardes dans P-Garde ;
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dispose d'un outil de paiement automatiquement rempli avec les plannings de gardes. »

b) L'activité

A la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de l'association de permanence de soins, dans les conditions prévues à l'article R. 6315-3 (10), le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite (Article R6315-5 (11) du code de la santé publique).

L'effection a lieu, de façon préférable, en point fixe de consultation : soit en Maison Médicale de Garde (MMG), soit au cabinet du médecin effecteur, soit au point fixe de consultation des associations de permanence des soins, soit en maison de santé.

Après régulation, le médecin effecteur peut décider d'une effection en visite à domicile, de manière exceptionnelle et à condition qu'elle soit médicalement justifiée (sans pour autant revêtir un caractère d'urgence, relevant alors de l'AMU) notamment s'il s'agit de la rédaction d'un certificat de décès. Lorsque le patient refuse de rejoindre le point fixe de consultation alors que son état est compatible avec son déplacement, le médecin effecteur n'est pas tenu d'effectuer une visite à domicile.

c) Les périodes de garde

L'effection libérale de la PDSA est réalisée selon les tranches horaires suivantes, définies par l'article R. 6315-1 (12) du code de la santé publique :

- du lundi au vendredi de 20 heures à 8 heures,

- le samedi de 12 heures à 8 heures,

- les dimanche et jours fériés de 8 heures à 8 heures,

- le lundi aux mêmes horaires que le dimanche ou jour férié, lorsqu'il précède un jour férié ; le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Toutefois, le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 (5) peut prévoir que la permanence des soins en médecine ambulatoire soit assurée, pour partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes de celles prévues au premier alinéa du présent article. Ces modalités sont définies en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département. L'aménagement dérogatoire peut porter sur un allègement de l'effection libérale en soirée, et réduire éventuellement les temps d'astreinte les week-ends et jours fériés.

2) <u>La régulation :</u>

L'accès au médecin effecteur aux horaires de PDSA fait l'objet d'une régulation préalable obligatoire : c'est la régulation médicale.

a) Les régulateurs

Les médecins régulateurs libéraux sont volontaires (Article R6315-4 (4)), inscrits au tableau de l'ordre des médecins du département concerné. Il peut s'agir de médecins retraités ayant cessé toute pratique clinique, à la condition d'avoir été régulateurs pendant leur période d'activité, et après avis favorable du CDOM du département régulé.

Leur formation à la régulation des appels est obligatoire, et comprend deux volets : une formation initiale et une formation continue. Elle est effectuée sous la direction de l'association des médecins régulateurs à laquelle ils adhèrent, en collaboration avec le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)-Centre 15 et son Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) ou tout autre organisme de formation médicale agréée.

L'association départementale des régulateurs ou de la permanence de soins établit un tableau nominatif des médecins régulateurs, qui est validé par le CDOM. Quinze jours au moins avant sa mise en œuvre, l'association transmet ce tableau au SAMU, au CDOM, au Préfet, à l'ARS, ainsi que, sur leur demande, aux organisations des médecins libéraux représentées au niveau départemental.

Lorsqu'un médecin initialement mentionné dans des tableaux de permanence de régulation ne peut finalement pas assurer l'astreinte prévue, il lui incombe d'effectuer immédiatement la recherche d'un remplaçant. Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace. Il doit signaler ce remplacement sans délai à l'association de régulation, au secrétariat du SAMU-Centre 15 et au conseil de l'ordre, qui adresse la liste modificative à l'ARS.

b) Fonctionnement de la régulation

L'accès à la régulation se fait par un numéro d'appel unique : le 15 (Article R6315-3 (10)).

Toutefois, l'accès au médecin de permanence peut également être assuré par des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le service de l'AMU. Les modalités de l'interconnexion sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier, où est situé le SAMU, et l'association de permanence de soins. La convention précise également les modalités de collaboration entre le SAMU et l'association ainsi que les procédures d'évaluation de cette collaboration. La convention est approuvée par le préfet après avis du CODAMUPS-TS. (Article R6315-3 du code de la santé publique (10)).

Dans un avenir proche, l'accès au médecin de régulation libérale devrait se faire par un numéro spécifique national nouvellement inscrit dans le projet de loi de Santé (le 116 117) (13).

L'appel au 15 permet au patient d'être mis en relation avec l'Auxiliaire de Régulation Médicale (ARM) qui oriente l'appel selon le degré d'urgence soit vers le médecin régulateur libéral dans le cadre de la PDSA soit vers le médecin régulateur du SAMU.

Lorsque le patient est mis en relation avec un médecin régulateur libéral ce dernier évaluera le type de réponse adapté au besoin du patient :

- conseil téléphonique ou télé conseil avec éventuellement une télé prescription ; celle ci devra être conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles

relatives à la « prescription médicamenteuse par téléphone », éditées par la HAS en février 2011 (1),

- consultation auprès du médecin libéral d'astreinte sur son secteur (Maison Médicale de Garde ou cabinet médical du médecin effecteur), ou visite en accord avec le médecin effecteur,

- nécessité de se rendre aux urgences, et le médecin régulateur enverra éventuellement des moyens sur place : équipe de sapeurs-pompiers ou transport sanitaire en ambulance,

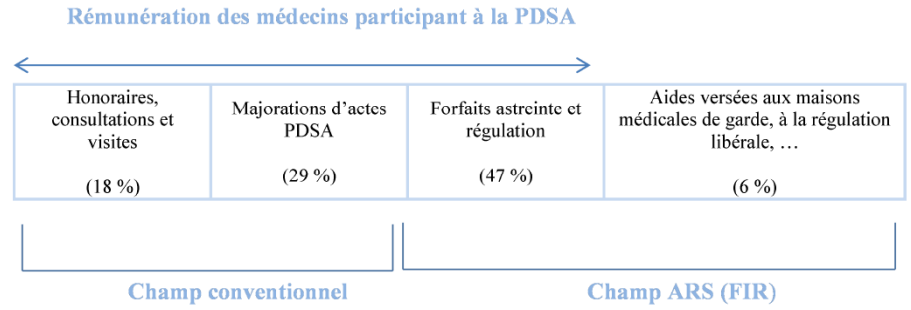
- besoin d'une équipe du SAMU.

La loi HPST (2), dans l'article 1 du Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins rappelle que « Les appels traités dans le cadre de la permanence des soins, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris les prescriptions mentionnées au troisième alinéa de l'article R. 6315-5, sont soumis à une exigence de traçabilité selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la santé. »

3) La rémunération des effecteurs et des régulateurs :

La rémunération est dichotomique : une partie repose sur le FIR (Fonds d'Intervention Régional) et correspond à la rémunération forfaitaire, et l'autre partie repose sur le champ conventionnel.

FINANCEMENT DE LA PDSA



Source : ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

a) La rémunération forfaitaire

La rémunération forfaitaire rémunère les astreintes des régulateurs et des effecteurs.

Elle est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique (14).

Selon l'article R. 6315-6 du code de la santé publique (5), le cahier des charges régional de la PDSA précise la rémunération forfaitaire et, le cas échéant, les modalités de la modulation de la

rémunération des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique. Cette rémunération forfaitaire peut varier en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Et selon l'article 1 de l'Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération, par l'ARS, des médecins participant à la PDSA (15), le cahier des charges régional peut également prévoir une modulation de ces rémunérations forfaitaires.

Selon l'article 2 du même arrêté (16) les rémunérations des médecins varient dans les conditions suivantes :

1° La rémunération de l'astreinte du médecin effecteur inscrit sur le tableau de garde mentionné à l'article R. 6315-2 du code de la santé publique ne peut être inférieure à 150 euros pour une durée de référence de douze heures ; ce montant peut varier en fonction de la durée de la plage horaire et selon les sujétions particulières, notamment les visites ;

2° La rémunération pour la participation à la régulation médicale téléphonique mentionnée à l'article R. 6315-3 du même code ne peut être inférieure à 70 euros par heure de régulation.

b) La rémunération par le champ conventionnel du médecin effecteur

Les montants des actes et des majorations applicables dans le cadre du dispositif régulé de PDSA sont définis par la convention médicale.

Six codes de prestations sont ainsi utilisés pour le paiement de ces majorations, le montant étant différent selon que le médecin de permanence reçoit le patient à son cabinet ou qu'il effectue une visite à domicile.

	Codes majorations des actes à domicile	Tarifs majorations des actes à domicile *(en euros)*	Codes majorations des actes en cabinet	Tarifs majoration des actes en cabinet *(en euros)*
Majoration spécifique de nuit 20 heures-0h / 6h-8h	VRN	46,00	CRN	42,50
Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h	VRM	59,50	CRM	51,50
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés*	VRD	30,00	CRD	26,50

(*) Les majorations spécifiques de dimanche et jours fériés (VRD et CRD) s'appliquent aux samedi après-midi, lundi veille de jours fériés, vendredi (et samedi matin) lendemain de jours fériés.

Source : Lettre-réseau, lr-ddgos-39/2012 du 20 avril 2012, CNAMTS.

La rémunération des actes médico-administratifs est donc exclue.

c) Evolution

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (LFSS) (13) a arrêté qu'une partie des mesures expérimentées en Pays-de-Loire puisse être déclinée dans d'autres régions, à la discrétion des directeurs généraux des ARS.

L'expérimentation consisterait à confier à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de financement de la PDSA, incluant non seulement les forfaits d'astreinte mais aussi les actes réalisés par les effecteurs de PDSA qui seraient alors rémunérés via le FIR.

Ces moyens pourraient être utilisés pour renforcer le volontariat (par l'instauration d'une forfaitisation plus ou moins partielle de l'effection), pour mettre en place des effecteurs mobiles (réalisant les visites incompressibles notamment en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)), pour recruter des régulateurs, pour indemniser les certificats de décès, ...

4) Les secteurs de garde :

Le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. Ces limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour tout ou partie de la période de permanence de soins, aux besoins de la population.

La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du CDOM et avis du comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1 (6). Si besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés.

La carte des secteurs fait l'objet, suivant la même procédure, d'un réexamen annuel selon l'article R6315-1 du code de la santé publique (12).

5) Les Maisons Médicales de Garde :

Une MMG est définie par la circulaire DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) de 2007 relative aux maisons médicales de garde (17) comme « un lieu fixe, déterminé, de prestation de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la PDSA et assurant une activité de consultation médicale non programmée. »

Selon l'annexe I « Cahier des charges national sur les maisons médicales de garde » de cette même circulaire « il est recommandé que la Maison Médicale de Garde soit de préférence située dans une enceinte hospitalière ou contiguë d'une structure d'urgence. En milieu rural, elle peut se situer au sein d'un hôpital local ou, éventuellement, d'un EHPAD, d'une maison de retraite ou d'une maison de santé pluridisciplinaire.

La MMG peut toutefois être située hors d'une enceinte hospitalière ou d'une structure médico-sociale. Dans ce cas, il est préconisé, pour favoriser la sécurisation des locaux, que la MMG soit contiguë ou proche de services publics assurant une permanence de sécurité (pompiers, police, gendarmerie) ou située dans un centre de santé.

Quelle que soit la localisation retenue, les locaux peuvent être partagés en journée avec d'autres structures ou être affectés à une autre utilisation.

Une attention particulière devra être portée sur les conditions d'accès du patient pris en charge par la MMG aux pharmacies de garde pour la dispensation des médicaments, le cas échéant. »

Toujours selon l'annexe I :

« Amplitude horaire :

La MMG est ouverte pendant les horaires de PDSA, fixés dans le cahier des charges départemental arrêté par le préfet (art.R. 6315-6 du code de la santé publique). Une restriction de l'activité de la MMG peut donc s'effectuer, compte tenu des besoins constatés et en fonction de l'offre hospitalière disponible et des situations locales. La MMG est ainsi prioritairement ouverte sur la plage horaire 20 h-24 h en semaine, le dimanche et les jours fériés, ainsi que sur le samedi après-midi, lorsqu'un dispositif de permanence des soins est mis en place sur cette plage horaire par le préfet suivant les besoins locaux. Toutefois, compte tenu des besoins constatés, l'ouverture de la structure peut être circonscrite aux samedis après-midi, dimanches et jours fériés. La référence à des afflux saisonniers ou à une crise sanitaire doit être abordée dans le cahier des charges de la MMG. Il peut conduire à modifier les horaires d'ouverture ou à renforcer la présence médicale à la MMG.

Modalités d'accès : L'accès de la MMG doit être de préférence régulé préalablement par la régulation des appels de PDS mentionnée à l'article R. 6315-3 du code de la santé publique. Le 15 doit être privilégié comme numéro d'appel. Un accès direct peut toutefois être accepté au vu de la situation locale. Si la MMG dispose d'un numéro propre, une interconnexion est mise en place avec le centre 15 et un protocole d'utilisation de ce numéro spécifique est élaboré pour garantir une communication claire autour du dispositif général de la PDS.

Intervenants : Un nombre minimum de médecins installés est nécessaire à la cohérence d'ensemble. L'effectif sur lequel fonctionne la MMG ne doit donc pas être uniquement constitué de remplaçants. Par contre, les MMG peuvent être des terrains de stage pour les étudiants en médecine. Par ailleurs, des médecins d'autres secteurs proches doivent pouvoir participer à la MMG et leur participation doit être identifiée.

Les modalités de mise en œuvre du tiers payant : les modalités de paiement des usagers au sein de la MMG doivent s'effectuer selon le tiers payant lorsque l'accès à la MMG a fait l'objet d'une régulation. » (À noter que le tiers-payant n'est pas toujours applicable, et ce pour des raisons techniques. C'est le cas par exemple à la MMG de Saintes en Charente-Maritime.)

6) Les actes médico-administratifs :

D'après les textes, ces actes n'entrent pas dans le champ de la PDSA, mais reposent tout de même majoritairement sur ses effecteurs.

a) Le certificat de décès

Selon le rapport du CNOM de 2013 portant sur les certificats de décès (18) :

=> « pour ce qui est de la PDSA, le Ministère de la santé a rappelé dans une réponse écrite publiée au Journal officiel (05/05/2011) que l'établissement de certificats de décès ne faisait pas partie de la mission des médecins de garde dans ce cadre, précisant, à contrario, que rien n'interdisait aux cahiers des charges portés par les ARS d'apporter une réponse à cette question. C'est ce que quelques rares régions ont fait réglant ainsi cette difficulté sur les seuls horaires de la PDSA.

=> Le certificat de décès est une obligation administrative : « L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu de ce certificat établi par un médecin, attestant le décès » (Art. L.2223-42 du code général des collectivités territoriales). L'établissement du certificat de décès de la personne est la base juridique du constat de sa mort. »

=> Ce même rapport rappelle le cadre « éthique et déontologique » : «

- L'article R. 4127-76 du code de la santé publique, qui s'impose à tout médecin, rappelle que : *« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. »*

- La rédaction d'un certificat de décès doit s'inscrire dans le respect de la personne, des familles et des proches.

- L'établissement d'un tel acte n'est pas une urgence médicale, ni médico-légale. Le médecin doit répondre prioritairement aux demandes des patients dont l'état de santé requiert son intervention.

- Aucun texte n'impose de délai pour la rédaction d'un certificat de décès. Par respect des familles et dans l'intérêt de leurs démarches il reste cependant évident qu'il convient de répondre à ces demandes dans les meilleurs délais possibles. Compte tenu des dispositions relatives aux opérations funéraires, ce délai ne devrait en aucun cas excéder 24 heures après la demande d'intervention.

- Pour ce qui est des honoraires pouvant faire l'objet d'un tel acte c'est « le tact et la mesure » qui s'appliquent dans le cadre du code de déontologie médicale, le tact devant rester le critère principal. »

Récemment, suite à la LFSS de 2016 (13), l'article L. 162-5-14-2 (19) a été inclus dans le code de la santé publique : « Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès mentionné au premier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales, réalisé au domicile du patient aux horaires et aux conditions fixées par décret, sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les médecins sont tenus de respecter ces tarifs. »

Cette rémunération prendra la forme d'un forfait qui sera versé directement par la CPAM au médecin, selon le montant fixé par arrêté. Le décret est en attente actuellement.

Jusqu'alors, cet acte n'était pas rémunéré que ce soit aux horaires de PDSA ou en dehors ; sauf exception dans certains départements comme ceux du Poitou-Charentes, de la région PACA ou encore dans l'Ain ou en Corse où une rémunération forfaitaire expérimentale avait été mise en place. (8)

Dans ces départements il faudra alors articuler cette nouvelle disposition avec la rémunération déjà en vigueur.

b) Les examens en garde à vue

Concernant les personnes placées en garde à vue, en théorie, les conditions dans lesquelles se déroulent les visites médicales sont définies par les circulaires des 27 et 28 Décembre 2010 concernant la réforme de la médecine légale (20) ; les examens devraient être faits par un médecin légiste.

En pratique et selon le rapport d'information de l'Assemblée Nationale de Mme Catherine LEMORTON (21) « ce qui devait être l'exception est, dans les faits, resté la norme dans de nombreux départements : les associations de type « SOS médecins » ou les médecins libéraux interviennent encore fréquemment dans les commissariats et gendarmeries. »

7) La PDSA en EHPAD :

La réglementation en EHPAD prévoit la présence d'un médecin coordonnateur et même si l'établissement est médicalisé, il n'existe pas d'obligation de prévoir de personnel médical d'astreinte (21).

Aux horaires de PDSA, si un résident d'EHPAD nécessite une consultation médicale, la marche à suivre est alors la même que pour tout patient ; à savoir appel du centre 15 qui proposera une conduite à tenir :

- soit télé conseil avec éventuellement télé prescription,
- soit visite du médecin effecteur,
- soit le résident est adressé aux services d'urgences le plus proche,
- soit déplacement d'une équipe du SAMU.

Pour les certificats de décès et selon le rapport du CNOM de 2013 (18) : « Les ***EHPAD*** disposent du concours d'un médecin attaché à l'établissement, médecin coordonnateur : tout constat de décès peut ainsi être établi dans les meilleurs délais. L'établissement du certificat de décès s'inscrit alors dans la mission d'astreinte indemnisée du praticien. Ces établissements peuvent également faire appel au médecin traitant du patient décédé. »

8) En conclusion :

La PDSA a une organisation complexe mais bien encadrée sur le plan législatif. Il existe toutefois une place à l'adaptation notamment concernant les horaires et la rémunération.

Depuis 2002, la PDSA a connu des évolutions importantes et va certainement en connaître d'autres dans un avenir proche du fait notamment de la réforme des régions.

Dans la partie suivante, nous allons nous attacher aux problématiques actuelles de la PDSA au travers de diverses sources : CNOM, rapports parlementaires, autres thèses, etc.

Ainsi pour chaque volet de la PDSA nous allons rapporter les différentes problématiques soulevées et les solutions proposées ou déjà mises en place.

III – PDSA : état des lieux national et problématiques soulevées

1) L'effection, problématiques actuelles et solutions proposées :

La principale problématique de l'effection est la baisse du nombre d'effecteurs volontaires, pour des raisons diverses et notamment la baisse de la démographie médicale.

Secondairement il s'agit de la désaffection de certains des créneaux horaires d'effection par les effecteurs, en partie en rapport avec la première problématique.

a) Baisse du nombre d'effecteurs volontaires

Entre 2005 et 2013 le nombre de médecins effecteurs volontaires est passé de 85 à 60 % des MG selon le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21).

Cette baisse est constatée depuis la disparition en 2002 du tour de garde obligatoire et la mise en place du volontariat entraînant une érosion du nombre d'effecteurs, selon le rapport du CNOM de 2015 (8).

En 2015 et selon ce même rapport, le nombre de volontaires a augmenté pour la première fois de 2% mais avec de fortes disparités.

En conséquence du manque d'effecteurs, les tableaux de garde sont plus nombreux à être incomplets, ce qui entraîne une augmentation du nombre de réquisitions ; réquisitions qui ont eu lieu en 2015 dans 27 départements contre 18 départements en 2014.

Ce même rapport « continue d'affirmer que la réquisition ne peut constituer le mode normal de fonctionnement de la PDS. Il estime que les pouvoirs publics ne peuvent pas d'un côté tenir un discours sur le renforcement de l'attractivité de l'exercice médical et de l'autre, procéder à des réquisitions. »

La problématique est que la PDSA à l'heure actuelle repose sur un fondamental qui est le volontariat, mais lorsqu'une garde n'est pas pourvue alors les pouvoirs publics, via les ARS puis le préfet, réquisitionnent. Ceci est fait pour ne pas entraver le bon fonctionnement de la PDSA. Or si les réquisitions vont en augmentant, les volontaires ne vont-ils pas aller en diminuant ?

Il est à noter que le rapport de la cour des comptes de 2013 sur la PDS (22) jugeait d'ailleurs que « le droit de réquisitions des préfets est inefficace ». D'une part la procédure est lourde et d'autre part certains tableaux restent vides et « les préfets n'ont pas utilisé leurs pouvoirs pour compléter les tableaux lorsque des manques apparaissaient dès leur constitution initiale. »

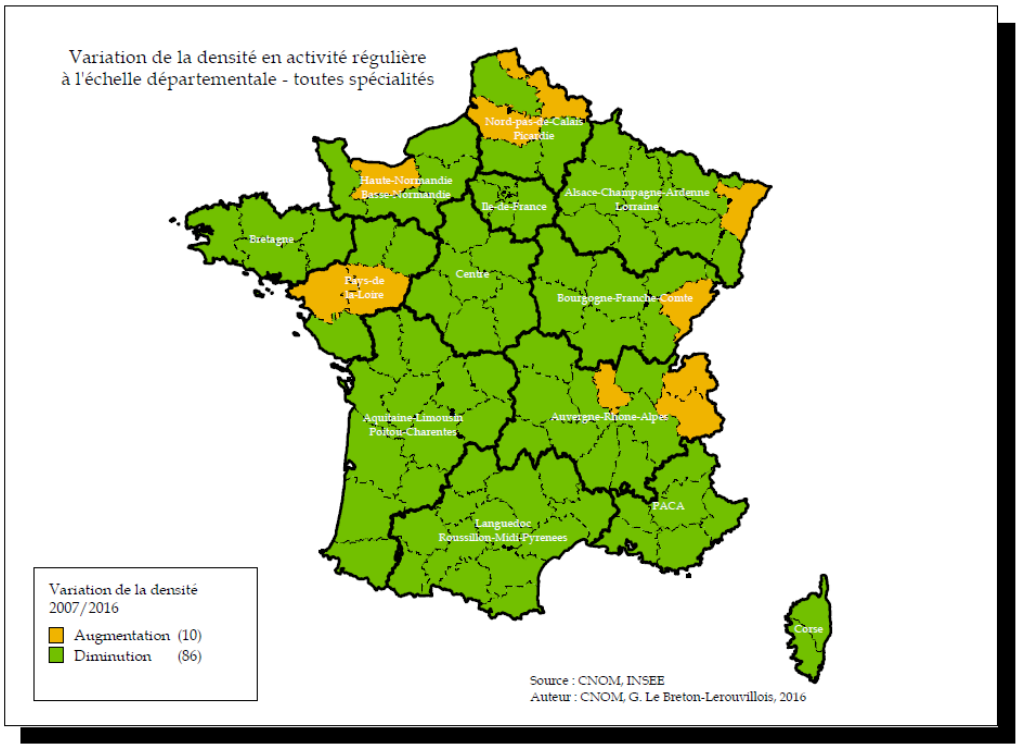
b) Explications à la baisse du nombre d'effecteurs

⇨ Modification de la démographie médicale

Il existe une baisse de la démographie médicale et comme le nombre de volontaires participant à la PDSA s'érode il en résulte une baisse du nombre d'effecteurs.

Le CNOM a publié en 2016 un atlas de la démographie médicale (23) dont est issue la carte suivante. Elle reflète la baisse de la densité médicale française, toutes spécialités confondues, entre 2007 et 2016. 86 des 96 départements de la Métropole ont connu une baisse de la densité médicale en 10 ans.

Carte n°6 : Variation de la densité en activité régulière à l'échelle départementale – toutes spécialités



(23)

Cet atlas rapporte sur la période 2007/2016 une diminution des effectifs de MG de 8,4%.

D'après le rapport de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) de 2009 sur la démographie médicale (24), le nombre de médecins en activité est appelé à baisser de 10 % par an jusqu'en 2019, avant de revenir à son niveau actuel (celui de 2009) en 2030. Parallèlement la population française devrait croître de 10 % entre 2006 et 2030.

Cette baisse de la démographie médicale s'explique par le vieillissement de la population médicale : « Jusqu'en 2015 environ, la proportion des médecins âgés de 50 à 59 ans resterait importante (de l'ordre de 40 %). Dans le même temps, la part des médecins âgés de 60 ans ou plus augmenterait progressivement, pour dépasser 20 % en 2015. La part des médecins âgés de moins de 45 ans commencerait à croître très nettement en 2020, tandis que celle des plus de 60 ans resterait élevée. À partir de 2025, la population médicale serait majoritairement composée de médecins de moins de 45 ans, après les départs massifs à la retraite des médecins les plus âgés. »

Selon ce même rapport, « la densité médicale [toutes spécialités confondues], c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant, chuterait donc davantage que les effectifs. Pour l'ensemble France

métropolitaine et DOM, elle passerait de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2030, diminuant ainsi de 10,6 % pour retrouver son niveau de la fin des années quatre-vingt. »

Ce rapport ajoute que « la baisse du nombre de médecins attendue dans les dix prochaines années est inéluctable : elle est la conséquence des décisions prises concernant le *numerus clausus* dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix. »

Ainsi cette baisse du nombre d'effecteurs peut être reliée plus généralement a une baisse de la démographie médicale avec des zones sous-dotées en MG pour déjà assurer la continuité des soins et d'autant plus pour la permanence des soins.

Dans ce sens, le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) explique que « quand la continuité des soins aux patients devient elle-même de plus en plus lourde et chronophage sur le plan administratif, certains médecins sont contraints à se désengager de la permanence des soins. »

- ⇨ **Diminution de l'activité**

La question soulevée par le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) est de savoir si le développement de la régulation, rationalisant les actes des effecteurs, et diminuant les rémunérations que les médecins en tirent, n'entraînerait pas un plus faible intérêt à participer à la PDSA.

« C'est pour contrer cette cause de désaffection que la forfaitisation de la garde a été tentée en Pays-de-Loire. Les pouvoirs publics font état de résultats encourageants, ce que ne nous confirment pas tous les départements concernés », selon ce même rapport.

Faible intérêt d'une part du fait de la rémunération moins importante ; mais d'autre part, le manque d'intérêt ne viendrait-il pas d'une perte de l'intérêt intellectuel du fait de la faible activité ? Cette question est soulevée par les MG de terrain.

- ⇨ **Diminution du nombre des secteurs de garde**

Le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) explique que « la rationalisation des territoires de garde, justifiée par l'érosion du volontariat, entraîne une désaffection des médecins, chargés de couvrir des pans du territoire de plus en plus grands avec une relation de proximité de plus en plus distendue ».

Et si une visite est nécessaire (pour des soins ou pour un certificat de décès) cela oblige le médecin à un déplacement long ; sachant que pour le certificat de décès, ni sa rédaction ni le déplacement pour l'effectuer ne sont rémunérés.

A noter que cette diminution du nombre de secteurs de garde a été enclenchée par orientation ministérielle (Mme BACHELOT) et notamment pour des raisons financières. En effet en 2008, suite à l'extension de l'organisation de la PDSA aux samedis après-midi, paraissait l'avenant n°27 à la convention médicale du 12 janvier 2005 (25) qui expliquait que « l'extension de la permanence des soins doit se faire à enveloppe constante et il est donc nécessaire de diminuer le nombre de secteurs. »

⇨ **Autres raisons**

- **féminisation**

Dans plusieurs thèses portant sur la PDSA (26) (27) (28), la féminisation est apportée comme une explication à la diminution du nombre de médecins effecteurs en PDSA, mais sans sources. Or nous avons trouvé peu de données confirmant que les femmes MG sont moins volontaires à participer à la PDSA que leurs confrères masculins.

Dans le rapport du CNOM sur la féminisation, datant de 2005 (29), il n'est pas possible de conclure chez les étudiants de 3ème cycle quant à une volonté de moindre implication des femmes dans leur participation à la PDSA (effectifs de réponse trop faible). Par contre chez les médecins déjà en activité il n'y a pas de données chiffrées disponibles, mais il est rapporté que « en ce qui concerne la permanence des soins, les femmes feront plus de la régulation, elles font moins de gardes de week-end et d'astreintes à domicile que les hommes ; en revanche, elles font autant de visites à domicile. »

Ce qui ressort surtout de ce rapport est l'impact de la féminisation sur la continuité des soins avec effectivement un temps de travail moindre des femmes vis à vis de leurs confrères masculins (50h vs 56h par semaine).

Dans sa thèse portant sur les MMG en Aquitaine (30), Elodie SIMIOT explique que la féminisation de la population médicale a entraîné une augmentation du nombre de médecins remplaçants. En effet les femmes s'installent moins rapidement que les hommes et augmentent alors les effectifs de médecins remplaçants. Toutefois ces remplaçants participent à la PDSA mais n'apparaissent pas dans les statistiques des médecins effecteurs.

Par contre une question à se poser vis à vis de la féminisation est le sentiment d'insécurité qui peut être ressenti de garde, seul(e) à son cabinet en horaires de soirée voire en nuit profonde. Dans sa thèse de 2014 sur la MMG de Langon (26), Laure CASAMAYOU explique que « ces lieux [les MMG] attirent remplaçants et médecins installés hors du secteur, grâce à la qualité des conditions de travail, et à la sécurité dans les locaux des urgences ».

La féminisation est apportée comme un élément de modification de la démographie médicale mais ce n'est pas le seul élément.

- **phénomène de société**

Nous avons retrouvé aussi la volonté des jeunes générations d'avoir une meilleure qualité de vie en privilégiant leur vie de famille (26–29). Et ceci passe par une volonté de diminuer le temps de travail ; cette diminution du temps de travail a-t'elle un impact sur le nombre d'effecteurs de PDSA ?

Ce phénomène de société est appelé « effet 35h » et se retrouve autant chez les hommes que chez les femmes. (29)

En 2011, l'Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine a réalisé une analyse de la littérature française des dix dernières années avec pour objectifs de recenser les motivations et les freins à l'installation des MG, notamment en zone rurale. Il est ressorti de ce travail « une volonté des MG d'équilibrer leur vie professionnelle et leur vie privée ». (31)

c) Diminution des créneaux horaires

Dans la conclusion du rapport du CNOM au 31 décembre 2015 (8) est posé le problème du délitement des médecins effecteurs sur certaines missions, en nuit profonde : « 69 % des territoires d'effection s'arrêtent à minuit. »

L'article portant sur le volontariat en PDSA et paru dans la revue « Le Généraliste » (32) confirme cette tendance et rapporte que ce phénomène de diminution des gardes en nuit profonde gagne du terrain en 2015. Ainsi 31 conseils départementaux indiquent un arrêt complet de l'effection en PDSA, à minuit, sur l'ensemble de leur département.

Le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) conclut que « dans un contexte de raréfaction des médecins volontaires, cet arrêt (de l'effection en nuit profonde) permet la compatibilité de la PDSA avec l'exercice d'une activité médicale diurne. »

Le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) signale également la baisse d'implication sur les créneaux de soirée : « Suite à l'arrêt de plus en plus largement répandu de l'effection en nuit profonde, la problématique du maintien d'une PDSA, de 20H00 à minuit, commence à se poser ici ou là. Le Languedoc-Roussillon expérimente son arrêt en 2015 sur deux secteurs. La Charente-Maritime voudrait suivre ces exemples, ainsi que certains territoires dans le Lot-et-Garonne, la Côte d'Or, le Finistère, l'Eure-et-Loir, ou la Saône-et-Loire. »

Mr Georges COLOMBIER dans son rapport sur la prise en charge des urgences (33) exprime que « celle-ci [la PDSA] doit pouvoir être confiée aux structures hospitalières lorsqu'il n'y a pas assez de libéraux pour l'effectuer, ou lorsque le volume des actes est si faible que le coût de revient de ces actes est déraisonnable ».

Ceci confirme que cette volonté de baisse des créneaux de garde tient aussi d'une volonté de baisse du coût de la PDSA ; ceci ressort également dans le rapport de la cour des comptes de 2013 (22) : « le nombre de secteurs de permanence des soins demeure élevé, […] cette situation entraîne le maintien de nombreux tours de garde qui ont parfois du mal à être remplis et qui pèsent sur les finances de l'assurance maladie. Ainsi, pendant la nuit profonde, mais parfois aussi en première partie de nuit, la rareté des demandes de soin fait ressortir, dans de nombreux secteurs, le coût de revient de l'acte à des niveaux très élevés. »

Pour l'arrêt des créneaux de nuit profonde il est mis en avant une faible activité et un coût élevé, n'est-ce pas équivalent concernant les créneaux de soirée ? Les différents rapports du CNOM (8,9) n'apportent pas d'élément dans ce sens.

Récemment en Charente, les médecins effecteurs ont annoncé ne plus être volontaires pour les gardes de 20h à minuit en semaine, selon l'article du quotidien du médecin (34). L'article ajoute : « L'utilité de ce créneau est désormais sérieusement remise en question. *« Nous réalisons moins de 3 actes par nuit en Charente selon les statistiques du SAMU-Centre 15 »*, explique le Dr Thiburce. »

Bien entendu la Charente n'est pas le seul département à avoir diminué son nombre de secteurs en soirée, et nous pouvons ajouter la Charente-Maritime dont nous parlerons plus longuement ensuite qui a, entre 2012 et 2015, supprimé 4 secteurs en soirée.

Enfin, la diminution des créneaux horaires est posé comme problème de la PDSA, mais n'est-ce pas en partie une solution à la désaffection des médecins effecteurs ?

A l'inverse et concernant les samedis matins, dans l'enquête du CNOM au 31 Décembre 2014 (9), était posée la question suivante : « Dans votre département, pensez-vous qu'à terme sera justifié de faire du samedi matin un créneau de PDS ? ». Le rapport explique alors qu' « au regard des nombreuses réponses apportées à cette question posée pour la première fois, les conseils départementaux montrent tout l'intérêt qu'ils portent à ce débat. Les conseils départementaux ont répondu oui à 65 %, non à 26 %. »

Cette question n'a pas été renouvelée dans le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8).

d) Solutions proposées

⇨ **Elargissement des effecteurs libéraux participant à la PDSA**

Pour répondre à la diminution du nombre d'effecteurs, une proposition du rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21), est de permettre aux médecins des centres de santé (salariés) de participer à la PDSA.

Le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) propose également de réfléchir à renforcer les mesures visant à impliquer d'autres médecins que les libéraux : salariés, retraités, remplaçants. Par ailleurs une autre proposition est l'inclusion des internes aux tableaux de garde et au delà de ça, l'inclusion de la PDSA dans le parcours de formation.

⇨ **Incitations financières**

Concernant la rémunération, le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) pose la question de créer des incitations financières pour améliorer le volontariat.

La LFSS pour 2016 (13) propose de forfaitiser la rémunération de la PDSA via le FIR, les acteurs de la PDSA seraient alors rémunérés uniquement par les ARS. L'année 2017 devrait permettre d'en savoir plus sur cette évolution de la rémunération.

Un problème pourrait se poser avec la forfaitisation : pénalité de celui qui a une forte activité (PDSA professionnalisée et secteurs à fort rendement notamment MMG).

⇨ **Transfert de la PDSA aux urgences**

Ceci est proposé en réponse à la diminution des créneaux horaires.

M. Georges COLOMBIER préconise dans son rapport d'information sur la prise en charge des urgences, en 2007 (33), de « privilégier, sauf solution alternative viable et efficiente, le transfert de la permanence des soins à l'hôpital en seconde partie de nuit. C'est en effet une période pour laquelle un nombre important de secteurs n'est pas couvert, faute de libéraux volontaires, tandis que le coût moyen d'un acte (nombre de secteurs de garde x 100 € / nombre d'actes réalisés) est très élevé, en raison du faible nombre d'actes réalisés. »

Ce transfert de la PDSA aux urgences a déjà débuté, selon le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8), avec sur les 1631 territoires de garde en soirée (20h-minuit), 123 territoires dans

lesquels la prise en charge des patients relevant de la PDS est assurée par le service des urgences. Rappelons toutefois qu'il s'agit là de l'effection puisque la régulation est, elle, maintenue.

Le rapport de la cour des comptes de 2013 (22) confirme cette tendance mais note qu'il est difficile d'évaluer la participation des urgences à la PDSA et regrette que « le ministère de la santé n'ait pas jusqu'à ce jour mené d'étude approfondie sur cette question ».

Dans ce sens, la thèse d'Amandine BENARD (27) sur la PDSA dans l'Eure rapporte que « le recours à un effecteur hospitalier parmi les patients ayant appelé la régulation libérale sur le créneau horaire 23h/8h concerne en moyenne [dans l'Eure, en 2009] 13,26% des appels à la régulation libérale ce qui représente au maximum 3 consultations par nuit sur l'ensemble du département. On peut alors se rendre compte que l'absence d'effecteurs libéraux en nuit profonde n'entraîne pas un surcroît d'activité pour les urgences hospitalières. »

Et rappelons là encore que les actes relevant de la PDSA ne sont pas des urgences.

⇨ **Création de Maisons Médicales de Garde**

C'est une solution à explorer : moins de garde pour les médecins, plus grande activité donc meilleure rémunération et surtout meilleur sentiment d'utilité, secteurs plus grands mais pas de déplacement en visite, sauf visites incompressibles.

Dans sa thèse de 2014 sur la maison médicale de garde de Langon, Laure CASAMAYOU (26) explique que « ces lieux [les MMG] attirent remplaçants et médecins installés hors du secteur, grâce à la qualité des conditions de travail, et à la sécurité dans les locaux des urgences. »

Elle ajoute que « ce type de structure est probablement l'avenir de la permanence des soins (PDS) sur le territoire français. De plus, cette organisation de la PDS est un critère attrayant pour les nouveaux médecins souhaitant s'installer en secteur rural avec : une sécurité des consultations, une diminution des visites à domicile, une meilleure répartition des gardes et un mode d'exercice attrayant. »

Le rapport de la cour des comptes de 2013 (22) explique que les MMG ont l'atout de « contribuer à créer une dynamique de mobilisation des médecins pour la permanence des soins. Ceux-ci sont en effet assurés d'un tour de garde moins fréquent et d'une activité plus importante pendant la garde, dans un cadre mieux équipé et relié aux autres acteurs. »

⇨ **Professionnalisation de la PDSA**

Il s'agit d'une des pistes de réflexion proposée par le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) dans sa conclusion.

Selon le site internet de « SOS médecins » (35), leur activité est la suivante en 2009 :

- 4 millions d'appels traités,
- 2,5 millions d'interventions à domicile ou de consultations,
- Un millier de médecins urgentistes,
- 62 associations réparties sur le territoire (métropole et outre-mer),

- 70 % de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et péri-urbain,
- Une disponibilité des équipes 24 heures sur 24,
- 60 % des actes réalisés la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

Le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) reprend ces données mais regrette le manque d'évaluation de l'activité de ces associations de PDSA.

De même le rapport de la cour des comptes de 2013 (22) souligne l'absence d'études permettant de mesurer l'impact de l'insertion de ces associations « sur le service médical rendu à la population, mais également sur le coût de fonctionnement du système. »

Toutefois le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) apporte quelques données sur le coût de la PDSA lié à SOS médecins. Ces données sont issues d'une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) de 2012 : « Alors que l'effectif estimé des praticiens relevant des associations de type « SOS médecins » représente 1,9 % des omnipraticiens – 842 sur 55 190 –, la part des sommes remboursées aux associations de permanence des soins représenterait 19,7 % des montants remboursés de la permanence des soins ».

Une évaluation serait nécessaire. Si le coût de la PDSA venait à augmenter en cas de professionnalisation de celle-ci, serait-ce une solution viable et pérenne à la désaffection des médecins effecteurs ?

2) Problématiques liées à la régulation :

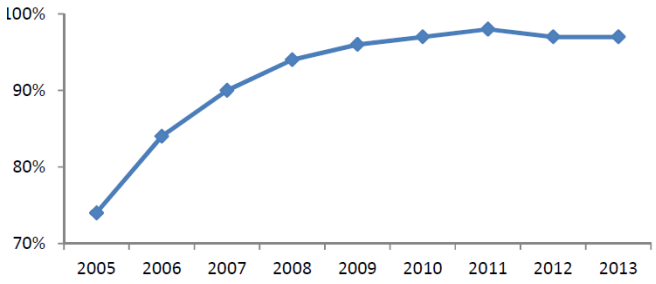
La principale problématique de la régulation est la méconnaissance de son organisation par les usagers, fait rapporté par de nombreuses sources. Les créneaux de régulation sont un autre problème. Par contre le nombre de régulateurs n'est actuellement pas inquiétant.

a) Nombre de régulateurs

Le nombre de régulateurs n'est pas inquiétant pour l'instant.

« Pour mémoire, la régulation libérale était effective dans 74 % des départements en 2005 » selon le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21).

ÉVOLUTION ANNUELLE (2005-2013) DU POURCENTAGE DE DÉPARTEMENTS CONCERNÉS PAR LA RÉGULATION MÉDICALE



Source : Conseil national de l'ordre des médecins, enquêtes sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, 2006 à 2014.

Selon le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8), 98 départements avaient en 2015 une régulation et le nombre de régulateurs semble rester stable entre 2014 et 2015 : 2697 vs 2658 en 2014. Cependant si on exclut l'expérimentation parisienne (de 2015), où le nombre de régulateurs libéraux est passé de 55 à 102, alors la régulation libérale s'est affaiblie. Le CNOM avait pourtant déjà alerté l'année précédente (9) sur cette situation inquiétante qui se confirme en 2015.

b) Méconnaissance de l'organisation de la régulation par les usagers

Il s'agit là d'un des principaux problèmes.

Les rapports du CNOM au 31 Décembre 2014 et 2015 (8,9) soulignent la mauvaise information de la population et un manque de campagnes d'information. Le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) rappelle la même chose et insiste en disant qu'« il est frappant de constater que l'organisation actuelle pourtant mise en place il y a plus de 10 ans, en 2002, apparaît encore aujourd'hui insuffisamment identifiée par les usagers que nous sommes potentiellement tous. »

Un sondage de l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) de Décembre 2014 (36) réalisé pour la MAAF et portant sur l'utilisation du SAMU centre-15 par les français révèle que parmi 1003 français adultes interrogés, seulement 33 % savaient que la prise en charge médicale le soir et le week-end est une mission du centre 15 et 24 % d'entre eux connaissaient l'existence du conseil médical libéral du SAMU centre 15.

Ce problème de méconnaissance induit une autre limite à la régulation : la part des actes médicaux relevant de la PDSA et préalablement régulés stagne à 60%.

« Les statistiques de la CNAMTS indiquent que près de 40 % des actes médicaux réalisés pendant les périodes de PDSA sont cependant encore effectués sans qu'il y ait eu de régulation préalable » (en 2013). (21)

L'article d'Egora (37) portant sur la PDSA rapporte qu' « il [le conseil de l'ordre] prône notamment un renforcement de la régulation médicale libérale. « La régulation est la porte d'entrée du dispositif. Nous constatons pourtant que près d'un acte sur deux n'est pas régulé alors qu'entre 50 et 80% des appels aboutissent à une télé-prescription », indique le Dr Béral [en charge de la PDSA au CNOM et auteur du rapport du CNOM de 2015]. »

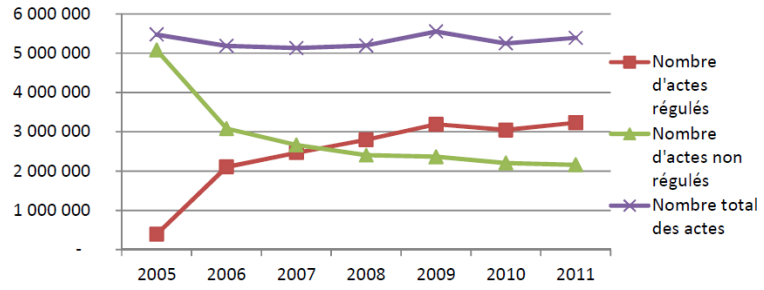
Ceci s'explique par les éléments cités plus haut : la méconnaissance du système de la PDSA par les patients et notamment la confusion liée à l'existence d'un numéro d'appel commun.

Les hypothèses émises par le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) pour expliquer la part encore importante des patients qui relèvent des actes de PDSA mais qui ne sont pas passés par la régulation sont en premier lieu l'absence de visibilité du dispositif de PDSA par les usagers et un recours direct soit :

- aux urgences,
- chez leur médecin traitant,
- directement dans les points fixes de consultation identifiés (les MMG),
- ailleurs ?

Toutefois la part des actes régulés a nettement progressé entre 2005 et 2012 puisqu'elle est passée de 7 à 62 % selon les données de la CNAMTS (21), comme le montre le graphique suivant.

ÉVOLUTION ANNUELLE (2005-2011) DES ACTES DÉNOMBRÉS DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS



Source : Caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés.

c) Créneaux de régulation

Une autre problématique de la régulation est que la nuit profonde ne se développe pas. Un tiers des départements sont sans régulation libérale sur ce créneau, par exemple le LOT, selon le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8).

Ce même rapport signale ainsi qu'« on peut cependant relever que le nombre global de vacations de médecins libéraux bouge peu et que le discours des ARS sur le renforcement de la régulation médicale tarde à déboucher sur un renforcement du nombre de médecins régulateurs sur une même plage horaire. »

Par contre, la régulation du samedi matin se développe pour faire face à la difficulté des patients à trouver un médecin pouvant les accueillir par exemple en Haute-Vienne, dans les Côtes d'Armor ou la Côte d'Or. Ainsi en 2014 et selon le rapport du CNOM au 31 Décembre 2014 (9), 36 départements avaient ouvert des plages de régulation le samedi matin, et 6 nouveaux départements l'ont fait en 2015 selon le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8).

d) Solutions proposées

⇨ A la méconnaissance des usagers

Le rapport parlementaire de 2015 (21) propose, comme solution à la mauvaise connaissance de la régulation par les usagers, la mise en place d'un numéro dédié à la PDSA : le 116 117.

Cette mise en place serait accompagnée d'une information du grand public sur le numéro à composer mais également sur l'intérêt de la régulation téléphonique préalable.

L'utilisation de ce numéro devrait commencer au premier trimestre 2017 dans certaines régions pilotes. Cette phase serait suivie d'une première évaluation avant le déploiement au niveau national.

Toutefois une limite à la mise en place de ce numéro est à craindre, à savoir que si l'information entraîne une bonne efficacité vis à vis de la population alors on verra une augmentation du nombre d'appels au centre de régulation des appels où en regard le nombre de médecins régulateurs n'aura pas augmenté.

Le rapport de la cour des comptes de 2013 (22) conseille également l'organisation d'une campagne d'information nationale sur le bon usage de la PDSA et ajoute qu'« elle devrait également s'accompagner d'une campagne pédagogique destinée à combattre le consumérisme médical, à permettre un recours plus pertinent aux urgences et à responsabiliser les citoyens sur le bon usage du système de soins. »

Marie-Christine HALMEL (38), dans sa thèse sur la MMG de Saintes, rejoint « les conclusions d'autres travaux sur la nécessité d'informer la population du fonctionnement de la PDSA, des structures d'effection existantes et de l'importance de la régulation par le centre 15. Ces actions sont susceptibles d'avoir un impact positif sur l'adéquation des lieux de consultation des patients. »

Elle ajoute que « la consultation des usagers concernant les moyens de promouvoir les structures de PDSA pourrait aboutir à des solutions originales et efficaces. L'analyse de l'influence des moyens d'information sur l'efficience de la PDSA pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude. »

- ⇨ **Aux actes médicaux non régulés**

Concernant les actes médicaux non régulés, il existe sur le territoire des initiatives locales pour répondre à ce problème.

Ainsi le rapport de la cour des comptes de 2013 (22) présente le cas de Dijon où « un protocole de renvoi de patients conclu entre le service des urgences du centre hospitalier et universitaire et une maison médicale de garde installée à sa proximité immédiate, dans l'hôpital, a-t-il pu aboutir en quelques mois à apporter à celle-ci 40 % de son activité, une proportion équivalente lui arrivant par la régulation téléphonique. »

Ce rapport conclut que « la généralisation progressive de ces systèmes, pourrait permettre à la fois de rationaliser les flux de patients, en soulageant les urgences aux moments où elles sont surchargées, et d'orienter une part de la demande de soins vers le mode de prise en charge le plus adapté et le moins coûteux. »

- ⇨ **Aux créneaux de régulation**

Concernant les créneaux de nuit, le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) signale qu'« il y a lieu d'alerter une nouvelle fois les pouvoirs publics sur la nécessité de proposer les incitations adéquates et d'ouvrir de nouveaux postes de régulation libérale, afin de permettre que les demandes de soins non programmés relevant de la PDS soient gérées par des médecins généralistes libéraux de terrain. »

Il y est proposé une « mutualisation de la régulation en nuit profonde ».

Elle existe déjà par endroit que ce soit au niveau interdépartemental (par exemple, pour le Calvados et la Manche, ou pour les Hautes-Alpes et les Alpes-de-Haute-Provence) ou régional (Alsace, Midi-Pyrénées, Franche-Comté). »

Ceci en concertation avec les médecins car le rapport ajoute que « le plus souvent, cette évolution s'est faite contre l'avis des médecins concernés. »

Cette mutualisation est également proposé dans le rapport de Jean-Yves GRALL de 2015 sur les urgences (39) : « Au sein des plateformes de régulation médicale, il faudrait organiser le déport de la régulation vers un seul centre régional soit de manière complète soit sur certaines plages horaires (exemple seconde partie de nuit) comme effectué en Franche-Comté entre les SAMU de Besançon et de Belfort. »

Le SAMU, au niveau national, est par ailleurs en réflexion sur la mutualisation de la régulation à l'étage régional via la réforme des systèmes informatiques des SAMU (SI-SAMU) (40). Ainsi cette réforme des systèmes informatiques des SAMU amènerait une gestion régionale des télécommunications de la PDSA suivie éventuellement d'une mutualisation des réponses.

3) Problématiques liées à la rémunération :

a) Des dépenses en augmentation

Les sommes consacrées à la PDSA sont prises en charge pour un tiers par les ARS et le reste relève du champ conventionnel.

En 2011, la CNAMTS a réalisé une étude sur l'évolution des dépenses liées à la PDSA de 2001 à 2011 en France. (Tableau ci-dessous (21)). Les dépenses liées à la PDSA sont passées de 220,5 millions d'euros en 2001 à 393,5 millions d'euros en 2011.

En M€

Année		2001	2003	2005	2006	2011
Permanence des soins ambulatoire	Forfaits d'astreinte	0	56	66,4	143,6	141,6
	Actes remboursés	216,1	238,8	211,9	214,3	237,1
	Subventions diverses[410]	4,4	19,4	22,5	13,7	n.d.
	Dépenses totales PDSA	**220,5**	**314,2**	**300,8**	**370,6**	**393,5**

L'augmentation des dépenses (de PDSA) est expliquée selon le rapport de la cour des comptes de 2013 (22) par :

- la rémunération des astreintes d'effection depuis 2002 et leur revalorisation en 2005,
- l'augmentation des majorations des actes réalisés en PDSA,
- la création en 2005 de forfaits d'astreinte pour la régulation libérale.

Par ailleurs la création de MMG a pu aussi induire une augmentation des dépenses liées à la PDSA puisqu'elles sont en partie financées par les ARS via le FIR.

Enfin dans certains départements, les certificats de décès sont rémunérés et ceci induit également une augmentation des dépenses.

Selon le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21), le coût de la PDSA était en 2013 de 380 millions d'euros contre 280 millions d'euros en 2005, alors qu'on a assisté à une « décrue notable du nombre d'actes réalisés de 7,1 millions en 2001 à 5,4 millions en 2011. La régulation médicale préalable a produit certains effets, le conseil médical se substituant notamment à des visites à domicile. En outre, c'est à la montée en charge et en particulier au renforcement du volet consacré à la régulation médicale qu'est imputable l'augmentation constatée du coût du dispositif. »

Ainsi selon ce rapport l'augmentation du coût peut être en partie expliquée par le renforcement de la régulation médicale ; ce renforcement étant accompagné d'une augmentation du nombre de conseils médicaux avec pour conséquence la diminution du nombre d'actes.

b) Solutions proposées

Ici de nouveau on peut proposer le projet de loi de la LFSS pour 2016 (13) avec financement globalisé de la PDSA par enveloppes régionales pour ainsi davantage maîtriser le coût de la PDSA.

Ce mode de rémunération avait été proposé en 2015 dans le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21).

4) Problématiques liées aux secteurs de garde :

a) Diminution du nombre de secteurs

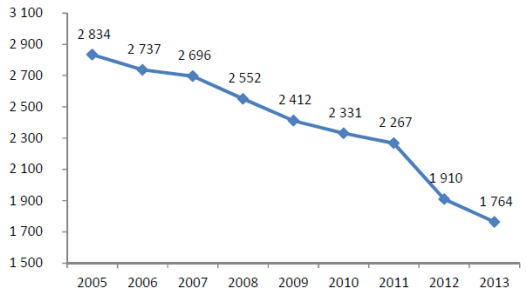
Selon le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) il y avait, en France, en 2015, 1631 territoires en soirée, soit une diminution de plus de la moitié depuis 2003, où ils étaient 3770.

Ces territoires sont au nombre de 1662 le week-end.

En nuit profonde ils sont 515 : 69 % des territoires d'effection s'arrêtent à minuit.

Selon ce même rapport « la baisse du nombre de territoires de PDS est un peu plus importante en 2015 qu'en 2014 (de l'ordre de 4,5 % contre 3,5 % en 2014), mais elle ne remonte pas aux niveaux des années précédentes qui tournaient entre 10 et 15 % de baisse annuelle. »

ÉVOLUTION ANNUELLE (2005-2013) DU NOMBRE DE TERRITOIRES DE GARDE



Source : Conseil national de l'ordre des médecins, enquêtes sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, 2006 à 2014.

Toutefois le rapport de la cour des comptes de 2013 (22) juge que « le nombre de secteurs de permanence des soins demeure élevé, et surtout très inégal selon les régions, alors même que la qualité des communications permettrait de le réduire sans dégrader le temps d'accès aux soins en deçà de l'acceptable ».

Ce rapport ajoute que « cette situation entraîne le maintien de nombreux tours de garde qui ont parfois du mal à être remplis et qui pèsent sur les finances de l'assurance maladie. Ainsi, pendant la nuit profonde, mais parfois aussi en première partie de nuit, la rareté des demandes de soin fait ressortir, dans de nombreux secteurs, le coût de revient de l'acte à des niveaux très élevés ».

Le rapport du CNOM au 31 Décembre 2014 (9) explique dans ce sens que « cette politique de regroupements des territoires tenait autant à une faible activité constatée, qu'à la recherche d'économies dans le versement des astreintes. »

Mais il ajoute aussi qu'« elle [cette politique] s'expliquait aussi par le souci d'attirer des médecins ou de les maintenir dans des zones fragiles sur le plan de la démographie médicale, et où les obligations de garde étaient importantes. »

b) Limites à la baisse du nombre de secteurs de garde

⇨ **Contrainte géographique :**

Le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) signale qu'« il semble donc se confirmer que la resectorisation trouve ses limites : la poursuivre poserait le problème de la capacité des médecins et des patients à se déplacer sur de trop grands territoires. »

Dans l'article d'Egora (37), le Dr BERAL signale : « autre difficulté, le regroupement de territoires mis en œuvre pour répondre au déficit de praticiens dans les zones rurales s'étend à présent sur des zones géographiques trop étendues. Bilan : "les médecins ne se connaissent plus entre eux, il y a donc moins de solidarité entre praticiens". »

Le rapport de la cour des comptes (22) juge lui que le délai de déplacement allant jusqu'à 40 minutes reste acceptable : « les autorités de santé se sont attachées depuis plusieurs années à réduire le nombre de secteurs, sans que le temps d'accès au praticien de garde, généralement compris entre 30 et 40 minutes, n'en souffre trop. »

Or est-ce que ce délai est acceptable du point de vue des patients ?

De plus il faut prendre en compte les zones géographiques particulières : zones montagneuses, zones insulaires mais également les contraintes liées à l'organisation du territoire (axes routiers, localisation des hôpitaux, etc.).

⇨ **Contraintes démographiques :**

- démographie médicale,
- démographie de la population locale.

c) Conséquences de la baisse du nombre de secteurs de garde

La baisse du nombre de secteurs de garde entraîne une augmentation du délai de déplacement pour le patient, comme pour l'effecteur en cas de visite.

Parallèlement, se pose le problème des gardes de pharmacie non accordées avec les gardes médicales, obligeant les patients à se rendre à un bout du secteur de garde puis parfois à l'extrémité de ce même secteur.

Enfin cette baisse du nombre de secteurs explique en partie la désaffection des médecins effecteurs.

d) Solutions proposées

Selon le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) cette diminution du nombre de secteurs d'effection va tendre à s'arrêter, du fait des contraintes géographiques. Toutefois le nombre de territoires ne va probablement pas augmenter de nouveau.

Alors la question est de savoir si les MMG seraient une solution à cette baisse du nombre de territoire de garde ?

Dans sa thèse sur la MMG de Langon, Laure CASAMAYOU (26) signale qu'avec les MMG « il en résulte une diminution du coût pour l'assurance maladie avec le regroupement des secteurs ».

Le rapport de la cour des comptes de 2013 (22) va dans ce sens : « Les maisons de garde sont un des moyens les plus efficaces pour réaliser l'élargissement des secteurs de garde. Si elles sont convenablement situées à un nœud de communications locales, elles permettent de desservir un territoire plus vaste sans dégrader le temps d'accès. »

Par ailleurs le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) propose dans les secteurs de garde géographiquement étendus, de « prévoir la mise en place de dispositifs en faveur des patients dépourvus de moyen de transport. »

5) Problématiques des Maisons Médicales de Garde :

Les MMG sont en développement constant, la problématique est d'organiser ce développement de manière coordonnée avec les structures déjà existantes.

Elles étaient 443 en 2015 selon le rapport du CNOM (8), dont 12 nouvellement créées. Elles couvrent 30 % des territoires.

Il faut cependant noter que certaines ont fermé en 2015 et d'autres souffrent d'une faible activité ou d'une non pérennisation des dotations de fonctionnement.

Dans cette optique, le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) encourage l'implantation des MMG mais sous réserve de faire l'objet d'études précises afin d'assurer une véritable coordination des soins, notamment avec les structures hospitalières.

Ce que soulignait déjà en juillet 2006, le docteur Jean-Yves GRALL dans son rapport sur les maisons médicales de garde (41) quand il confirmait « la pertinence de cette forme d'organisation [en MMG] lorsqu'elle répond à certains critères d'implantation, d'effectifs, de période d'ouverture et de relations avec les structures hospitalières existantes ».

Il ajoutait que « les MMG sont définies comme une des solutions d'avenir pour la PDSA. Elles permettent la remédicalisation du milieu rural, et réimpliquent les professionnels dans les gardes. De plus, une collaboration étroite ville/hôpital améliore la prise en charge des patients et donne un point de repère pour la population.»

Le rapport de la cour des comptes (22) confirme l'intérêt de réfléchir au lieu d'implantation d'une MMG : « leur bonne articulation [des nouveaux modes d'organisation] avec les hôpitaux doit en outre être recherchée, en particulier dans le cas des maisons de garde. L'expérience confirme qu'elles auraient en effet tout avantage à être localisées, à l'avenir encore plus qu'aujourd'hui, à proximité ou dans les locaux mêmes des établissements de santé. »

Dans sa thèse sur la MMG de LANGON (26), Laure CASAMAYOU rappelle que « depuis le 1er Mars 2012, le financement des MMG est assuré par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. »

Ce n'est pas toujours le cas et la question d'un financement pérenne se pose dans les deux cas ; le cas où le FIR finance est ce que cela va persister ? Dans le cas où la MMG a un financement propre, dans quelle mesure cela va continuer ?

6) <u>Problématiques liées aux actes médico-administratifs :</u>

Selon le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) la problématique principale des actes médico-administratifs est qu'ils ne bénéficient pas d'une organisation spécifique.

Le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) signale qu'aucune organisation d'une garde spécifique pour tous les actes médico-administratifs n'a pu être mise en œuvre, et ce n'est pas la première année que ce rapport le signale.

a) Le certificat de décès : problématiques

Le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) souligne que les certificats de décès reposent sur les médecins de la PDSA dans 80 % des départements.

Selon le rapport du CNOM 2013 portant sur les certificats de décès (18) : « hors intervention des structures d'urgence, dans le seul cadre du constat d'un décès patent, le médecin traitant, s'il existe, est rarement identifiable et à fortiori joignable ou disponible. C'est alors un effecteur mobile ou un médecin libéral de proximité qui est sollicité, soit directement soit par l'intermédiaire du Centre de Réception et de Régulation des Appels-Centre 15. Deux difficultés pratiques apparaissent : le médecin appelé n'a aucune connaissance de la personne concernée ; il se doit d'abord de privilégier les actes urgents engageant sa responsabilité.

Le recours à un médecin effecteur pouvant rédiger un certificat de décès et les délais de son intervention font alors l'objet de fréquentes difficultés tant pour les familles que pour les forces de sécurité qui sont mobilisées sur place tant que le problème n'est pas résolu. »

« Il apparaît de plus, dans un espace de forte contrainte démographique, une réticence grandissante des professionnels à faire gratuitement un acte nécessitant temps et déplacement, engageant leur responsabilité, et concernant une personne qu'ils n'ont jamais été amenés à suivre. A l'opposé, les familles ou les proches, dans un espace de déploiement du tiers payant, sont dans l'incompréhension d'avoir à régler des honoraires au médecin intervenant, en l'absence de tout remboursement possible. Il n'y a pas toujours sur place un membre de la famille susceptible de régler les honoraires du médecin, ces situations laissant mal à l'aise le médecin et la famille. Ces difficultés alliées au problème rappelé ci-dessus de la responsabilité médico-légale expliquent la propension des praticiens à différer ce type d'acte au profit des soins aux usagers. »

Ainsi les problématiques du certificat de décès sont d'une part de trouver un médecin pour sa rédaction et d'autre part son absence de rémunération.

b) Solutions proposées

Le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21), dans ses recommandations, souhaite « permettre la délivrance de certificats de décès durant la PDSA » et ajoute : « la Mission préconise que les cahiers des charges régionaux de la PDSA consacrent obligatoirement un point à cette question. Les ARS pourraient s'inspirer du cahier des charges établi par l'ARS Poitou-Charentes qui prévoit une rémunération pour cet acte (90 €) dès lors qu'il est régulé et effectué au domicile du patient en période de permanence des soins. »

La LFSS de 2016 (13) instaure une prise en charge par l'assurance maladie, via l'article 44 bis. Le déplacement d'un médecin au domicile du patient pour la délivrance d'un certificat de décès serait pris en compte par les organismes sociaux (cette mesure ne s'adressant pas seulement aux médecins exerçant aux horaires de PDSA).

« Ainsi après l'article L. 162-5-14-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-14-2 ainsi rédigé : « Art. L. 162-5-14-2. – Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès mentionné au premier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales, réalisé au domicile du patient aux horaires et aux conditions fixées par décret, sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les médecins sont tenus de respecter ces tarifs. » »

Ce décret est en attente actuellement.

Par ailleurs, une solution qui pourrait être envisagée à l'avenir est celle de la télémédecine.

Premièrement, il faut savoir qu'en France un certificat de décès peut être établi sur support électronique, et ce comme défini par arrêté ministériel en date du 24 novembre 2006 (42).

Ensuite on pourrait s'inspirer de méthodes déjà en place à l'étranger et notamment au Québec ; depuis 2012 les certificats de décès peuvent y être réalisés à distance en respectant certaines conditions.

Selon les explications de l'école nationale de police du Québec (43) : « la nouvelle procédure permet aux paramédics, lors d'un décès hors de l'hôpital d'un patient, de communiquer par téléphone avec le médecin de l'Unité de coordination clinique des services pré hospitaliers d'urgence (UCCSPU) pour effectuer le constat de décès. L'UCCSPU est située au Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis.

À la suite du constat de décès à distance, le corps est pris en charge par l'entreprise funéraire (dans les cas de morts naturelles) ou par le coroner (dans les cas de morts obscures, suspectes ou violentes). Il n'est donc pas nécessaire de transporter le corps en ambulance vers l'hôpital le plus près.

Les policiers et les paramédics devront échanger et collaborer sur les lieux d'une intervention afin de diriger adéquatement le médecin de l'UCCSPU à la prise en charge du corps :

- Aucun doute sur la mort naturelle : vers une entreprise funéraire,
- Doute sur les causes du décès (mort suspecte, obscure, violente) : vers le coroner.

Il existe des situations d'exception où les paramédics doivent transporter le corps vers un centre hospitalier pour constater le décès : décès dans un lieu public avec risque d'attroupement, décès d'un enfant, décès en route (dans l'ambulance), autopsie demandée par la famille, refus du médecin de l'UCCSPU de faire le constat de décès. »

c) Les examens en garde à vue

Concernant les examens des gardés à vue et toujours selon le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) ils reposent toujours en majorité sur les médecins de la PDS.

Le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) rappelle qu'il n'existe pas de dispositif spécifique pour les visites médicales des gardés à vue et que les médecins effecteurs libéraux interviennent encore fréquemment dans les commissariats et gendarmeries.

7) <u>La PDSA en EHPAD :</u>

a) Problématiques

Les problématiques de la PDSA en EHPAD sont en partie les mêmes que celles de la PDSA « classique » :

- la baisse du nombre d'effecteurs, avec une problématique supplémentaire qui est l'obligation pour l'effecteur de se déplacer en visite du fait de la difficulté à déplacer le patient,
- l'arrêt des gardes sur certains créneaux horaires, avec pour conséquence des plages sans médecin effecteur disponible,
- l'absence de rémunération pour la rédaction des certificats de décès.

Une problématique propre aux EHPAD est l'absence de personnel médical et paramédical d'astreinte comme le souligne le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) qui juge que ça nuit à la bonne prise en charge des patients.

Le rapport du CNOM au 31 Décembre 2014 (9) rapporte que 85 % des EHPAD n'avaient aucune infirmière de nuit (en 2013) et juge lui les moyens mis en œuvre pour l'organisation de la PDSA en EHPAD « encore balbutiants ». Et il confirme les différentes problématiques : « avec la généralisation de l'arrêt des gardes en nuit profonde, la place importante des points fixes de garde et la présence limitée d'effecteurs mobiles, la prise en charge des résidents en EHPAD devient de plus en plus problématique. »

Le rapport signalait ainsi que « dans certains départements, le transport en ambulance vers un service d'accueil des urgences est la seule solution disponible. Ailleurs, quand c'est possible, le transport du résident vers un lieu d'effection fixe est envisagé (Vienne). »

b) Solutions proposées

Le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) propose de compléter le dispositif expérimental dit « PAERPA » (= Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) pour y intégrer l'accès aux soins aux heures de la PDSA. Ce dispositif PAERPA était prévu par la LFSS pour 2013 (44) avec comme objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié des personnes âgées de plus de 75 ans.

Par ailleurs pour les horaires de PDSA sans médecin effecteur disponible, ce même rapport propose d'obliger les EHPAD à établir par avance un protocole avec le SAMU pour anticiper les risques de besoin de soins lors de ces plages horaires (notamment la nuit).

Le rapport du CNOM au 31 Décembre 2015 (8) propose d'autres solutions, qui sont parfois déjà expérimentées :

- recours possible au médecin coordonnateur (la Seine-Maritime, le Loiret),
- le transport du résident vers un lieu d'effection fixe était envisagé (Vienne),
- expériences de télémédecine (conseil départemental d'Indre-et-Loire) permettant des consultations à distance sans déplacement des personnes âgées,
- expérimentations de téléconsultation en EHPAD (Conseil départemental de l'Orne) associée à l'installation d'équipements permettant de retarder les hospitalisations,
- expérimentations financées par les ARS visant à organiser des astreintes d'infirmiers de nuit, infirmiers mutualisés entre plusieurs EHPAD (Auvergne, Pays-de-la-Loire, Champagne-Ardenne, Lorraine, etc.),
- protocoles individualisés et prescriptions anticipées rédigés par les médecins traitants (utiles si un infirmier est présent sur place).

8) En conclusion

La PDSA fait face actuellement à de nombreuses problématiques bien identifiées par les pouvoirs publics ainsi que par les professionnels de santé qui y participent. Il apparaît nécessaire de trouver des solutions pour pérenniser ce service public ; cette recherche de solutions est d'ores et déjà engagée sur le plan local avec des expérimentations en cours mais également sur le plan national notamment suite à la LFSS de 2016 (13).

Le résumé de la situation fait par la cour des comptes dans son rapport de 2013 (22) s'applique toujours ici : « un meilleur déploiement de la PDSA sur le terrain exige un effort d'adaptation et l'encouragement à de nouvelles formes d'organisation, qu'il s'agisse du redécoupage des territoires de la permanence des soins, du développement des maisons médicales de garde, ou encore de la mise en place de moyens d'intervention adaptés aux besoins spécifiques de certaines catégories de la population. »

Nous allons maintenant nous intéresser à ce qu'il en est en Charente-Maritime. Nous allons commencer par décrire le département et nous entrerons ensuite dans le vif du sujet : la PDSA en Charente-Maritime, acteurs, organisation, problématiques, activité.

IV – ORGANISATION ET PROBLEMATIQUES DE LA PDSA EN CHARENTE-MARITIME

A - La Charente-Maritime : généralités

La Charente-Maritime appartient à la région Nouvelle-Aquitaine. Sa préfecture est La Rochelle. Il s'agit d'un département de 6 864 km², qui compte 51 cantons divisés en 472 communes.

Le département est limité à l'Ouest par l'Océan Atlantique et au Sud-ouest par l'Estuaire de la Gironde. Il est limitrophe de la gironde au Sud, de la Charente à l'Est, des Deux-Sèvres et de la Vendée au Nord.

Il compte 4 îles habitées : l'île d'Aix, l'île Madame, l'île d'Oléron et l'île de Ré. Seules l'île de Ré et l'île d'Oléron sont en permanence accessible par voie routière.

1) **La population en Charente-Maritime :**

a) Recensement

Le recensement de la population fait état d'une population totale de 656 046 habitants et d'une population municipale de 637 089 habitants, au 01 janvier 2014 et selon les données de l'INSEE mises à jour au 1er Janvier 2017 (45).

« Le décret n° 2003-485 du 5 juin 2003 fixe les catégories de population et leur composition. La population municipale comprend les personnes ayant leur résidence habituelle sur le territoire de la commune, dans un logement ou une communauté, les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de la commune, les personnes sans abri recensées sur le territoire de la commune et les personnes résidant habituellement dans une habitation mobile recensées sur le territoire de la commune. »

La population de Charente-Maritime est répartie selon 5 arrondissements (45) :

***Tableau 1** - Populations légales des arrondissements en vigueur à compter du 1er janvier 2017 - date de référence statistique : 1er janvier 2014*

CODE	ARRONDISSEMENTS	Nombre de communes	Population municipale	Population totale (avec doubles comptes)
			f	*e*
1	Jonzac	112	56973	58766
2	Rochefort	79	187843	192755
3	Rochelle	57	210151	216214
4	Saintes	107	128786	133215
5	Saint-Jean-d'Angély	114	53336	55096
	TOTAL DU DEPARTEMENT	469	**637 089**	656 046

b) Densité et répartition de la population en Charente-Maritime

La densité moyenne de la population est de 92,3 habitants / km² (46).

La Charente-Maritime est divisible en deux zones différentes :

- le littoral avec une forte densité de population et un attrait touristique important, qui concentre 50 % de la population. La densité la plus forte de la population est située sur le littoral, notamment sur les bassins de vie de :

  La Rochelle : 471,5 habitants / km²,

  Royan : 306,5 habitants / km²,

  La flotte en Ré : 304,5 habitants / km².

- l'Est plutôt rural, traversé par les axes routiers du Nord au Sud, où la densité de population est inférieure à 50 habitants / km², voir proche de 30 habitants / km² sur certains bassins de vie.

La population urbaine de la Charente-Maritime se répartit de la façon suivante :

- dans les villes les plus grandes que sont La Rochelle et Saintes, qui sont également deux pôles de santé, mais aussi Rochefort,

- dans les villes en zones semi-rurales, plus petites : Royan, Jonzac, Saint Jean d'Angély, Surgères, etc.

La Charente Maritime est un département très touristique. Sur ses zones côtières le département voit sa population fortement augmenter en périodes estivales. Il héberge une structure de type Club Med qui modifie sensiblement l'approche de la PDSA localement. Celle-ci est située à la Palmyre, sur le littoral, près de Royan.

Le recensement de la population ne prend pas en compte l'augmentation de la population lors des périodes de forte affluence touristique.

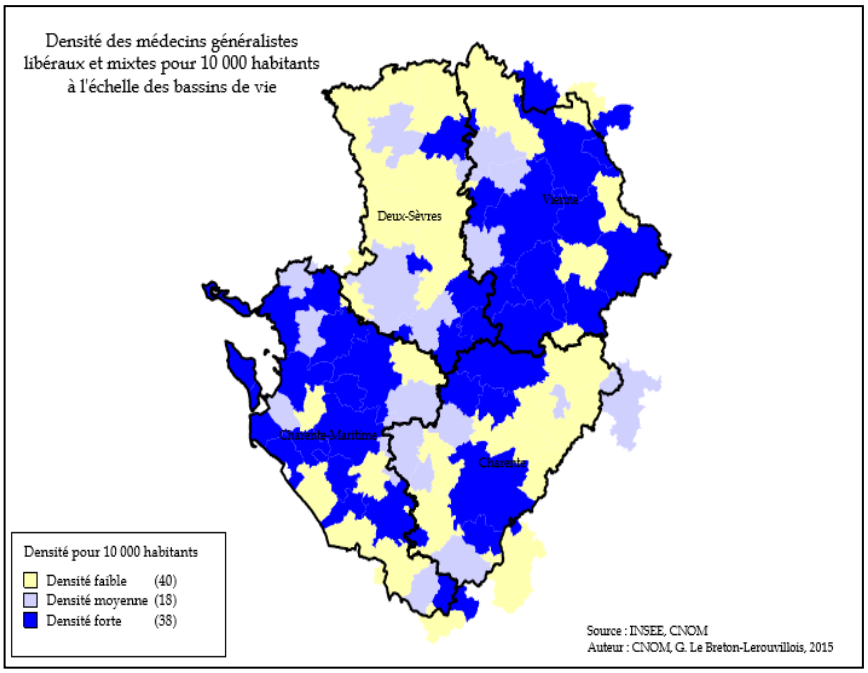
2) <u>La démographie des médecins généralistes en Charente-Maritime :</u>

a) Démographie actuelle

Le nombre de MG (libéraux et mixtes) en 2015 était en Charente-Maritime de 655 selon le CNOM (47) et de 688 selon la CNAM (48).

La densité de MG est de 105 pour 100 000 habitants (selon les chiffres du CNOM) et de 110 pour 100 000 habitants (selon ceux de la CNAM). La densité nationale de MG est de 132,1 médecins pour 100 000 habitants (23).

En Charente-Maritime les MG sont répartis de la façon suivante, en 2015 (47) :



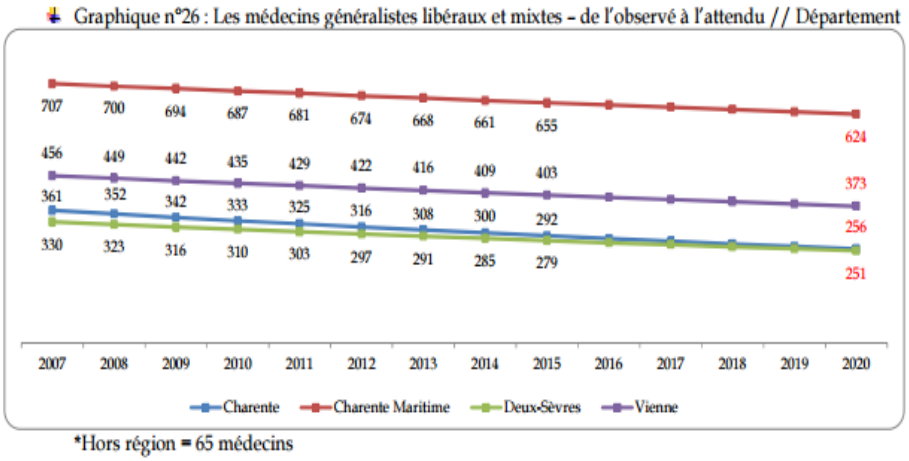
La densité est qualifiée de faible, moyenne ou forte par rapport à la densité nationale. Ainsi les bassins de vie ayant une densité supérieure à 132,1 MG pour 100 000 habitants sont considérés comme ayant une densité forte et apparaissent en bleu foncé sur la cartographie.

En Charente-Maritime, le littoral et le Nord du département ont une densité forte en MG.

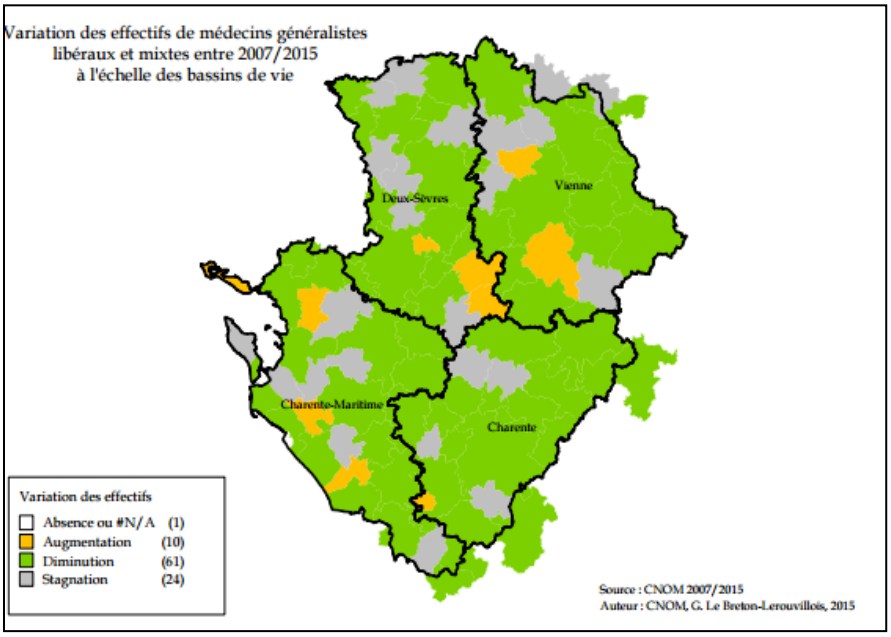
Les bassins de vie situés proches de l'Estuaire, au Sud de la Charente-Maritime et à l'Est sont ceux qui ont la densité la plus faible du département.

b) Evolution de la démographie des médecins généralistes en Charente-Maritime

La démographie médicale est en baisse en Charente-Maritime comme le montrent le graphique et la carte suivants (47) :



Sur ce graphique on observe une diminution constante du nombre de MG dans tous les départements de l'ancienne région Poitou-Charentes entre 2007 et 2015. Le CNOM, à l'origine de ce graphique, fait une projection sur les années à venir ; il est attendu la poursuite de la diminution du nombre de MG dans ces 4 départements jusqu'en 2020.



Sur cette cartographie on voit que la couleur verte domine en Charente-Maritime comme dans les 3 autres départements de l'ancienne région Poitou-Charentes, cette couleur correspond à la diminution des effectifs de MG.

Peu de territoires ont connu une stagnation de leurs effectifs en MG, ils apparaissent en gris.

Enfin de rares territoires ont connu une augmentation des effectifs de MG, il s'agit des territoires en orange qui sont au nombre de quatre en Charente-Maritime, 3 dans les Deux-Sèvres, 2 en Vienne, 1 en Charente.

c) Caractéristiques des médecins généralistes en Charente-Maritime

⇨ **Vieillissement**

La moyenne d'âge des MG en Charente-Maritime est de 53 ans.

En Charente-Maritime 30 % des MG libéraux et mixtes sont âgés de 60 ans et plus alors que seuls 12 % sont âgés de moins de 40 ans (47).

A l'échelle nationale les MG sont âgés en moyenne de 52 ans, 27,3% d'entre eux sont âgés de 60 ans et plus tandis que les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs (23).

Comme au niveau national, la population des MG de Charente-Maritime est vieillissante.

⇨ **Féminisation**

Les femmes représentent 40 % des effectifs de MG mais la jeune génération se féminise : les femmes représentent 54% des effectifs parmi les moins de 40 ans (47).

C'est comparable au niveau national, puisque les MG y sont représentés à 46% par les femmes et à 54% par les hommes(23).

3) **<u>L'organisation des services d'Urgences de Charente-Maritime :</u>**

En réponse à l'AMU, la Charente-Maritime possède :

- 1 centre de réception et de régulation des appels : le SAMU-CENTRE 15, localisé à La Rochelle (ANNEXE 1),
- 8 services d'Urgences : Jonzac, La Rochelle, Rochefort, Royan, Saintes, Saint Georges de Didonne, Saint Jean d'Angély et Saint Pierre d'Oléron (ANNEXE 1),
- 5 centres hospitaliers équipés d'un ou plusieurs SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) : Jonzac, La Rochelle, Rochefort, Royan et Saintes.

Tous les appels reçus au centre 15 sont pris en charge par l'ARM qui oriente l'appel vers le médecin régulateur SAMU ou vers le médecin régulateur libéral, aux horaires de PDSA.

B - PDSA en Charente-Maritime : organisation et limites

1) Organisation de l'effection :

L'organisation de l'effection est la même qu'au niveau national.

En Poitou-Charentes la rémunération de l'astreinte du médecin effecteur est égale à 50 € pour 4 heures selon le CCR (49).

Il existe une association spécifique de gestion de la PDSA qui est AGPS 17 (Association des médecins Généralistes pour la promotion et la Permanence des Soins).

L'AGPS17 regroupe :

- les MMG des secteurs de : La Rochelle, île de Ré, Saintes, St Jean d'Angély et Rochefort
- les secteurs de : Aigrefeuille, Aunis Verte, Jonzac-Archiac, Marennes, Mirambeau-Saint Genis de Saintonge, Presqu'ile d'Arvert, Saint Aigulin-les 3 Monts, Saint Agnant et Saujon-Cozes-Mortagne.

SOS-médecins La Rochelle et Allo Garde Royan (structures professionnalisées) ainsi que la MMG du secteur de l'île d'Oléron ne font pas partie de l'AGPS17.

L'AGPS17 a vocation à aider les médecins effecteurs de Charente-Maritime à organiser la mise en place ou la modification de leur PDSA. Elle est le relais entre les médecins effecteurs de la Charente Maritime, organisés en groupement de garde, et l'ARS ou le CDOM.

Il y a 3 systèmes de PDSA en Charente-Maritime :

- la PDSA professionnalisée : AlloGarde sur le secteur de Royan et SOS-médecins sur le secteur de La Rochelle, également sur le secteur de l'île de Ré pour l'effection en nuit profonde,
- les effecteurs en points fixes identifiés : les maisons médicales de garde de l'île d'Oléron, de l'île de Ré, de La Rochelle intra-muros, de Rochefort, de Saint Jean d'Angély, de Saintes,
- les effecteurs en points fixes, mobiles d'une astreinte à l'autre, sur les secteurs d'Aigrefeuille, Aunis Verte, Jonzac-Archiac, Marennes, Mirambeau-Saint Genis de Saintonge, Presque'île d'Arvert, Saint Aigulin-3 Monts, Saint Agnant, Saujon-Cozes-Mortagne.

2) Les secteurs d'astreinte des effecteurs :

a) Les secteurs de garde en Charente-Maritime

En 2012 il y avait 20 secteurs de garde ; certains des secteurs ont fusionné par la création des MMG de Rochefort regroupant 2 secteurs et de Saint Jean d'Angély regroupant 3 secteurs.

En 2013 et jusqu'à fin 2015, 17 secteurs étaient comptabilisés.

Depuis fin 2015 (49) la Charente-Maritime compte 16 secteurs après la fusion des secteurs de Jonzac et d'Archiac. Cependant avant leur fusion officielle, ces deux secteurs fonctionnaient déjà officieusement de façon commune, avec l'aval de l'ARS.

En 2016 il y a 16 secteurs d'astreinte en Charente-Maritime (ANNEXE 2), qui sont les suivants :

Aigrefeuille

Aunis Verte

Ile d'Oléron (MMG)

Ile de Ré (MMG)

Jonzac-Archiac

La Rochelle (MMG + SOS-médecins)

Marennes

Mirambeau-St Genis de Saintonge

Presqu'île d'Arvert

Grand Rochefort (MMG)

Royan (AlloGarde)

St Agnant

St Aigulin-3 Monts (Montguyon-Montendre-Montlieu)

Angerien (MMG)

Saintes (MMG)

Saujon-Cozes-Mortagne

Le secteur de l'île d'Aix n'est pas comptabilisé car particulier du fait de son statut insulaire ; un seul médecin présent sur l'île assure la PDSA de l'île.

b) Les Maisons Médicales de Garde en Charente-Maritime

Les MMG en Charente-Maritime sont localisées (49) :

- à Saintes (maison médicale de garde adossée à l'hôpital de Saintes),
- sur l'île de Ré (maison médicale de garde adossée à l'hôpital de Saint Martin de Ré),
- à La Rochelle (maison médicale de garde adossée à l'hôpital de La Rochelle),
- à Rochefort (maison médicale de garde adossée à l'hôpital de Rochefort),
- sur l'île d'Oléron (centre de santé adossé à l'hôpital de Saint Pierre),

- à Saint Jean d'Angély (maison médicale de garde adossée à l'hôpital de Saint Jean d'Angély),
- A Royan il existe un « point focal de consultation » qui correspond à AlloGarde mais qui répond aux mêmes critères de définition qu'une MMG, critères listés ci-dessous.

Leur implantation est conforme au cahier des charges nationales, elles sont toutes localisées près d'un centre hospitalier (17).

Selon le cahier des charges de la PDSA du Poitou-Charentes (49), les MMG de garde doivent répondre à des critères définis :

- Accès après régulation par le 15,
- Implantation centrale au secteur concerné ou à proximité d'un SAU,
- Utilisation recueillant l'adhésion des médecins du secteur,
- Contractualisation avec l'ARS.

3) <u>Les horaires d'effection :</u>

a) Horaires d'effection définies en Charente-Maritime

Dans le code de la santé publique, les horaires de PDSA sont définis comme couvrant les heures de fermeture des cabinets médicaux.

Dans le cahier des charges de l'ARS Poitou-Charentes, les horaires de PDSA en Charente-Maritime sont définies comme suit :

- du lundi au vendredi de 20h à 24h,
- le samedi de 12h à 24h,
- les dimanches et jours fériés de 8h à 24h,
- le lundi aux mêmes horaires que le dimanche ou jour férié, lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Une des particularités de la Charente-Maritime par rapport au niveau national est qu'il n'y a pas de médecin effecteur à partir de minuit selon le cahier des charges.

Seule exception, les médecins effecteurs de SOS-médecins à La Rochelle assurent tous les créneaux de PDSA y compris en nuit profonde.

b) Créneaux horaires d'effection selon les secteurs de la Charente-Maritime

Le cahier des charges du Poitou-Charentes (49) définit les horaires théoriques d'effection puis les décline selon les secteurs ; en Charente-Maritime les différents créneaux horaires ne sont assurés que pour partie en fonction des secteurs.

⇨ **Effection de week-ends et jours fériés**

Les 16 secteurs assurent l'effection des Week-ends (WE) et Jours Fériés (JF) en 2016, avec des horaires variables.

Les MMG sont toutes accessibles le week-end et les jours fériés ; elles ont des horaires d'effection qui varient d'une MMG à l'autre.

Le secteur de Jonzac-Archiac assure une effection de 12h à 24h le samedi et de 8h à 24h le dimanche et les jours fériés.

AlloGarde Royan assure l'effection sur le secteur de Royan de 12h à 24h le samedi, de 8h à 24h le dimanche et les jours fériés.

Les secteurs n'ayant pas de MMG, en excluant le secteur de Jonzac-Archiac, ont une effection de 17h à 19h le samedi ; de 10h à 12h et de 17h à 19h le dimanche et les jours fériés.

SOS-médecins assure la PDSA sur le secteur de la Rochelle les week-ends de 12h le samedi à 8h le lundi matin, et les jours fériés de 8h le matin à 8h le lendemain matin.

⇨ **Effection de soirée : 20h à minuit**

En 2012, 7 secteurs sur 20 secteurs assuraient l'effection de soirée en Charente-Maritime.

Entre 2012 et 2015, 4 secteurs ont cessé d'assurer ce créneau horaire :

- les secteurs d'Aigrefeuille et de Marennes fin 2014,
- les secteurs d'Aunis-Verte et de Jonzac-Archiac fin 2015.

En 2016, l'effection de soirée est assurée pour 3 à 4 secteurs sur 16 : le secteur de La Rochelle via SOS-médecins, le secteur de Royan via AlloGarde et le secteur de l'île d'Oléron via la MMG. Sur le secteur de l'île de Ré, la MMG assure l'effection de soirée en Juillet et en Août.

⇨ **Effection en nuit profonde : minuit à 8h**

Seul le secteur couvert par SOS-médecins La Rochelle bénéficie d'une permanence en nuit profonde.

En 2016, 15 des 16 des secteurs d'effection de Charente-Maritime sont arrêtés en nuit profonde, soit un peu plus de 90 % des secteurs.

Ce pourcentage est supérieur au pourcentage national qui est de 69 % (8).

4) Nombre d'effecteurs aux horaires de PDSA en Charente-Maritime :

34 % des MG de Charente-Maritime participaient à la PDSA en 2015, soit 231 MG, selon le rapport de l'ARS Nouvelle-Aquitaine au 28/11/2016 (48).

Selon l'Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux (ISPL), le nombre de médecins effecteurs était de (50):

- 374 en 2013,
- 346 en 2014,
- 358 en 2015.

Les effecteurs sont répartis comme suit sur les différents créneaux de garde (depuis fin 2015) :

- 19 effecteurs les samedis, dimanches et jours fériés : 2 sur le secteur de Royan à AlloGarde, 3 sur le secteur de La Rochelle : 2 à SOS-médecins et 1 à la MMG et 1 effecteur sur chacun des 14 autres secteurs,
- 4 à 5 effecteurs en soirée : 1 à la MMG d'Oléron, 1 à AlloGarde Royan, 2 à SOS-médecins de La Rochelle (1 en point fixe et 1 mobile) ; 1 effecteur est présent en soirée sur le secteur de l'île de Ré en Juillet et en Août,
- 2 effecteurs en nuit profonde : un effecteur mobile et un effecteur fixe sur le secteur de La Rochelle à SOS-médecin.

5) Limites de l'effection en Charente-Maritime :

a) Baisse de la démographie médicale

Comme au niveau national (23), la problématique principale est la baisse de la démographie médicale, avec pour conséquence une baisse du nombre d'effecteurs et parfois la nécessité de réquisitionner des effecteurs.

b) Diminution du nombre de secteurs de garde

Le nombre de secteurs est passé de 20 en 2012 à 16 en 2016.

Cette diminution va trouver ses limites de la même façon qu'au niveau national du fait des contraintes liées à l'organisation du territoire : superficie des secteurs et délais de déplacement entre le patient et l'effecteur.

Pour exemple :

- le secteur de Saint Jean d'Angély : au centre du secteur est implantée une MMG (à Saint Jean d'Angély) ; le délai de déplacement entre la périphérie du secteur et la MMG peut atteindre 40 minutes.
- Le secteur de St Aigulin - 3 Monts a la particularité d'être tout en longueur et de bénéficier d'un effecteur en point fixe. Si l'effecteur est situé au Nord-Ouest du secteur et le patient à l'opposé du secteur, alors le délai de déplacement du patient de son domicile jusqu'à l'effecteur peut atteindre 40 minutes également.

Toutefois rappelons que les secteurs ne sont pas cloisonnés. En effet un patient d'un secteur peut très bien demander à être orienté vers l'effecteur d'un autre secteur s'il apparaît être plus près géographiquement. Pour reprendre l'exemple du secteur de Saint Jean d'Angély, certaines villes du secteur sont plus près de la MMG de Saintes que de la MMG de Saint Jean d'Angély.

c) Garde des pharmacies

L'organisation du territoire est confrontée à une autre contrainte qui est celle de l'organisation des gardes de pharmacies.

Celles-ci ne sont pas accordées avec les gardes des médecins effecteurs.

Le patient, après avoir consulté le médecin effecteur peut être amené à effectuer de nombreux kilomètres pour se rendre à la pharmacie de garde.

d) Diminution des effecteurs sur les différents créneaux horaires

En Charente-Maritime, le nombre d'effecteurs est en baisse sur les différents créneaux horaires.

Il y a seulement 2 effecteurs en nuit profonde.

Depuis 2012 le département assiste à une diminution continue du nombre d'effecteurs en soirée : de 8 ou 9 effecteurs en 2012 à 3 ou 4 effecteurs en 2016.

La baisse du nombre d'effecteurs en soirée en Charente-Maritime reflète l'évolution nationale d'arrêt du créneau 20h-minuit, évolution rapportée par le rapport du CNOM (8).

De même le nombre d'effecteurs sur les créneaux de week-ends et jours fériés est passé de 23 en 2012 à 19 depuis fin 2015 en Charente-Maritime. Cette diminution du nombre d'effecteurs étant en lien direct avec la diminution du nombre des secteurs.

e) Visites incompressibles

En Charente-Maritime, la plupart des effecteurs sont situés en points fixes de consultation. Comment alors assurer les visites incompressibles ? (EHPAD, personnes âgées, certificats de décès)

Actuellement en Charente-Maritime, un groupe de travail est en cours pour proposer des solutions à la problématique des certificats de décès.

6) La régulation en Charente-Maritime :

a) Organisation de la régulation

En Charente-Maritime c'est l'association AMERLI (Association des MEdecins Régulateurs LIbéraux), en collaboration avec le SAMU Centre 15, qui organise l'activité de régulation libérale. Les régulateurs libéraux sont au nombre de 28 en 2016 (51) (ANNEXE 3).

Ils étaient 25 en 2013, 24 en 2014 et 25 en 2015 (52).

La régulation se fait au SAMU Centre 15 de La Rochelle.

SOS-médecins La Rochelle possède sa propre régulation médicale mais fonctionne de façon interconnectée avec le SAMU Centre 15.

Il n'existe pas de centre de régulation déportée ; le président d'AMERLI explique que le centre de régulation du SAMU 17 souhaite conserver le lien direct entre permanenciers et régulateurs dans la même salle pour permettre de converser et ajoute que la prise de risque est trop grande du fait d'un volume d'appels trop important.

Il y a en permanence (aux horaires de PDSA) un médecin régulateur libéral d'astreinte et parfois 2 voire 3 ou 4 en fonction de la période de la semaine (dimanche matin notamment) mais aussi en fonction de la période de l'année.

Si toutefois le nombre de régulateurs libéraux était insuffisant sur une période donnée, le CCR permet le renfort de la régulation si besoin et ce en urgence, par un appel à l'ARS via une ligne d'urgence.

La rémunération d'un régulateur est fixée à 70 € par heure de régulation. Celle-ci peut être majorée notamment lors des plages horaires de fêtes de fin d'année à 103,50 € par heure (49).

b) Créneaux horaires de régulation en Charente-Maritime

La régulation libérale de PDSA au SAMU-Centre 15 de La Rochelle couvre les horaires suivants :

- toutes les nuits de 20 heures à 8 heures,
- les samedis, dimanche et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- le lundi de 8 heures à 20 heures lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi de 8 heures à 20 heures et le samedi de 8 heures à 12 heures lorsqu'ils suivent un jour férié. »

Les horaires couvrent tous les horaires de PDSA mais également le samedi matin avec présence de 2 médecins libéraux régulateurs au SAMU-CENTRE 15 de 8h à 12h. Ils pratiquent alors du télé conseil et de la télé prescription.

Le samedi matin ne faisant pas partie de la PDSA, il n'y a pas d'effecteur d'astreinte en regard. Les MG sont en effet tenus d'assurer la continuité des soins sur ce créneau du samedi de 8h à 12h.

c) Activité de régulation en Charente-Maritime

En 2015 et selon le rapport de l'ARS Nouvelle-Aquitaine au 28/11/2016 (48), l'activité de la régulation a été de 54 694 Dossiers de Régulation Médicale (DRM) pour la Charente-Maritime soit :

- une moyenne de 150 appels par jour,
- 858,5 appels pour 10 000 habitants par an en Charente-Maritime,
- 1953 appels / régulateur par an.

Cette activité est en augmentation de + 8,6 % entre 2012 à 2015, selon les chiffres du SAMU 17 :

- 2012 : 50 378 appels (53),
- 2013 : 54 514 appels (54),
- 2014 : 52 833 appels (55),
- 2015 : 54 694 appels (55).

Cette activité de régulation s'est répartie comme suit en 2015 :

- 20 % des DRM traités entre 00h et 8h,
- 27,6 % soit ¼ entre 20h et 8h,
- un peu plus de 50 % de l'activité est réalisée la journée : le samedi, le dimanche et les jours fériés.

En 2012 et 2013, selon les données du SAMU 17 (53,54), plus de 50 % de l'activité est également réalisée les samedis, dimanches et jours fériés : 56 % en 2012 et 70 % en 2013.

d) Gestion d'un appel de PDSA au centre de régulation de La Rochelle

Tous les appels de PDSA, sans exception, passent par le médecin régulateur libéral. Par contre, le médecin régulateur communique peu voire pas du tout avec le médecin effecteur d'une part par manque de temps du fait du nombre important d'appels mais surtout parce qu'un nombre non négligeable des médecins effecteurs communiquent rarement leur numéro de téléphone.

Suite à un appel, le régulateur a les possibilités suivantes de réponse, réponse adaptée aux besoins du patient :

- conseil téléphonique ou télé conseil avec éventuellement une télé prescription,
- consultation auprès du médecin libéral du secteur (Maison Médicale de Garde ou cabinet médical du médecin effecteur), ou une visite en accord avec le médecin effecteur,
- nécessité pour le patient de se rendre aux urgences, et le régulateur enverra éventuellement des moyens sur place : équipe de sapeurs-pompiers ou transport sanitaire en ambulance,
- envoi d'une équipe de SAMU.

Pour la délivrance d'une télé-prescription, elle se fait suivant la procédure disponible au centre de régulation de La Rochelle (ANNEXE 4).

En 2015, les réponses apportées aux appelants se sont réparties de la façon suivante (56) :

Conseil médical	Conseil d'aller au cabinet médical	Conseil d'appeler le médecin	Envoi médecin	Cabinet médical après contact	SOS Médecins	MMG	Dentiste	Ordonnance téléphonique	Conseil d'aller à la pharmacie	Conseil de venir au CH	Demande non justifiée	Gendarmerie / police	Ambulances privées	Sapeurs pompiers
19357	4821	3121	33	17	3662	7814	3	41	298	6818	7	32	6411	1912

- pour 35 % des appels, un conseil médical est délivré, mais très peu de télé prescriptions sont rédigées (41 ordonnances),
- 29,8 % des appelants sont orientés vers un médecin effecteur, très peu de visites sont demandées,
- 12,5 % des appelants sont orientés vers un centre hospitalier par leurs propres moyens,
- le régulateur adresse un moyen de transport à 15,2 % des appelants,
- enfin l'équipe SAMU n'a pas été adressée.

Au niveau national et selon le rapport du CNOM de Janvier 2016 (8), les réponses apportées aux appelants sont réparties de la façon suivante :

- 53 % de conseils,
- 39 % adressés vers un effecteur,
- 7 % d'envoi d'ambulance.

7) <u>Problématiques de la régulation en Charente-Maritime :</u>

a) Méconnaissance des usagers

Nous constations au niveau national que les usagers ne savaient pas comment accéder au médecin de garde. En Charente-Maritime, la même constatation est faite.

Dans la thèse de Gabriel HOERTH de 2015 (57) il apparaît qu'en Sud Charente-Maritime, 38,4 % des patients de son étude ne savaient toujours pas contacter ou accéder au médecin de garde.

De même, dans la thèse de Marie-Christine HALMEL (38) de 2013 portant sur la MMG de Saintes, seulement 28,9 % des patients avaient appelé le centre 15 avant de se déplacer. La population interrogée était la population s'adressant aux urgences de Saintes par ses propres moyens aux horaires d'ouverture de la MMG.

En réponse à cette problématique, le numéro national d'accès à la régulation de l'activité de PDSA (116 117) est en cours de déploiement.

Il doit être décidé à l'échelon régional (Nouvelle-Aquitaine) de conserver le numéro 15 ou de mettre en place le 116 117. Il est à savoir que si l'appelant appelle l'un ou l'autre des 2 numéros, il sera

redirigé vers la plateforme adéquate. Pour l'instant le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine souhaite conserver le numéro 15 uniquement et communiquer à la population dans ce sens.

En effet et selon l'article L.6314-1 du code de la santé publique (3), modifié par la loi de modernisation du système de santé, il est prévu que « le directeur général de l'ARS détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la PDSA », en précisant que « lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente [le 15], l'accès à la régulation téléphonique de PDSA reste toutefois accessible par le numéro national de PDS [le 116 117]. »

b) Rémunération des régulateurs

Parallèlement, le président d'AMERLI soulève deux autres problématiques.

Premièrement : la rémunération des régulateurs libéraux.

Elle est la même depuis 11 ans : 70€ par heure de régulation (49), alors que la densité de travail a augmenté.

Dans l'ancienne région Aquitaine, cette rémunération est plus élevée. En Dordogne, en Gironde, dans les Landes, les Pyrénées-Atlantiques et le Lot-et-Garonne ce montant est de 92 €/h, parfois même de 115 €/h notamment en nuit profonde (51).

c) Nombre de régulateurs

La deuxième problématique soulevée par le président d'AMERLI est en lien avec un nombre de régulateurs satisfaisant pour le moment mais un recrutement qui risque de devenir difficile du fait du risque pris à chaque décision de régulation.

Rappelons qu'au niveau national globalement le nombre de régulateurs n'est pas inquiétant pour le moment mais le CNOM dans son rapport au 31 Décembre 2015 (8) alertait toutefois sur certaines régions qui perdaient des régulateurs.

d) Charge de travail

Concernant la charge de travail le SAMU 17 régule 43 % des appels de l'ancienne région Poitou-Charentes (départements 16, 17, 79, 86).

En 2015 le nombre de DRM en Charente-Maritime était de 54 694 pour la PDSA (48) et ce nombre est en augmentation de 2012 à 2015.

Dans les Landes le nombre de DRM était de 22 149 en 2015 (51), pour une population municipale de 400 477 habitants (58) ; en Vienne le nombre de DRM était lui de 27 958 (51) pour une population municipale de 433 203 habitants (58).

On obtient :

- 858,5 appels pour 10 000 habitants par an en Charente-Maritime
- 553 appels pour 10 000 habitants par an dans les Landes,
- 645,4 appels pour 10 000 habitants par an en Vienne.

Ainsi on constate un nombre important d'appels par habitants, nombre probablement augmenté du fait de la population touristique estivale.

Si on rapporte le nombre d'appels au nombre de régulateurs (51), il est de

- 1953 appels / régulateur par an en Charente-Maritime (28 régulateurs),
- 923 appels / régulateur par an dans les Landes (24 régulateurs),
- 902 appels / régulateur par an en Vienne (31 régulateurs).

Du fait d'un nombre d'appels importants, le nombre d'appels à traiter par régulateur est également élevé. Dans notre exemple il est le double entre la Charente-Maritime et les Landes ou la Vienne.

e) Elargissement des créneaux horaires de régulation

En soirée, la régulation libérale débute à 20h. Lors du CODAMUPS-TS de Charente-Maritime du 12 Décembre 2016 il a été signalé une augmentation du nombre d'appels après 18h et jusqu'à 21h. Il est impossible de savoir combien d'appels relèveraient de la PDSA mais ce créneau reste effectivement chargé toute l'année et le nombre de télé conseils y est important. Une étude pourrait être intéressante pour expliquer ce fait. Nous avons obtenu des données du SAMU 17 concernant le nombre d'appels reçus sur ce créneau horaire (59), et par exemple pour le mois de Janvier 2015, pour 957 appels reçus entre 18h et 20h, 327 télé conseils ont été délivrés.

Au niveau national, le Dr Jean-Yves GRALL, dans son rapport sur la territorialisation des activités d'urgences datant de Juillet 2015 (39), souligne dans ce sens que « 80 % des besoins en régulation relèvent de la médecine générale et 80 % des médecins régulateurs sont des médecins urgentistes. Il serait ainsi souhaitable de proposer une participation plus large des généralistes au sein des plateformes de régulation médicale et notamment en journée. »

Devant cette recrudescence des appels, le SAMU-CENTRE 15 de La Rochelle en Charente-Maritime souhaiterait élargir les horaires de la régulation libérale les soirs de semaine, pour ainsi débuter vers 18h-18h30 au lieu de 20h.

En théorie les régulateurs libéraux de Charente-Maritime seraient en accord avec cette demande mais pour l'instant celle-ci n'a pas été accordée par les pouvoirs publics.

8) <u>Les actes médico-administratifs en Charente-Maritime :</u>

a) Les certificats de décès

En Poitou-Charentes, actuellement, la rémunération de la visite régulée pour constat et certificat de décès est réalisée par le versement au médecin effecteur d'un forfait de 90 euros appliquée à l'indemnité d'astreinte (49).

Il s'agit d'une organisation expérimentale en place depuis 2011.

En Poitou-Charentes et selon le cahier des charges de l'ARS (49) les demandes pour constat ou certificat de décès sont traitées par le dispositif de PDSA et le régulateur déclenche une visite du médecin effecteur si elles répondent aux critères suivants :

- Elles sont régulées par le centre 15,
- ET les circonstances de survenue ne nécessitent pas de réanimation,
- ET le décès est survenu au domicile (soirée de semaine ou week-end et jours fériés) OU en établissement social ou médico-social (uniquement les week-ends et jours fériés dans ce cas),
- ET l'acte est réalisé par le médecin d'astreinte rémunéré,
- ET l'acte est réalisé dans la période d'effection.

Lorsqu'à la régulation, un appel est reçu pour une demande de certificats de décès, le régulateur libéral oriente vers le médecin de garde sur le secteur concerné.

En 2015, 376 certificats de décès ont été rémunérés aux horaires de PDSA selon l'ARS (48).

b) Problématiques des certificats de décès en Charente-Maritime

⇨ **Rémunération du certificat de décès**

Une des problématiques nationales est la gratuité de cet acte.

En Charente-Maritime actuellement il existe une réponse à cette problématique : l'acte bénéficie d'une rémunération forfaitaire.

Toutefois la rémunération actuellement en place dans l'ancienne région Poitou-Charentes risque de changer, d'une part suite à la définition de la nouvelle région et d'autre part en regard de la LFSS de 2016 (13).

A priori la rémunération forfaitaire des certificats de décès via le FIR ne sera pas régionalisée à la Nouvelle-Aquitaine. Mais pour le moment il n'y a pas de directive sur cette rémunération actuellement en place dans l'ancienne région Poitou-Charentes, probablement dans l'attente de la mise en place de la LFSS de 2016 (13), à savoir la rémunération des certificats de décès par l'assurance-maladie.

⇨ **Rédaction du certificat de décès**

L'autre problématique des certificats de décès est que normalement ils ne relèvent pas du médecin effecteur ; en Charente-Maritime les effecteurs acceptent de les rédiger.

Lors du sous-comité médical du CODAMUPS du 28 novembre 2016 ainsi que lors du CODAMUPS-TS du 8 décembre 2016, les médecins représentants de l'URPS ont demandé à ce qu'un groupe de travail « certificat de décès » soit mis en place avec l'ARS mais également les autres acteurs du CODAMUPS-TS : préfecture, CDOM, AGPS 17, AMERLI, SAMU 17-centre 15.

c) Les examens en garde à vue

Nous n'avons pas de données concernant ces actes.

D'une part ces actes ne sont pas rémunérés ni par les ARS ni par le champ conventionnel.

D'autre part, les demandes d'intervention du médecin effecteur ne passent pas par la régulation puisqu'il s'agit d'une réquisition.

Ainsi il est difficile d'obtenir des données.

9) La PDSA en EHPAD :

La PDSA en EHPAD en Charente-Maritime bénéficie de la même organisation que la PDSA pour les autres patients du département.

La problématique principale est commune à la problématique nationale : le déplacement difficile voir impossible de la personne âgée, dépendante. Le médecin régulateur peut engager un moyen de transport pour déplacer le patient aux urgences, mais pas pour l'emmener voir le médecin effecteur.

L'effecteur n'ayant pas obligation de se déplacer.

Enfin reste la problématique de la rédaction d'un certificat de décès, en EHPAD, en Charente-Maritime. Une orientation qui pourrait être prise serait que les médecins coordonnateurs d'EHPAD assurent cette mission.

V – ACTIVITE DE LA PDSA EN CHARENTE-MARITIME : évolution de 2012 à 2015

A – GENERALITES

1) Introduction :

Nous allons étudier l'évolution de l'activité de PDSA en Charente-Maritime entre 2012 et 2015.

Dans un premier temps, nous allons évaluer l'évolution du nombre d'actes réalisés par les effecteurs aux horaires de PDSA en Charente-Maritime.

Ensuite nous évaluerons l'évolution du coût de la PDSA en Charente-Maritime : coût des actes, coût de l'effection, coût de la régulation.

Les données chiffrées sont issues de l'ISPL et de la CPAM via l'ARS de la Charente-Maritime.

2) Définition de l'ISPL:

L'ISPL (60) a été créé en Juillet 2007 par un groupe d'URPS-ML (= Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les Médecins Libéraux).

C'est une plate-forme de services en ligne, de gestion, de restitution et d'analyse des données de santé. Son objectif est de mettre à la disposition des médecins libéraux un système d'information indépendant, leur permettant de maîtriser leurs informations et de faire évoluer leur exercice et leurs pratiques.

L'ISPL travaille pour le compte des URPS-ML sur les données du SNIIRAM (Système National d'Informations Inter Régimes de l'Assurance Maladie) (essentiellement). Ces données sont livrées par la CNAM à l'ISPL. Elles sont ensuite traduites en graphiques et tableaux de bord grâce à la plateforme de services ISPL.

Le SNIIRAM, mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale de 1999 est une base de données qui regroupe la totalité des informations issues de la liquidation des prestations réalisées par l'ensemble des offreurs de soins (professionnels de santé libéraux, structures hospitalières publiques et privées), tous régimes de l'Assurance-maladie confondus.

La Loi dite HPST du 21 Juillet 2009 prévoit que les URPS-ML disposent de droits d'accès sur cette base. Cependant le traitement des données est complexe et chronophage, cette tâche est prise en charge par l'ISPL du fait de sa maîtrise, de son expérience et de sa compétence sur cette base SNIIRAM.

Ainsi l'ISPL réalise des analyses pour le compte et à la demande des URPS-ML intéressées.

B – EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE 2012 à 2015

Les données sont issues de l'ISPL (52) et représentent les actes réalisés par les MG effecteurs de tout le département, aux différents horaires de PDSA, de 2012 à 2015.

1) Activité globale en Charente-Maritime :

Le tableau suivant rapporte le nombre total d'actes réalisés par les effecteurs par année en Charente-Maritime et son évolution de 2012 à 2015.

	2012	2013	2014	2015
Nombre d'actes	27 031	28 118	29 092	31 573

Nombre total d'actes par année

Nous observons que l'activité globale de la PDSA est en augmentation de **+ 16,8 %** entre 2012 et 2015.

Pour comprendre cette augmentation d'activité, nous allons nous intéresser à sa répartition sur les différents créneaux horaires.

2) Activité de soirée en Charente-Maritime :

En 2012, 2013 et 2014 l'effection de soirée s'effectue sur 7 secteurs, et 1 supplémentaire l'été (Ré). 8 à 9 médecins effecteurs sont donc mobilisés.

En 2015, après la suppression de l'activité de soirée des secteurs de Marennes et Aigrefeuille, l'effection a lieu sur 5 à 6 secteurs en soirée avec 6 à 7 médecins mobilisés (49).

L'activité régulée a évolué comme suit entre 2012 et 2015.

A noter qu'on ne peut pas dissocier les actes de soirée ayant lieu en semaine des actes de soirée des week-ends et jours fériés.

	2012	2013	2014	2015
CRN	3 133	3 656	4 198	5 182
VRN	3 577	3 431	3 441	3 750
Total actes	**6710**	**7087**	**7639**	**8932**

Activité de soirée régulée

CRN = consultation de 20h à 24h / VRN = Visite de 20h à 24h.

L'activité de soirée régulée est en augmentation de 2012 à 2015, augmentation de 2222 actes, soit + 33% entre 2012 et 2015.

Elle a augmenté de :

- 5,6 % entre 2012 et 2013,
- de 7,8 % entre 2013 et 2014,
- de 16,9 % entre 2014 et 2015.

a) Activité par soirée et par effecteur

Si on rapporte l'activité annuelle à une activité par soirée et par effecteur on obtient :

- en 2012, 8 médecins tous les soirs pour effectuer **18,4** actes non urgents par soirée de semaine et de WE soit **2,3 actes / médecin effecteur / soir,**
- en 2013, 8 médecins tous les soirs pour effectuer **19,4** actes non urgents par soirée de semaine et de WE soit **2,4 actes / médecin effecteur / soir,**
- en 2014, 8 médecins tous les soirs pour effectuer **20,9** actes non urgents par soirée de semaine et de WE soit **2,6 actes / médecin effecteur / soir,**
- en 2015, 6 médecins tous les soirs pour effectuer **24,5** actes non urgents par soirée de semaine et de WE soit **4,1 actes / médecin effecteur / soir.**

Le nombre d'actes par médecin effecteur par soir a augmenté de 1,8 actes entre 2012 et 2015.

b) Activité rapportée au nombre d'habitants par soir

Si on rapporte l'activité par soir au nombre d'habitants on obtient :

- en 2012, **2,9 actes** en Charente-Maritime par soir pour 100 000 habitants,
- en 2013, **3 actes** en Charente-Maritime par soir pour 100 000 habitants,
- en 2014, **3,3 actes** en Charente-Maritime par soir pour 100 000 habitants,
- en 2015, **3,8 actes** en Charente-Maritime par soir pour 100 000 habitants.

Le nombre d'actes rapporté au nombre d'habitants par soir a augmenté de 0,9 acte entre 2012 et 2015.

3) <u>Activité de nuit profonde en Charente-Maritime :</u>

Il y a 2 effecteurs par nuit (en 2015) à SOS-médecins La Rochelle, qui interviennent sur les secteurs de La Rochelle et de Ré (49).

L'évaluation de l'activité régulée de nuit profonde correspond donc dans sa quasi totalité à l'activité de SOS-médecins. Certains secteurs ont en effet une activité marginale en nuit profonde, par exemple sur le secteur de Royan, 73 actes en nuit profonde ont été rémunérés en 2015 selon les chiffres de la CNAM données par l'ARS Poitou-Charentes (48), ou encore 11 sur le secteur d'Oléron.

L'activité régulée en nuit profonde a évolué comme suit entre 2012 et 2015.

	2012	2013	2014	2015
CRM	127	156	95	100
VRM	1 585	1 690	1 745	1 905
Total actes	**1712**	**1846**	**1840**	**2005**

Activité de nuit régulée

CRM = consultation en nuit profonde / VRM = visite en nuit profonde.

L'évolution du nombre d'actes en nuit profonde est de :

- **+ 7,8 %** entre 2012 et 2013,
- **- 0,3 %** entre 2013 et 2014,
- **+ 9 %** entre 2014 et 2015.

Ceci fait une augmentation globale de l'activité en nuit profonde de **+ 17,1 %** (+ 293 actes) entre 2012 et 2015.

Le nombre d'actes de PDSA par nuit est en augmentation de 0,8 actes par nuit entre 2012 et 2015 :

- 4,7 actes non urgents / nuit en 2012,
- 5 actes non urgents / nuit en 2013,
- 5 actes non urgents / nuit en 2014,
- 5,5 actes non urgents / nuit en 2015.

4) <u>Activité de week-ends et jours fériés en Charente-Maritime (non compris les soirées) :</u>

En 2012 il y avait 22 effecteurs mobilisés sur 20 secteurs (49).

Depuis 2013 il y a 19 effecteurs sur ce créneau, répartis sur 17 secteurs.

L'activité régulée de week-ends et jours fériés a évolué comme suit entre 2012 et 2015.

	2012	2013	2014	2015
CRD	14 744	15 356	15 965	16 829
CRS	145	133	135	87
VRD	3 711	3 692	3 509	3 714
VRS	9	4	4	6
Total actes	**18 609**	**19 185**	**19 613**	**20 636**

Activité de WE et JF régulée (hors soirée)

CRD = consultation régulée de dimanche et jour férié / CRS = consultation régulée de samedi / VRD = visite régulée de dimanche et jour férié/ VRS = visite régulée de samedi.

L'activité est en augmentation globale de 2012 à 2015 de 2027 actes soit **+ 10,9 %**. Cette activité avait augmenté de :

- **+ 3,1 %** entre 2012 et 2013,
- **+ 2,2 %** entre 2013 et 2014,
- **+ 5,2 %** entre 2014 et 2015.

a) Activité par jour de week-ends et jours fériés et par effecteur

En 2012, il y a eu 105 samedi et dimanches, et 8 jours fériés soit 113 jours de WE et JF, en 2013 et 2014 : 114, en 2015 : 113.

L'activité par jour a donc évolué comme suit :

- en 2012, 22 effecteurs pour réaliser **164,7 actes** non urgents par jour de WE ou JF soit **7,5 actes / effecteur / jour**,
- en 2013, 19 effecteurs pour réaliser **168,3 actes** non urgents par jour de WE ou JF soit **8,8 actes / effecteur / jour**,
- en 2014, 19 effecteurs pour réaliser **172 actes** non urgents par jour de WE ou JF soit **9 actes / effecteur / jour**,
- en 2015, 19 effecteurs pour réaliser **182,6 actes** non urgents par jour de WE ou JF soit **9,6 actes / effecteur / jour**.

Le nombre d'actes a augmenté de 17,9 actes par médecin effecteur par jour de WE et JF de 2012 à 2015.

b) Activité rapportée au nombre d'habitants par jour de week-ends et jours fériés

Si on rapporte l'activité par jour de WE et JF au nombre d'habitants on obtient :

- en 2012, 25,8 actes / 100 000 habitants en Charente-Maritime,
- en 2013, 26,4 actes / 100 000 habitants en Charente-Maritime,
- en 2014, 27 actes / 100 000 habitants en Charente-Maritime,
- en 2015, 28,7 actes / 100 000 habitants en Charente-Maritime.

Le nombre d'actes rapporté au nombre d'habitants a augmenté de 2,9 actes par jour de WE et

JF entre 2012 et 2015.

5) Activité non régulée :

Nous n'avons pas pu obtenir les données de 2012.

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'actes non régulés de 2013 à 2015, sur les différents créneaux horaires d'effection.

	2013	2014	2015
Soirée	2 169	2 381	2 099
WE et JF	2 915	3 088	2 638
Nuit profonde	199	272	161
TOTAL	5 283	5 741	4 898

Nombre d'actes non régulés par année

Entre 2013 et 2014, ce nombre d'actes a augmenté, puis diminué en 2015 par rapport à 2014.

Il y a une diminution globale, toutefois la différence est maigre entre 2013 et 2015 : **- 385 actes.**

Ce qui est intéressant, c'est de comparer le nombre d'actes non régulés au nombre d'actes régulés.

	2013	2014	2015
Nombre d'actes REGULES	28 118	29 092	31 573
Nombre d'actes NON régulés	5 283	5 741	4 898
Total actes	33 401	34 833	36 471
Pourcentage d'actes non régulés	15,82%	16,48%	13,43%

Rapport actes régulés / actes non régulés

Le nombre d'actes régulés est bien plus élevé que le nombre d'actes non régulés qui reste inférieur à 17 % du nombre total d'actes.

On a des chiffres de moitié inférieurs aux chiffres nationaux ; en effet et comme écrit dans le rapport d'information de Mme Catherine LEMORTON (21) : « Les statistiques de la CNAMTS indiquent que près de 40 % des actes médicaux réalisés pendant les périodes de PDSA sont cependant encore effectués sans qu'il y ait eu de régulation préalable » (en 2013).

Toutefois ce chiffre national est à prendre avec précaution puisque nous ne connaissons pas sa méthode de calcul.

Dans les trois tableaux ci-dessous nous avons séparé les actes non régulés selon les créneaux horaires, en les comparant au nombre d'actes régulés sur les mêmes créneaux horaires.

SOIREE	**2013**	**2014**	**2015**
Nombre d'actes REGULES	7 087	7 639	8 932
Nombre d'actes NON régulés	2 169	2 381	2 099
Total actes	9 256	10 020	11 031
Pourcentage d'actes non régulés	23,00%	23,80%	19,00%

Rapport actes régulés / actes non régulés en soirée

NUIT PROFONDE	**2013**	**2014**	**2015**
Nombre d'actes REGULES	1 846	1 840	2 005
Nombre d'actes NON régulés	199	272	161
Total actes	2 045	2 112	2 166
Pourcentage d'actes non régulés	9,70%	12,90%	7,40%

Rapport actes régulés / actes non régulés en nuit profonde

WE et JF	**2013**	**2014**	**2015**
Nombre d'actes REGULES	19 185	19 613	20 636
Nombre d'actes NON régulés	2 915	3 088	2 638
Total actes	22 100	22 701	23 274
Pourcentage d'actes non régulés	13,20%	13,60%	11,30%

Rapport actes régulés / actes non régulés les WE et JF

La part d'actes NON régulés a tendance à diminuer de 2013 à 2015, sur ces trois différents créneaux horaires de PDSA.

En regardant plus précisément, la part d'actes NON régulés est la plus importante en soirée et la plus faible en nuit profonde.

C – EVOLUTION DE L'ACTIVITE PAR SECTEUR de 2013 à 2015

Les données suivantes sont également issues de l'ISPL (50) mais sont extraites de manière différente des données précédentes.

En effet elles sont issues du remboursement des actes de PDSA aux patients par communes de Charente-Maritime ; ainsi elles excluent les actes de PDSA réalisés pour des patients résidant dans d'autres départements mais qui auraient consulté en Charente-Maritime aux horaires de PDSA.

De plus un acte remboursé à un patient vivant dans une commune appartenant à un certain secteur de garde n'a pas nécessairement été réalisé dans ce secteur de garde.

Les résultats sont donc sous-estimés puisqu'ils excluent toute l'activité liée à la population estivale mais également les actes réalisés pour des patients de Charente-Maritime mais résidant dans un autre secteur.

Toutefois ces résultats vont nous permettre de comparer l'activité des secteurs entre eux.

Concernant le secteur de La Rochelle, nous avons calculé l'activité pour tout le secteur mais nous avons également calculé l'activité pour La Rochelle intra-muros seulement pour tenter d'approcher l'activité du secteur correspondant à celui de la MMG.

1) Activité de soirée par année et par secteur :

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'actes effectués en soirée de 20h à minuit, soirées de WE et JF comprises sur chaque secteur. Le nombre d'habitants par secteur est également indiqué, il s'agit de la population municipale au 1er Janvier 2014 (45).

Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité. Les secteurs dont l'activité est en gras sont les secteurs ayant un effecteur mobilisé en soirée.

ACTIVITE SOIREE / secteur / an

SECTEURS	nombre d'habitants	2013	2014	2015
La Rochelle	**169533**	**2564**	**2841**	**3534**
Royan	**34361**	**1166**	**1368**	**1972**
Dont La Rochelle intra-muros	*74998*	*1302*	*1424*	*1816*
Saujon-Cozes-Mortagne	37162	333	411	454
Saintes	84966	172	215	222
Presqu'île d'Arvert	18763	153	148	211
Aigrefeuille	**37718**	**363**	**240**	205
Aunis-Verte	**22992**	**155**	**188**	**203**
Angérien	50815	98	143	94
Grand Rochefort	45429	110	117	72
Ile de Ré	**17711**	**48**	**45**	**67**
Jonzac-Archiac	**18232**	**82**	**82**	**53**
St Agnant	22560	23	39	31
Marennes	**13353**	**83**	**27**	26
Ile d'Oléron	**23032**	**24**	**13**	**19**
Mirambeau-St Genis de Saintonge	14126	14	23	15
St Aigulin-3 Monts	26087	8	7	10
TOTAL ACTIVITE	**636840**	**5396**	**5907**	**7188**

Le nombre total d'actes de PDSA en soirée a augmenté de 1792 actes soit une augmentation de + 33 % entre 2013 et 2015.

Les secteurs enregistrant la plus grosse activité sont les deux secteurs professionnalisés :

- le secteur de La Rochelle via SOS-médecins,
- le secteur de Royan via AlloGarde.

Notons d'ailleurs que cette activité est en augmentation entre 2013 et 2015 :

- + 970 actes sur le secteur de La Rochelle soit + 27,4 %,

- + 806 actes sur le secteur de Royan soit + 69,1 %.

Les actes réalisés à La Rochelle sont à prendre avec précaution puisqu'ils comprennent également les actes de la MMG. Toutefois la MMG n'est ouverte que les soirées de WE et JF soit entre 113 et 114 jours / an sur 365 jours au total.

Lorsque nous comptabilisons seulement les secteurs ayant augmenté leur nombre d'actes nous obtenons une augmentation du nombre d'actes de + 2081 actes, dont 1776 actes correspondant à l'augmentation de l'activité des secteurs professionnalisés.

Ainsi l'augmentation du nombre d'actes de PDSA en soirée est représentée à 85,3% par les secteurs professionnalisés.

Notons que les secteurs n'ayant pas d'effecteurs en soirée enregistrent tout de même une activité de PDSA en soirée. Ceci s'explique par le fait que les patients sont probablement allés consulter dans les secteurs limitrophes du leur, secteurs où un effecteur était mobilisé.

Par exemple sur le secteur de Saujon-Cozes-Mortagne nous constatons une activité de soirée non négligeable. Or ce secteur n'a pas d'effecteur en soirée mais par contre le secteur de Royan est tout proche et un effecteur est mobilisé à AlloGarde.

a) Activité par soirée

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'actes par soir et par secteur. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

Les secteurs dont l'activité est centrée et en gras sont les secteurs ayant un effecteur mobilisé en soirée.

	Nombre d'ACTES / soir		
SECTEURS	**2013**	**2014**	**2015**
La Rochelle	**7,02**	**7,78**	**9,68**
Royan	**3,19**	**3,75**	**5,40**
La Rochelle intra-muros	*3,57*	*3,90*	*4,98*
Saujon-Cozes-Mortagne	0,91	1,13	1,24
Saintes	0,47	0,59	0,61
Presqu'île d'Arvert	0,42	0,41	0,58
Aigrefeuille	**0,99**	**0,66**	0,56
Aunis-Verte	**0,42**	**0,52**	**0,56**
Angérien	0,27	0,39	0,26
Grand Rochefort	0,30	0,32	0,20
Ile de Ré	**0,13**	**0,12**	**0,18**
Jonzac-Archiac	**0,22**	**0,22**	**0,15**
St Agnant	0,06	0,11	0,08
Marennes	**0,23**	**0,07**	0,07
Ile d'Oléron	**0,07**	**0,04**	**0,05**
Mirambeau-St Genis de Saintonge	0,04	0,06	0,04
St Aigulin-3 Monts	0,02	0,02	0,03
TOTAL ACTIVITE	**14,78**	**16,18**	**19,69**

L'activité peut être extrapolée au nombre d'actes par soir par médecin effecteur sauf pour le secteur de La Rochelle qui compte 3 effecteurs : 1 à la MMG et 2 à SOS-médecins.

Le nombre total d'actes augmente de 4,91 actes par soir entre 2013 et 2015. Il est représenté par l'activité professionnalisée à plus de 70 %.

Tous les secteurs non professionnalisés **et** ayant un effecteur en soirée ont une activité inférieure à 1 acte / soir / secteur.

Concernant les secteurs d'Aigrefeuille et de Marennes, secteurs non professionnalisés et ayant un effecteur en soirée jusqu'en 2014 :

- le secteur d'Aigrefeuille a une activité d'environ 1 acte / soir en 2013, qui diminue en 2014 à un peu plus d'un acte tous les 2 soirs,
- le secteur de Marennes a une activité à 0,23 acte / soir ce qui fait environ un acte tous les 4 soirs en 2013 et à 0,07 acte / soir en 2014 et 2015 ce qui place en dessous d'1 acte tous les 10 soirs.

Concernant les secteurs d'Aunis-Verte et de Jonzac-Archiac, secteurs non professionnalisés et ayant un effecteur en soirée jusqu'en 2015 :

- le secteur d'Aunis-Verte a une activité inférieure à 0,56 acte / soir soit environ 1 acte tous les 2 soirs en 2015, cette activité était légèrement inférieure en 2013 et 2014,
- le secteur de Jonzac-Archiac a une activité à 0,22 acte / soir ce qui fait environ un acte tous les 4 soirs en 2013 et 2014, elle diminue à 0,15 acte / soir en 2015 ce qui fait environ un acte de soirée par semaine.

Les effecteurs de ces 4 secteurs ont décidé d'arrêter l'effection de soirée, ce qui semble être la conséquence d'une très faible activité.

Les secteurs professionnalisés ont une activité supérieure et en augmentation de 2013 à 2015 :

- secteur de La Rochelle : de 7,02 à 9,68 actes / soir soit une augmentation de + 2,66 actes / soir, rapportée au nombre d'effecteurs cette activité est passée de 2,34 à 3,23 actes / soir / effecteur soit + 0,89 actes / soir / effecteur,

- secteur de Royan : de 3,19 à 5,4 actes / soir / effecteur soit une augmentation de 2,21 actes / soir / effecteur.

b) Activité rapportée au nombre d'habitants par soir et par secteur

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'actes par soir, par secteur et pour 100 000 habitants. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

Les secteurs dont l'activité est en gras et centrée sont les secteurs ayant un effecteur mobilisé en soirée.

Nombre d'actes / soir / 100 000 habitants

SECTEURS	2013	2014	2015
Royan	**9,30**	**10,91**	**15,72**
La Rochelle intra-muros	*4,76*	*5,20*	*6,63*
La Rochelle	**4,14**	**4,59**	**5,71**
Saujon-Cozes-Mortagne	2,46	3,03	3,35
Presqu'île d'Arvert	2,23	2,16	3,08
Aunis-Verte	**1,85**	**2,24**	**2,42**
Aigrefeuille	**2,64**	**1,74**	1,49
Ile de Ré	**0,74**	**0,70**	**1,04**
Jonzac-Archiac	**1,23**	**1,23**	**0,80**
Saintes	0,55	0,69	0,72
Marennes	**1,70**	**0,55**	0,53
Angérien	0,53	0,77	0,51
Grand Rochefort	0,66	0,71	0,43
St Agnant	0,28	0,47	0,38
Mirambeau-St Genis de Saintonge	0,27	0,45	0,29
Ile d'Oléron	**0,29**	**0,15**	**0,23**
St Aigulin-3 Monts	0,08	0,07	0,11
TOTAL ACTIVITE	**2,32**	**2,54**	**3,09**

L'activité moyenne sur le département augmente de 0,77 actes par soir pour 100 000 habitants entre 2013 et 2015.

Il existe une forte disparité de l'activité entre les différents secteurs ; ainsi en 2013 et concernant uniquement les secteurs en activité en soirée, l'activité varie de 0,29 actes / soir / 100 000 habitants au plus bas sur le secteur de l'île d'Oléron à 9,30 actes / soir / 100 000 habitants au plus haut sur le secteur de Royan.

En 2014 la variation est de 0,15 à 10,91 actes / soir / 100 000 habitants et en 2015 de 0,23 à 15,72 actes / soir / 100 000 habitants pour les mêmes secteurs.

Nous constatons encore que les secteurs ayant la plus forte activité sont le secteur de Royan et le secteur de La Rochelle ; celle-ci augmente sur ces 2 secteurs de 2013 à 2015.

2) Activité de week-ends et jours fériés par secteur (hors soirée) :

Le tableau ci-après présente le nombre d'actes effectués les jours de WE et JF, hors soirée, sur chaque secteur du département de 2013 à 2015. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

Le nombre d'habitants par secteur est également indiqué, il s'agit de la population municipale au 1er Janvier 2014 (45).

Activité WE et JF / secteur / an

SECTEURS	nombre d'habitants	2013	2014	2015
La Rochelle	169533	4571	4768	5540
Dont La Rochelle intra-muros	*74998*	*2170*	*2174*	*2492*
Royan	34361	1769	1960	2109
Saintes	84966	1415	1358	1574
Saujon-Cozes-Mortagne	37162	955	1070	1212
Angérien	50815	714	929	847
Aigrefeuille	37718	838	773	729
Grand Rochefort	45429	662	552	645
Aunis-Verte	22992	622	561	604
Presqu'île d'Arvert	18763	467	445	546
St Agnant	22560	352	379	411
Ile de Ré	17711	342	349	391
St Aigulin-3 Monts	26087	318	274	330
Marennes	13353	327	278	268
Jonzac-Archiac	18232	397	341	267
Mirambeau-St Genis de Saintonge	14126	155	141	181
Ile d'Oléron	23032	54	36	35
TOTAL ACTIVITE	**636840**	**13958**	**14214**	**15689**

L'activité augmente de + 1731 actes entre 2013 et 2015 soit + 12,4 %.

Les secteurs enregistrant une augmentation de leur activité de 2013 à 2015 sont : l'île de Ré (+ 49 actes), La Rochelle (+ 969 actes), Mirambeau-St Genis de Saintonge (+26 actes), Presqu'île d'Arvert (+79 actes), Royan (+340 actes), St Agnant (+59 actes), St Aigulin-3 Monts (+12 actes), Saint Jean d'Angély (+133 actes), Saintes (+ 159 actes), Saujon-Cozes-Mortagne (+ 257 actes).

Les secteurs enregistrant une diminution de leur activité de 2013 à 2015 sont : Aigrefeuille (-109 actes), Aunis-Verte (-18 actes), l'île d'Oléron (- 19 actes), Jonzac-Archiac (- 130 actes), Marennes (-59 actes), Grand Rochefort (-17 actes).

Lorsque nous comptabilisons seulement les secteurs ayant augmenté leur nombre d'actes nous obtenons une augmentation du nombre d'actes de + 2083 actes, dont 1309 actes correspondant à l'augmentation de l'activité des secteurs professionnalisés.

Ainsi l'augmentation du nombre d'actes de PDSA les WE et JF est représentée à 62,8 % par les secteurs professionnalisés.

a) Activité par jour de week-ends et jours fériés

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'actes par jour de WE et JF par secteur. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

	Nombre d'ACTES / jour de WE et JF		
SECTEURS	**2013**	**2014**	**2015**
La Rochelle	40,10	41,82	49,03
La Rochelle intra-muros	*19,04*	*19,07*	*22,05*
Royan	15,52	17,19	18,66
Saintes	12,41	11,91	13,93
Saujon-Cozes-Mortagne	8,38	9,39	10,73
Angérien	6,26	8,15	7,50
Aigrefeuille	7,35	6,78	6,45
Grand Rochefort	5,81	4,84	5,71
Aunis-Verte	5,46	4,92	5,35
Presqu'île d'Arvert	4,10	3,90	4,83
St Aigulin-3 Monts	3,09	3,32	3,64
Ile de Ré	3,00	3,06	3,46
St Agnant	2,79	2,40	2,92
Marennes	2,87	2,44	2,37
Jonzac-Archiac	3,48	2,99	2,36
Mirambeau-St Genis de Saintonge	1,36	1,24	1,60
Ile d'Oléron	0,47	0,32	0,31
TOTAL ACTIVITE	**122,44**	**124,68**	**138,84**

Le nombre d'actes par jour de WE et JF par secteur peut être extrapolé au nombre d'actes par jour de WE et JF par médecin effecteur sauf pour le secteur de La Rochelle qui compte 3 effecteurs : 1 à la MMG et 2 à SOS-médecins.

Le nombre total d'actes augmente de 16,4 actes par jour de WE et JF de 2013 à 2015.

L'activité professionnalisée représente 45 % de l'activité totale en 2013, 47,3 % en 2014, 48,7 % en 2015.

La Rochelle est le secteur enregistrant la plus grande activité ; elle est plus de 2 fois supérieure à celle de Royan. Cette activité passe de 40,1 actes par jour en 2013 à 49,03 actes / jour en 2015. Elle tient compte à la fois de l'activité de SOS-médecins et de l'activité de la MMG du secteur de La Rochelle. L'activité de La Rochelle intra-muros représente à peu près la moitié de l'activité du secteur de La Rochelle.

Si on rapporte l'activité de La Rochelle à 1 effecteur elle augmente de 13,37 actes / jour de WE et JF / effecteur en 2013 à 16,34 actes / jour de WE et JF / effecteur en 2015 et reste supérieure à l'activité de tous les autres secteurs.

Royan a une activité évoluant de 15,52 actes / jour de WE et JF en 2013 à 18,66 actes / jour de WE et JF en 2015. Rapportée à 1 effecteur elle passe de 7,76 actes / jour de WE et JF / effecteur en 2013 à 9,33 actes / jour de WE et JF / effecteur en 2015. Elle devient alors inférieure à l'activité des secteurs de Saintes et Saujon-Cozes-Mortagne.

Ainsi le secteur non professionnalisé ayant la plus forte activité est le secteur de Saintes.

Le secteur ayant la plus faible activité est le secteur de l'île d'Oléron. Rappelons que les actes de PDSA réalisés pour les patients ne résidant pas dans le département ne sont pas comptabilisés.

b) Activité rapportée au nombre d'habitants par jour de week-ends et jours fériés et par secteur

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'actes par jour de WE et JF par secteur pour 100 000 habitants.

Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

	Nombre d'actes / jour / 100 000 habitants		
SECTEURS	**2013**	**2014**	**2015**
Royan	45,16	50,04	54,32
La Rochelle intra-muros	*25,38*	*25,43*	*29,40*
La Rochelle	23,65	24,67	28,92
Saujon-Cozes-Mortagne	22,54	25,26	28,86
Presqu'île d'Arvert	21,83	20,80	25,75
Aunis-Verte	23,73	21,40	23,25
Ile de Ré	16,94	17,29	19,54
Marennes	21,48	18,26	17,76
Aigrefeuille	19,49	17,98	17,10
Saintes	14,61	14,02	16,39
St Aigulin-3 Monts	13,69	14,74	16,12
Angérien	12,33	16,04	14,75
Jonzac-Archiac	19,10	16,41	12,96
Grand Rochefort	12,78	10,66	12,56
Mirambeau-St Genis de Saintonge	9,63	8,76	11,34
St Agnant	10,69	9,21	11,19
Ile d'Oléron	2,06	1,37	1,34
TOTAL ACTIVITE	**19,23**	**19,58**	**21,80**

Le secteur enregistrant le plus grand nombre d'actes / jour / 100 000 habitants est Royan, suivi du secteur de La Rochelle.

Le secteur enregistrant le plus petit nombre d'actes / jour / 100 000 habitants est l'île d'Oléron.

D – ACTIVITE PAR SECTEUR : année 2015

Ces données sont des données de la CPAM. Elles ont été présentées par l'ARS de Charente-Maritime au CODAMUPS-TS de la fin d'année 2016 (48). Nous n'avons pu obtenir des données que pour l'année 2015.

Les données contiennent les actes de PDSA aux différents créneaux horaires, répartis sur les différents secteurs.

Par opposition aux données précédentes elles incluent les actes des patients ne résidant pas dans le département puisqu'elles sont issues de l'activité des MG du département et non du remboursement des actes aux patients des différents secteurs du département.

L'intérêt de ces données est de pouvoir comparer l'activité entre les secteurs.

De plus, l'activité de SOS-médecins a été extraite de l'activité de La Rochelle ce qui permet d'exploiter l'activité de la MMG de La Rochelle.

1) **Activité de soirée par secteur :**

Le tableau ci-dessous présente l'activité de PDSA de soirée par secteur, en 2015. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

Le nombre d'habitants par secteur est également indiqué, il s'agit de la population municipale au 1er Janvier 2014.

Les secteurs dont l'activité est en gras sont les secteurs ayant un effecteur mobilisé en soirée en 2015.

ACTIVITE SOIREE / secteur / an

SECTEURS	nombre d'habitants	2015
SOS-médecins	169533	**3957**
Royan	34361	**3457**
Ile d'Oléron	23032	**571**
Saintes	84966	255
Aunis-Verte	22992	**210**
La Rochelle hors SOS médecins	74998	168
Aigrefeuille	37718	161
Ile de Ré	17711	**155**
Jonzac-Archiac	18232	**84**
Angérien	50815	68
Grand Rochefort	45429	43
St Agnant	22560	18
Presqu'île d'Arvert	18763	11
Marennes	13353	4
St Aigulin-3 Monts	26087	3
Saujon-Cozes-Mortagne	37162	1
Mirambeau-St Genis de Saintonge	14126	0
TOTAL ACTIVITE	**636840**	**9166**

D'après ces données l'activité de soirée en 2015 était de 9166 actes.

L'activité la plus importante correspond aux secteurs professionnalisés : le secteur de La Rochelle et le secteur de Royan. Elle représente 81 % de l'activité totale de la PDSA de soirée en Charente-Maritime, 43 % à La Rochelle et 38 % à Royan.

7414 actes sont liés à l'activité professionnalisée soit 6,8 actes / médecin effecteur professionnalisé / soir :

- 3957 actes par les 2 effecteurs de SOS-médecins sur le secteur de La Rochelle en soirée soit 10,8 actes par soir et **5,4 actes / médecin effecteur / soir**,
- 3457 actes par l'effecteur d'AlloGarde sur le secteur de Royan en soirée soit **9,5 actes / médecin effecteur / soir**.

La PDSA non professionnalisée, répartie sur 3 à 4 secteurs représente 11 % des actes de PDSA de soirée, soit :

- 1020 actes pour l'année 2015,
- 2,8 actes non urgents par soirée de semaine et de WE,
- 0,7 à 0,9 actes / médecin effecteur / soir.

Notons que les secteurs n'ayant pas d'effecteurs en soirée présentent presque tous une activité en soirée, avec un nombre d'actes parfois supérieur à celui des secteurs ayant un effecteur.

Le tableau ci-dessous présente l'activité de PDSA de soirée par secteur et par soir en 2015. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

Les secteurs dont l'activité est en gras sont les secteurs ayant un effecteur mobilisé en soirée en 2015.

	Moyenne d'ACTES / soir
SECTEURS	**2015**
SOS-médecins	**10,84**
Royan	**9,47**
Ile d'Oléron	**1,56**
Saintes	0,70
Aunis-Verte	**0,58**
La Rochelle hors SOS médecins	0,46
Aigrefeuille	0,44
Ile de Ré	**0,42**
Jonzac-Archiac	**0,23**
Angérien	0,19
Grand Rochefort	0,12
St Agnant	0,05
Presqu'île d'Arvert	0,03
Marennes	0,011
St Aigulin-3 Monts	0,008
Saujon-Cozes-Mortagne	0,003
Mirambeau-St Genis de Saintonge	0,00
TOTAL ACTIVITE	25,11

En 2015, seuls 3 secteurs effectuent au moins 1 acte par soir : La Rochelle via SOS-médecins, Royan et l'île d'Oléron, 3 des secteurs ayant un effecteur mobilisé en soirée. La Rochelle et Royan sont ceux qui en effectuent le plus, aux alentours de 10 chaque soir.

En 2015, le secteur de Jonzac comptabilisait 84 actes en soirée, soit **0,23 actes / médecin effecteur / soir** ou **1 acte tous les 4 soirs**.

Le secteur d'Aunis-Verte comptabilisait 210 actes en soirée, soit **0,58 actes / médecin effecteur / soir** ou **1 acte tous les 2 soirs**.

Le secteur de l'île d'Oléron comptabilisait 571 actes en soirée, soit **1,56 actes / médecin effecteur / soir**.

Le secteur de l'île de Ré comptabilisait 155 actes sur 2 mois soit **2,5 actes / médecin effecteur / soir.**

2) Activité de week-ends et jours fériés par secteur (hors soirée) :

Le tableau ci-dessous présente l'activité de PDSA par secteur pour les WE et JF, en 2015. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

Le nombre d'habitants par secteur est également indiqué, il s'agit de la population municipale au 1er Janvier 2014 (45).

Activité WE et JF / secteur / an

SECTEURS	nombre d'habitants	2015
SOS-médecins	169533	4921
Royan	34361	4656
La Rochelle hors SOS-médecins	74998	1849
Saintes	84966	1703
Angérien	50815	1127
Ile d'Oléron	23032	1101
Ile de Ré	17711	1043
Grand Rochefort	45429	742
Aunis-Verte	22992	640
Aigrefeuille	37718	626
Presqu'île d'Arvert	18763	494
Jonzac-Archiac	18232	382
St Aigulin-3 Monts	26087	375
St Agnant	22560	353
Saujon-Cozes-Mortagne	37162	338
Marennes	13353	311
Mirambeau-St Genis de Saintonge	14126	159
TOTAL ACTIVITE	**636840**	**20820**

L'activité la plus importante est réalisée par les 2 secteurs de PDSA professionnalisés. Ensuite, les 6 MMG enregistrent une activité supérieure aux secteurs sans MMG.

Le tableau ci-dessous présente l'activité de PDSA par secteur et par jour de WE et JF, en 2015. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

Moyenne d'ACTES / jour de WE et JF

SECTEURS	2015
SOS-médecins	43,55
Royan	41,20
La Rochelle hors SOS-médecins	16,36
Saintes	15,07
Angérien	9,97
Ile d'Oléron	9,74
Ile de Ré	9,23
Grand Rochefort	6,57
Aunis-Verte	5,66
Aigrefeuille	5,54
Presqu'île d'Arvert	4,37
Jonzac-Archiac	3,38
St Aigulin-3 Monts	3,32
St Agnant	3,12
Saujon-Cozes-Mortagne	2,99
Marennes	2,75
Mirambeau-St Genis de Saintonge	1,41
TOTAL ACTIVITE	**184,25**

D'après ces données, l'activité professionnalisée de WE et JF est de 9577 actes soit 84,7 actes non urgents par jour de WE ou JF ; elle représente 46 % de l'activité totale de la PDSA des WE et JF en Charente-Maritime en 2015 :

- 4921 actes en 2015 par les 2 effecteurs de SOS-médecins sur le secteur de La Rochelle les WE et JF soit 23,6 % de l'activité,

- 4656 actes par les 2 effecteurs d'AlloGarde sur le secteur de Royan les WE et JF soit 22,4 % de l'activité.

Cette activité professionnalisée rapportée à une activité par jour de WE et JF est de :

- **43,5 actes / jour** pour le secteur de La Rochelle, **soit 21,7 actes / jour de WE et JF / effecteur,**

- **41,2 actes / jour** pour le secteur de Royan, soit 20,6 actes / jour de WE et JF / effecteur.

L'activité par jour de WE et JF est proche sur les 2 secteurs professionnalisés à plus de 40 actes, et est plus de 2 fois supérieure à l'activité de la MMG de La Rochelle qui est le secteur non professionnalisé ayant la plus grande activité de WE et JF en 2015.

La PDSA non professionnalisée, assurée par 15 effecteurs représente 54 % des actes de PDSA de soirée, soit :

- 11 243 actes pour l'année 2015,
- 99,5 actes non urgents par jour de WE ou JF,
- **6,6 actes / jour /** effecteur.

Le secteur de Mirambeau-St Genis de Saintonge a la plus faible activité avec 1,41 actes / jour de WE et JF en 2015.

3) Activité rapportée au nombre d'habitants :

Nous avons choisi de rapporter l'activité de soirée et de WE et JF par secteur au nombre d'habitants.

Ces données sont à prendre avec précaution car seule la population municipale est prise en compte ; or les actes incluent des actes réalisés pour des patients estivaux.

a) Activité rapportée au nombre d'habitants par soir et par secteur

Le tableau ci-dessous présente l'activité de PDSA de soirée par secteur, par soir et pour 100 000 habitants en 2015. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

Les secteurs dont l'activité est en gras sont les secteurs ayant un effecteur mobilisé en soirée en 2015.

Nombre d'actes / soir / 100 000 habitants

SECTEURS	2015
Royan	**27,56**
Ile d'Oléron	**6,79**
SOS-médecins	**6,39**
Aunis-Verte	**2,50**
Ile de Ré	**2,40**
Jonzac-Archiac	**1,26**
Aigrefeuille	1,17
Saintes	0,82
La Rochelle hors SOS médecins	0,61
Angérien	0,37
Grand Rochefort	0,26
St Agnant	0,22
Presqu'île d'Arvert	0,16
Marennes	0,08
St Aigulin-3 Monts	0,03
Saujon-Cozes-Mortagne	0,01
Mirambeau-St Genis de Saintonge	0,00
TOTAL ACTIVITE	3,94

Rapporté à la population de chaque secteur (hors population estivale), le nombre d'actes par soirée est de :

- sur le secteur de La Rochelle par SOS-médecins (169 533 habitants sur le secteur) : 6,4 actes pour 100 000 habitants chaque soir en 2015,
- sur le secteur de Royan via AlloGarde (34 361 habitants) : 27,6 actes pour 100 000 habitants chaque soir en 2015,
- sur le secteur de Jonzac-Archiac (18 232 habitants) : 1,3 actes pour 100 000 habitants chaque soir en 2015,
- sur le secteur d'Aunis-Verte (22 992 habitants) : 2,5 actes pour 100 000 habitants chaque soir en 2015,
- sur le secteur de l'île d'Oléron (23 032 habitants) : 6,8 actes pour 100 000 habitants chaque soir en 2015.

b) Activité rapportée au nombre d'habitants par jour de week-ends et jours fériés et par secteur

Le tableau ci-dessous présente l'activité de PDSA par secteur et par jour de WE et JF, pour 100 000 habitants en 2015. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

Nombre d'actes / jour / 100 000 habitants

SECTEURS	2015
Royan	119,91
Ile de Ré	52,12
Ile d'Oléron	42,30
SOS-médecins	25,69
Aunis-Verte	24,63
Presqu'île d'Arvert	23,30
La Rochelle hors SOS-médecins	21,81
Marennes	20,61
Angérien	19,63
Jonzac-Archiac	18,54
Saintes	17,74
Aigrefeuille	14,69
Grand Rochefort	14,45
St Agnant	13,85
St Aigulin-3 Monts	12,72
Mirambeau-St Genis de Saintonge	9,96
Saujon-Cozes-Mortagne	8,05
TOTAL ACTIVITE	**28,93**

La plus grande activité de PDSA les WE et JF rapportée au nombre d'habitants est celle du secteur de Royan qui est presque 5 fois supérieure à celle de SOS-médecins. Le secteur de La Rochelle via SOS-médecins n'est d'ailleurs pas parmi les secteurs ayant l'activité la plus importante.

Ce sont les MMG des secteurs de l'île de Ré et de l'île d'Oléron qui ont la plus grande activité de WE et JF rapportée au nombre d'habitants en 2015 après le secteur de Royan.

Ensuite, les autres MMG ainsi que le secteur de SOS-médecins ont une activité qui est inférieure à d'autres secteurs notamment le secteur d'Aunis-Verte.

E- ACTIVITE DES MAISONS MEDICALES DE GARDE en Charente-Maritime

Nous avons isolé l'activité par année des secteurs ayant une MMG d'une part avec les données de l'ISPL (50) et d'autre part avec les données de la CPAM (48). Nous n'avons pris en compte que les actes de WE et JF, hors soirée.

Le tableau suivant reprend l'évolution de 2013 à 2015 de l'activité des secteurs ayant une MMG selon les données de l'ISPL. Les secteurs sont classés par ordre décroissant d'activité.

Nous avons considéré pour la MMG de La Rochelle que son activité ne comprenait que les habitants de La Rochelle intra-muros.

	2013	**2014**	**2015**
La Rochelle	2 170	2 174	2 492
Saintes	1 415	1 358	1 574
Angérien	714	929	847
Rochefort	662	552	645
Ré	342	349	391
Oléron	54	36	35

Données ISPL

Nous constatons devant ces données que la MMG du secteur de La Rochelle est celle qui effectue le plus grand nombre d'actes, pour les patients du département.

L'activité augmente de 2013 à 2015 pour toutes les MMG sauf pour celle du secteur de Rochefort.

L'activité des secteurs de Rochefort et de St Jean d'Angély ne semble pas influencée par la création des MMG de ces secteurs (entre 2012 et 2013).

Le tableau ci-dessous correspond à l'activité de 2015 des secteurs avec MMG selon les données de la CPAM. Les secteurs sont triés par ordre décroissant d'activité.

	2015
La Rochelle	1 849
Saintes	1 703
Angérien	1 127
Oléron	1 101
Ré	1 043
Rochefort	742

données CPAM

Enfin le dernier tableau compare l'activité issue des données de l'ISPL, à celle des données issues de la CPAM, des secteurs ayant une MMG.

	Données ISPL	**Données CPAM**
	20 15	
Angérien	847	1 127
La Rochelle	2 492	1 849
Oléron	35	1 101
Ré	391	1 043
Rochefort	645	742
Saintes	1 574	1703

Les secteurs de La Rochelle et de Saintes enregistrent la plus forte activité.

L'activité de la MMG d'Oléron selon les données de l'ISPL est minime mais elle ne prend en compte que les patients habitants le secteur de la MMG. Or on peut supposer qu'une grande part de son activité est liée à la présence touristique ; ceci est confirmé par les données d'activité de la MMG selon la CPAM.

En effet l'activité varie de 35 actes à 1101 actes par an entre les deux sources de données.

Enfin, le nombre d'actes à l'année des MMG reste toujours inférieur à l'activité des secteurs professionnalisés que ce soit selon les données de l'ISPL ou selon les données de la CPAM.

F - COÛT DE LA PDSA

Les données sont issues de l'ISPL (52). Ce sont les données globales pour le département. Elles ne sont pas réparties par secteurs.

1) Coût de la PDSA en Charente-Maritime via le champ conventionnel :

Les honoraires ci-dessous ne comprennent pas le coût de la consultation (23 €) ni celui de la visite (33€) mais uniquement le coût de la majoration.

TOTAL PDSA (rémunération des actes)

	2012		2013		2014		2015	
	actes	honoraires	actes	honoraires	actes	honoraires	actes	honoraires
soirée	6710	297 193,21 €	7087	313 076,68 €	7639	336 515,49 €	8932	392 601,97 €
WE et JF	18609	506 027,90 €	19185	521 406,65 €	19613	528 857,39 €	20636	559 832,60 €
nuit profonde	1712	99 126,92 €	1846	108 506,68 €	1840	108 600,50 €	2005	118 445,60 €
	27031	**902 348,03 €**	**28118**	**942 990,01 €**	**29092**	**973 973,38 €**	**31573**	**1 070 880,17 €**

La rémunération des actes a augmenté puisque le nombre d'actes a augmenté.

2) Coût des astreintes effecteurs :

Pour rappel nous parlons ici de la rémunération forfaitaire des médecins effecteurs par l'ARS Poitou-Charentes via le FIR.

Le coût de l'astreinte a évolué comme suit de 2012 à 2015 en Charente-Maritime.

Coût de l'astreinte effecteur (forfaits ARS)

	2012	2013	2014	2015
de soirée	100 415,00 €	105 825,00 €	92 665,00 €	90 420,00 €
de nuit profonde	73 200,00 €	69 300,00 €	72 500,00 €	68 170,00 €
de week ends et jours fériés	127 155,00 €	138 482,50 €	133 862,50 €	155 777,50 €
total	**300 770,00 €**	**313 607,50 €**	**299 027,50 €**	**314 367,50 €**

Le coût de l'astreinte a augmenté entre 2012 et 2013 puis diminué en 2014 et réaugmenté entre 2014 et 2015 tout en restant proche de 2013. Il a augmenté de 13 597,50 € entre 2012 et 2015.

Le coût de l'indemnité de l'astreinte rapporté à la population du département est de :

- 0,48 € / habitant en 2012,
- 0,50 € / habitant en 2013,
- 0,47 € / habitant en 2014,
- 0,49 € / habitant en 2015.

NB : La population municipale au 1er Janvier 2012 est de 625 682 habitants (61), au 1er Janvier 2014 de 637 089 habitants (45).

a) Coût de l'astreinte de soirée

Le coût de l'astreinte de soirée a diminué : **- 10 %** entre 2012 et 2015.

En 2015 le coût que génère l'astreinte des 6 à 7 médecins mobilisés sur 5 à 6 secteurs du département est de 90 420 €.

Ce coût est plus faible que les 3 années précédentes, années qui mobilisaient 8 à 9 médecins effecteurs sur 7 à 8 secteurs.

b) Coût de l'astreinte en nuit profonde

Le coût de l'astreinte en nuit profonde, reversée essentiellement à SOS médecins, est stable de 2012 à 2015 avec une moyenne de 70 800 €.

c) Coût de l'astreinte de week-ends et jours fériés

Le coût de l'astreinte de WE et JF a augmenté de **+ 22,5 %** entre 2012 et 2015.

Il a surtout sensiblement augmenté entre 2014 et 2015 : **+ 16,4 %,** alors qu'il avait diminué de **– 3,3 %** entre 2013 et 2014 et augmenté de **+ 8,9 %** entre 2012 et 2013.

En 2015 le coût que génère l'astreinte des 19 médecins mobilisés les WE et JF sur le département est de 155 777,50 €.

Ce coût est plus élevé que les 3 années précédentes, années qui mobilisaient depuis 2013 également 19 médecins effecteurs contre 22 effecteurs en 2012.

3) <u>Coût des astreintes régulateurs :</u>

Le coût de l'astreinte des régulateurs par année évolue comme suit :

Coût de l'astreinte (régulateur)

2012	2013	2014	2015
590 573,00 €	566 917,00 €	588 019,00 €	577 949,00 €

Le coût de la rémunération des régulateurs libéraux en Charente-Maritime a globalement diminué de **– 2,1 %** entre 2012 et 2015 ; la diminution est de 12 624 €.

Le coût de l'indemnité de régulation rapporté à la population du département est de :

- 0,94 € / habitant en 2012,
- 0,91 € / habitant en 2013,

- 0,93 € / habitant en 2014,

- 0,91 € / habitant en 2015.

NB : La population municipale au 1er Janvier 2012 est de 625 682 habitants (61), au 1er Janvier 2014 de 637 089 habitants (45).

4) Coût global de la PDSA :

TOTAL PDSA (actes + effection + régulation)

2012	2013	2014	2015
1 793 691,03 €	**1 823 514,51 €**	**1 861 019,88 €**	**1 963 196,67 €**

Le coût global de la PDSA a augmenté.

Ceci reflète les données précédentes : augmentation du nombre d'actes de + 16,8 % avec stabilité de la rémunération des effecteurs et des régulateurs.

5) Coût moyen d'un acte :

Le tableau ci-dessous présente le coût de l'astreinte effecteur pour un acte régulé non urgent pour chaque créneau de garde : (rapport coût de l'astreinte / nombre d'actes).

Coût moyen d'un acte (astreinte)

	2012	2013	2014	2015
soirée	14,96 €	14,93 €	12,13 €	10,12 €
WE et JF	6,83 €	7,22 €	6,82 €	7,55 €
nuit	42,76 €	37,54 €	39,40 €	34,00 €
coût moyen d'un acte	11,13 €	11,15 €	10,28 €	9,96 €

Le nombre d'actes pris en compte est issu des données de l'ISPL pour le département (52).

A ce coût, ajoutons le coût moyen d'un acte via le champ conventionnel, présenté dans le tableau suivant (rapport honoraires / nombre d'actes) :

Coût moyen d'un acte (acte)

	2012	2013	2014	2015
soirée	44,29 €	44,18 €	44,05 €	43,95 €
WE et JF	27,19 €	27,18 €	26,96 €	27,13 €
nuit profonde	57,90 €	58,78 €	59,02 €	59,07 €
coût moyen d'un acte	33,38 €	33,54 €	33,48 €	33,92 €

Ainsi on obtient dans le tableau suivant le coût moyen d'un acte, comprenant les honoraires du champ conventionnel et l'astreinte de l'effecteur via le FIR et ce pour les différents créneaux horaires.

Coût moyen d'un acte (acte + astreinte)

	2012	2013	2014	2015
soirée	59,25 €	59,11 €	56,18 €	54,07 €
WE et JF	34,02 €	34,40 €	33,78 €	34,68 €
nuit profonde	100,66 €	96,32 €	98,42 €	93,07 €
coût moyen d'un acte	44,51 €	44,69 €	43,76 €	43,88 €

Le coût moyen a tendance à diminuer :

- coût global : - 0,63 €,
- en soirée : - 5,18 €,
- en nuit profonde : - 7,59 €.

Par contre les WE et JF le coût moyen d'un acte augmente entre 2012 et 2015 : + 0,66 €.

Ce coût moyen s'applique pour la globalité de la Charente-Maritime et varie donc d'un secteur à l'autre. Ainsi sur certains secteurs où l'activité est moins importante, le coût de l'acte va augmenter de manière importante.

Par exemple sur le secteur de Jonzac-Archiac en soirée de 20h à minuit, l'astreinte effecteur est rémunérée 50 € pour 4h. En 2015 et sur ce secteur, il y a eu un acte tous les 4 soirs et 1 acte en soirée coûte en moyenne 43,95 € (champ conventionnel)

Ainsi un acte de soirée sur le secteur de Jonzac coûte :

4 x 50€ + 43,95€ = 243,95 €

soit 4,5 fois plus qu'en moyenne sur le département (54,07 €).

VI – DISCUSSION

1) Organisation de la PDSA en Charente-Maritime :

La Charente-Maritime a adapté l'organisation de sa PDSA en réponse à une baisse de sa démographie médicale avec en parallèle un vieillissement et une féminisation des MG.

L'évolution de l'organisation de la PDSA en Charente-Maritime induit pour l'effection :

- une effection en nuit profonde réduite assurée uniquement sur le secteur de La Rochelle par SOS-médecins,
- une effection en soirée en forte baisse et principalement assurée par une PDSA professionnalisée ; le nombre de secteurs couverts par l'effection de PDSA a diminué de 7 secteurs en 2012, 2013 et 2014 à 5 en 2015. Ajoutons le secteur de l'île de Ré en juillet et en août,
- une effection les WE et JF couvrant toujours tout le département mais une effection optimisée par le regroupement de certains secteurs et ainsi par la diminution du nombre d'effecteurs ; le département est passé de 20 secteurs en 2012, à 17 en 2013, et 16 secteurs fin 2015.

Par ailleurs, la Charente-Maritime a augmenté le nombre des MMG sur son territoire, structures qui semblent être une réponse aux difficultés auxquelles la PDSA fait face actuellement. Toutefois ces points fixes de consultation ont une limite qui est celle des visites incompressibles pour lesquelles il faudra dans l'avenir mettre en place des solutions. Dans le département un groupe de travail a été mis en place concernant les certificats de décès ; nous pourrions imaginer la mise en place d'un même groupe pour les autres visites incompressibles, notamment pour les patients en EHPAD.

Au niveau national des expériences sont proposées et leur mise en place dans le département est peut-être à réfléchir : télémédecine, transport sanitaire des patients vers les lieux fixes de consultation, mutualisation d'infirmiers en EHPAD, certificats de décès à distance, etc. (8)

Quand à la régulation en Charente-Maritime, elle est en place sur tous les créneaux horaires de PDSA. Elle comprend même le samedi matin qui n'est pas actuellement un horaire de PDSA.

Son activité est importante avec une moyenne de 150 appels / jour (48). De plus cette activité a augmenté de + 8,6 % entre 2012 et 2015.

Plus de 50 % de l'activité de régulation liée à la PDSA a lieu les WE et JF.

En réponse aux appels, les médecins régulateurs libéraux délivrent :

- 35 % de télé conseils mais très peu de télé prescriptions,
- 30 % de conseils de consulter le médecin effecteur.

2) Activité de la PDSA en Charente-Maritime :

a) Activité par créneaux horaires

Les résultats discutés dans ce paragraphe sont issus des données de l'ISPL mais obtenues de deux manières différentes.

Premièrement nous avons calculé l'activité selon les données de l'ISPL (52) obtenues à partir de l'activité des médecins généralistes effecteurs. L'activité de PDSA en Charente-Maritime a globalement augmenté (+16,8 %) sur tous les créneaux horaires de 2012 à 2015 :

- + 33 % en soirée,
- + 17,1 % en nuit profonde,
- + 10,9 % les WE et JF.

Deuxièmement, nous avons calculé l'activité par créneaux en fonction des chiffres de l'ISPL obtenus à partir des actes remboursés aux patients de Charente-Maritime (50). Ces chiffres confirment cette augmentation d'activité de 2013 à 2015 :

- + 33 % en soirée,
- + 12,4 % les WE et JF.

Ainsi les chiffres sont différents puisque l'origine des données est différente. Toutefois ils confirment l'augmentation de l'activité de PDSA.

Cette augmentation de l'activité s'est faite alors que le nombre de secteurs a diminué. La Charente-Maritime a optimisé le nombre des secteurs tout en conservant des secteurs actifs.

b) Activité par effecteur

L'activité globale de PDSA rapportée à 1 effecteur augmente également de 2012 à 2015 selon l'ISPL (52), en passant :

- de 2,3 à 4,1 actes / soir / effecteur,
- de 4,7 à 5,5 actes / nuit / effecteur,
- de 7,5 à 9,6 actes/ jour de WE et JF / effecteur.

Il existe de fortes disparités entre les secteurs sur les différents créneaux horaires.

⇨ En soirée en 2015

En soirée et selon les secteurs, l'activité par effecteur varie :

- selon l'ISPL (50) : entre 0,05 et 5,4 actes / soir / effecteur,
- selon la CPAM (48) : entre 0,23 et 9,5 actes / soir / effecteur.

Nous avons constaté que les 4 secteurs ayant arrêté leur activité de soirée en 2014 et 2015 étaient les secteurs avec l'activité la plus faible ; cette activité étant parfois d'un seul acte tous les 10 soirs (exemple du secteur de Marennes en 2014).

Cet arrêt de l'effection de soirée se justifie devant cette activité plus que faible.

Les 3 secteurs qui continuent à mobiliser des effecteurs en soirée (l'île d'Oléron, La Rochelle, Royan) ont par contre une activité supérieure, ce qui laisse penser que ces secteurs ne devraient pas se désengager de l'effection de soirée.

Concernant le secteur de l'île de Ré, son activité de soirée n'est effective que l'été et est également supérieure à celle des secteurs ayant cessé d'assurer l'effection de soirée. Ceci nous laisse penser que cette effection de soirée va également être maintenue sur le secteur de l'île de Ré.

⇨ **Les jours de week-ends et jours fériés en 2015**

Les jours de WE et JF et selon les secteurs, l'activité par effecteur varie :

- selon l'ISPL (50) : entre 0,31 et 18,66 actes / jour de WE et JF / effecteur,
- selon la CPAM (48) : entre 1,41 et 21,7 actes / jour de WE et JF / effecteur.

Certains secteurs ont une activité vraiment faible les jours de WE et JF. Les autorités pourraient craindre un désengagement des effecteurs sur ces secteurs. Cela ne semble pas être la volonté des effecteurs du département. En effet depuis 2012 nous constatons que l'ensemble du département a conservé des effecteurs les jours de WE et JF.

Par contre, les horaires d'effection ont été limités (17h à 19h le samedi, 10h à 12h et 17h à 19h les dimanches), probablement en réponse à cette faible activité. Cependant nous pouvons nous demander si la restriction des créneaux horaires ne risque pas d'accentuer la baisse d'activité.

c) Part d'activité professionnalisée

⇨ **Part d'augmentation**

Selon les chiffres de l'ISPL (50), l'augmentation de l'activité de PDSA en Charente-Maritime est essentiellement en lien avec l'activité de PDSA professionnalisée, à savoir SOS-médecins et AlloGarde :

- en soirée : 85,3 % de l'augmentation,
- les WE et JF : 62,8 % de l'augmentation.

⇨ **Part d'activité en nuit profonde**

Quasiment 100 % de l'activité en nuit profonde est réalisée par SOS-médecins, selon les données de la CPAM (48).

⇨ **Part d'activité en soirée de semaine et de week-ends**

En soirée, 4 actes sur 5 sont des actes réalisés par un effecteur de PDSA professionnalisé.

En 2015 et selon les données de la CPAM (48) les effecteurs professionnalisés réalisent :

- 81 % de l'activité de PDSA en soirée,
- 5,4 actes / soir / effecteur sur le secteur de SOS-médecins à La Rochelle,
- 9,5 actes / soir / effecteur sur le secteur de Royan à AlloGarde.

De 2013 à 2015 et selon les données de l'ISPL (50) l'activité se répartit comme suit :

- de 2,34 à 3,23 actes / soir / effecteur sur le secteur de La Rochelle via SOS- médecins,
- de 3,19 à 5,4 actes / soir / effecteur sur le secteur de Royan.

A l'opposé, les secteurs non professionnalisés réalisent en moyenne 0,7 à 0,9 acte / soir / effecteur selon la CPAM (48) et moins d'1 acte / soir / effecteur sur les autres secteurs ayant une activité de soirée selon l'ISPL (50).

⇨ **Part d'activité les week-ends et jours fériés hors soirée**

Les week-ends et jours fériés, 1 acte sur 2 est réalisé par un effecteur de PDSA professionnalisé.

En 2015 et selon les données de la CPAM (48) les secteurs professionnalisés réalisent :

- 46 % de l'activité de PDSA les WE et JF,
- 21,7 actes / jour de WE et JF / effecteur sur le secteur de SOS-médecins La Rochelle,
- 20,6 actes / jour de WE et JF / effecteur sur le secteur de Royan à AlloGarde.

De 2013 à 2015 et selon les données de l'ISPL (50) :

- de 13,37 à 16,34 actes / jour de WE et JF / effecteur sur le secteur de La Rochelle,
- de 7,76 à 9,33 actes / jour de WE et JF / effecteur sur le secteur de Royan.

A l'opposé, les secteurs non professionnalisés réalisent en moyenne 6,6 actes / jour de WE et JF / effecteur selon la CPAM (48).

⇨ **Conclusion**

La PDSA professionnalisée entraîne une inflation de l'activité de PDSA en Charente-Maritime. Si on excluait cette PDSA, l'activité globale et l'augmentation de cette activité dans le département seraient beaucoup moins importantes et notamment en soirée.

Le coût de la PDSA est donc très probablement également en inflation sous l'effet de la PDSA professionnalisée.

d) Activité rapportée à la population municipale

L'activité de PDSA rapportée au nombre d'habitants a augmenté sur les créneaux de PDSA de soirée et également de WE et JF, de 2012 à 2015.

⇨ **En soirée**

Selon l'ISPL (52) l'activité globale du département a augmenté de 2,9 à 3,8 actes / soir / 100 000 habitants entre 2012 et 2015.

La présence touristique influence fortement l'activité de PDSA en soirée. En effet si on prend l'exemple de Royan :

- selon la CPAM (48) l'activité est de 27,6 actes / soir / 100 000 habitants en 2015,
- selon l'ISPL (50) l'activité de Royan évolue de 9,3 actes / soir / 100 000 habitants en 2013 à 15,72 actes / soir / 100 000 habitants en 2015.

Les données de l'ISPL prennent en compte uniquement les actes réalisés pour les patients résidant en Charente-Maritime, et excluent donc les actes réalisés pour la population touristique. Nous constatons alors que l'activité rapportée au nombre d'habitants est bien plus faible en comparaison à l'activité calculée à partir des données de la CPAM qui prennent en compte les actes réalisés pour la population touristique. Les chiffres de l'ISPL (50) confirment l'influence de l'activité touristique.

Toutefois il est difficile de correctement interpréter ces chiffres car ils comportent un biais. En effet, le calcul de l'activité rapportée au nombre d'habitants pour les chiffres de la CPAM est faussé puisqu'il n'inclut pas la population touristique.

⇨ **Week-ends et jours fériés**

L'activité a augmenté de 2012 à 2015 de 25,8 à 28,7 actes / jour de WE et JF / 100 000 habitants selon l'ISPL (52).

En prenant en compte le même biais que pour les actes de soirée, les chiffres de l'ISPL (50) semblent confirmer la part importante d'actes liés à l'afflux touristique :

- l'activité du secteur de Royan est de 54,32 actes / jour de WE et JF / 100 000 habitants en 2015 selon l'ISPL (50),
- elle est de 119,9 actes / jour de WE et JF / 100 000 habitants selon la CPAM (48).

e) Activité des Maisons Médicales de Garde

L'activité des MMG semble influencée par le tourisme et notamment pour les MMG des secteurs de l'île d'Oléron et de l'île de Ré.

Si on compare les données de l'ISPL à celles de la CPAM (48,50) pour 2015:

- pour le secteur de l'île de Ré, la présence touristique multiplie par 3 l'activité,
- pour le secteur de l'île d'Oléron l'activité est multipliée par 30.

Selon les données de la CPAM (48), les MMG des secteurs de La Rochelle et de Saintes ont l'activité la plus importante, la MMG du secteur de Rochefort est celle qui a la plus faible activité.

L'activité de chacun des secteurs avec une MMG reste inférieure à l'activité de chacun des secteurs professionnalisés, notamment en 2015 et selon les données de la CPAM (48).

Toutefois cette activité est toujours supérieure à celle des autres secteurs non professionnalisés. Les MMG semblent entraîner une augmentation du nombre d'actes de PDSA sur leurs secteurs respectifs.

Nous pouvons formuler une critique de ces données : elles sont limitées dans le temps et il serait intéressant de les préciser en réalisant une étude spécifique portant sur l'activité de ces MMG.

f) Activité non régulée

La part d'activité non régulée en Charente-Maritime selon les données de l'ISPL (52) est inférieure à la part nationale :

- moins de 17 % d'activité non régulée en Charente-Maritime entre 2013 et 2015,
- 40 % d'activité non régulée au niveau national en 2013.

La question est de savoir si ceci est lié à une meilleure connaissance de l'organisation de la PDSA par les patients de Charente-Maritime, or ce n'est pas ce que les thèses précédentes (38,57) portant sur la PDSA en Charente-Maritime rapportent. Dans la thèse de Gabriel HOERTH, 38,4 % des patients de son étude ne savaient toujours pas contacter ou accéder au médecin de garde ; dans la thèse de Marie-Christine HALMEL, seulement 28,9 % des patients avaient appelé le centre 15 avant de se déplacer aux urgences.

Peut-être que dans les données dont nous disposons (52), la part d'activité non régulée est sous-estimée.

3) **Coût de la PDSA en Charente-Maritime :** (52)

a) Un coût maîtrisé de 2012 à 2015

Le coût de l'astreinte effecteur est stable entre 0,48 et 0,49 € / habitant de 2012 à 2015.

Le coût de l'astreinte régulateur est également stable entre 0,94 et 0,91 € / habitant de 2012 à 2015.

Le coût global (actes + astreinte effecteur + astreinte régulateur) est en augmentation mais en regard d'une augmentation du nombre d'actes régulés.

b) Coût de l'astreinte effecteur

En soirée, le coût de l'astreinte effecteur diminue de 2012 à 2015, ce qui est expliqué par une diminution du nombre d'effecteurs.

Les WE et JF, le coût de cette astreinte augmente, il a augmenté de + 22,5 % alors même que le regroupement des secteurs a entraîné une diminution du nombre des effecteurs. Nous n'avons pas trouvé l'explication à cette augmentation ; en effet ce coût aurait dû logiquement diminuer.

Le coût de l'astreinte en nuit profonde a diminué.

c) Coût moyen d'un acte

Le coût moyen d'un acte diminue globalement si l'on considère tous les créneaux horaires : - 0,63 € entre 2012 et 2015.

Il a par contre tendance à augmenter sur les créneaux de WE et JF : + 0, 66 € entre 2012 et 2015.

Toutefois il est important de prendre en compte une forte disparité du coût moyen d'un acte. Les secteurs où peu d'actes sont réalisés voient le coût de l'acte global augmenter, par le fait que les astreintes restent rémunérées de la même manière qu'il y ait beaucoup ou peu d'actes réalisés.

Le nombre d'effecteurs étant le plus important le WE et les JF, c'est surtout pour l'activité des WE et JF que cette disparité de coût importe. Cependant il semble peu probable que l'effection diminue sur ce créneau horaire de WE et JF. Par contre, nous pensons qu'il est encore possible d'optimiser ce coût en poursuivant notamment la mise en place de MMG, MMG qui ont une plus grande activité que les secteurs sans MMG.

d) Coût de la PDSA professionnalisée

Les données dont nous disposons ne nous permettent pas de calculer le coût lié aux actes de PDSA professionnalisée. Par contre nous savons que plus un secteur effectue d'actes, moins l'acte revient cher. De plus pour ces secteurs, l'astreinte est rémunérée pour peu d'effecteurs.

Nous pourrions estimer que si les actes sont représentés en soirée à 81 % par la PDSA professionnalisée alors son coût est de 81 %, même chose pour les WE et JF en considérant que l'activité de PDSA est représentée à 46 % par l'activité professionnalisée. Or ce serait biaisé car le pourcentage d'activité ne se superpose pas au pourcentage du coût.

Toutefois il n'est pas interdit de penser que le coût global de la PDSA sur ces 2 secteurs professionnalisés représente une part majeure du coût global de la PDSA du département.

Et nous pouvons nous demander dans quelles limites les pouvoirs publics pourront supporter ce coût inflationniste pour la PDSA du département.

4) **Limites :**

a) Données

La principale limite du travail concerne les données chiffrées sur lesquelles nous avons fondées notre étude de l'activité de la PDSA. En effet, les deux sources principales sont la CPAM via l'ARS et l'ISPL ; nous connaissons l'origine des données mais pour ces deux sources différentes nous ne savons pas de quelle manière elles ont été traitées.

Par ailleurs les données sont difficilement comparables car obtenues de manières différentes. Ainsi pour les données de l'ISPL nous avons d'une part des données de 2012 à 2015 qui sont obtenues à partir de l'activité des MG et d'autre part des données qui sont obtenues à partir des actes remboursées à la population de Charente-Maritime de 2012 à 2015. Et ceci se ressent dans la lecture des données qui retrouve des chiffres différents d'une source à l'autre.

Par ailleurs les données de l'ISPL par communes sont difficiles à interpréter car elles ne sont pas le reflet de l'activité des effecteurs, notamment les données concernant le secteur de l'île d'Oléron.

Ces données ne sont pas parfaites mais nous avons choisi de les exploiter tout de même car elles nous apportaient des informations différentes et intéressantes.

Nous pouvons également regretter le manque de certaines données que nous n'avons pas pu obtenir : les chiffres de la CPAM pour les années 2012, 2013 et 2014 ; les données de l'ISPL concernant les actes non régulés de 2012.

b) Exploitation des données

Nous avons fait l'interprétation de certaines données pour pouvoir comparer les différentes sources ; toutefois ceci a pu amener des biais.

Tout d'abord lorsque nous avons exploité les données par secteur issues de l'ISPL, nous avons séparé les habitants de La Rochelle intra-muros pour tenter d'approcher l'activité de la MMG de La Rochelle. Ces données sont biaisées car il est impossible de savoir si les patients habitants La Rochelle intra-muros sont allés consulter à la MMG ou via SOS-médecins. Toutefois avec les données de la CPAM de 2015 nous avons pu approcher l'activité de la MMG de La Rochelle.

Pour les autres secteurs avec une MMG ces données sont également biaisées. En effet nous ne pouvons pas savoir si des patients des secteurs limitrophes des secteurs avec MMG ne sont pas venus consulter à la MMG ; et ainsi le nombre d'actes réalisés dans les différentes MMG peut être sous-estimé.

Enfin, un biais est lié aux données de la CPAM. Lorsque nous rapportons l'activité au nombre d'habitants via les données de la CPAM, la population municipale prise en compte ne représente pas la population réellement prise en charge puisque celle-ci inclut la population touristique, population difficile à estimer.

VII – CONCLUSION

La Charente-Maritime semble optimiser l'organisation de sa PDSA en s'appuyant sur une régulation efficace et en mobilisant les médecins effecteurs à bon escient sur des créneaux horaires repérés et validés par les médecins de terrain, en évitant les astreintes coûteuses aux endroits et aux horaires où il n'y a pas ou que trop peu de demande de PDSA.

Ainsi depuis 2012 les acteurs de la PDSA en Charente-Maritime ont revu l'organisation de la PDSA en fonction de l'activité sur les différents créneaux horaires. Là où elle était trop faible, ils ont œuvré pour l'arrêter ou pour resectoriser. Quand elle apparaît efficace, elle a été maintenue. Ceci explique la baisse du nombre d'effecteurs en soirée, la quasi absence d'effecteurs en nuit profonde et à l'opposé une PDSA les WE et JF couvrant tout le département.

La PDSA en Charente-Maritime est caractérisée en 2016 par la présence de deux secteurs de PDSA professionnalisée parmi 16 secteurs, qui ont une activité importante. Cette PDSA induit un coût inflationniste mais elle existe en regard d'une demande de soins de la part des patients, et notamment de la population estivale touristique.

Dans l'avenir et pour continuer à optimiser la PDSA en Charente-Maritime il serait intéressant de poursuivre son suivi.

D'une part il pourrait être utile d'évaluer les changements futurs :

- la mise en place du nouveau numéro d'appel au SAMU centre 15 mais surtout la campagne d'information l'accompagnant,
- la réforme des régions : va-t'elle entraîner des modifications importantes de l'organisation de la PDSA dans le département ? Modifications portant sur la rémunération des acteurs de la PDSA notamment,
- le groupe de travail concernant les certificats de décès, leur réalisation et leur rémunération.

D'autre part il pourrait être intéressant de comparer l'activité de la PDSA en Charente-Maritime à celle d'autres départements et notamment aux départements de la région Nouvelle-Aquitaine.

VIII - BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale- Recommandation de bonnes pratiques [En ligne]. ArgumentaireRegulation17052011LC. 2011 [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation_medicale__argumentaire.pdf

2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF juillet, 2009.

3. Code de la santé publique - Article L6314-1 [En ligne]. Code de la santé publique 28 janv 2016. [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691326&dateTexte=&categorieLien=cid

4. Code de la santé publique - Article R6315-4. Code de la santé publique. 26 juil 2005.

5. Code de la santé publique - Article R6315-6. Code de la santé publique. 27 fev 2012.

6. Code de la santé publique - Article R6313-1-1. Code de la santé publique. 17 mars 2016.

7. Code de la santé publique - Article R6315-2. Code de la santé publique. 26 juil 2005.

8. 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 AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 DÉCEMBRE 2015 [En ligne]. Paris ; 2016 [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquete_pds_2015.pdf

9. 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 AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 DÉCEMBRE 2014 [En ligne]. Paris. [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1591

10. Code de la santé publique - Article R6315-3. Code de la santé publique. 22 juil 2016.

11. Code de la santé publique - Article R6315-5. Code de la santé publique. 26 juil 2005.

12. Code de la santé publique - Article R6315-1. Code de la santé publique. 31 mars 2010.

13. LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 [en ligne]. JORF 22 déc 2015. [Cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/21/FCPX1523191L/jo/texte

14. Code de la santé publique - Article L1435-8. Code de la santé publique. 22 déc 2014.

15. Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire - Article 1. 20 avr 2011.

16. Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire - Article 2. 20 avr 2011.

17. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. Circulaire n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire [En ligne]. Bulletin Officiel N°2007. 2007 [cité le 12 janv 2017]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm

18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Constats et certificats de décès à domicile ou sur site privé ou public : aspects éthiques et déontologiques [En ligne]. 2013 [cité le 12 janv 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats_de_deces_2013.pdf

19. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-14. Code de la sécurité sociale. 21 déc 2015.

20. Ministère de la justice et des libertés. Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale NOR : JUSD1033764C [En ligne]. BULLETIN OFFICIEL DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS. 28 déc 2010. [cité le 12 janv 2017]. Disponible sur : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1033764C.pdf

21. Assemblée Nationale. N° 2837 - Rapport d'information de Mme Catherine Lemorton déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins [En ligne]. 2015 [cité le 12 janv 2017]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp

22. Cour des comptes. Rapport de la cour des comptes pour la sécurité sociale de 2013 _ Chapitre XII la permanence des soins. Sept 2013.

23. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Patrick Bouet. Atlas de la démographie médicale [En ligne]. atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf. 2016 [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

24. INSEE, Muriel Barlet, Laurent Fauvet, François Guillaumat-Tailliet, Lucile Olier. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? [En ligne]. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? −La France et ses régions - Insee Références - Édition 2010 | Insee. 2010 [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372503?sommaire=1372505&q=quelles+perspectives+pour+la+d%C3%A9mographie+m%C3%A9dicale

25. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Permanence des soins - instruction sur les dispositions à prendre par les préfets permettant la mise en œuvre de l'avenant n°27 à la convention médicale du 12janvier 2005 [En ligne]. PDS_avenant27.pdf. 2008 [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : http://www.csmf.org/upload/File/Circulaires/2008/PDS_avenant27.pdf

26. CASAMAYOU L. La maison médicale de garde de Langon : son fonctionnement et ses participants, une réponse à la permanence des soins. Autour de deux enquêtes : quantitative observationnelle et qualitative à partir d'entretiens. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université Bordeaux 2 : Victor Segalen ; 2014.

27. BENARD A. Etat des lieux de la permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Eure. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université de Rouen ; 2012.

28. VARLET P-A. Les déterminants du choix de recours aux différents services de la permanence des soins ambulatoires, dans les bassins cannois et grassois. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université de Nice-Sophia Antipolis-faculté de médecine de Nice ; 2014.

29. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Dr. Irène KAHN-BENSAUDE. LA FEMINISATION : UNE CHANCE A SAISIR [En ligne]. 2005 [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisation2005.pdf

30. SIMIOT E. Les maisons médicales de garde en Aquitaine : l'opinion des médecins généralistes. [Thèse pour le doctorat en médecine.]. Université Bordeaux 2 : Victor Segalen ; 2015.

31. Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux synthèse de la littérature. [En ligne]. 2011. [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : http://ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/motivations-et-freins-a-linstallation-des-medecins-generalistes-liberaux%C2%A0-synthese-de-la-litterature

32. LE BLANC A. PDSA Comment relancer le volontariat ? Le Généraliste. 18 mars 2016 ; 10 à 13.

33. COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES. La prise en charge des urgences médicales. [En ligne]. N° 3672 - Rapport d'information de M. Georges Colombier déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prise en charge des urgences médicales. 2007 [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3672.asp

34. GATTUSO C. PDS : fatigués, les généralistes de Charente ne veulent plus faire de gardes tard le soir. Le quotidien du médecin [En ligne]. 19 avr 2016 [cité le 13 janv 2017]; Disponible sur : http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/04/19/pds-fatigues-les-generalistes-de-charente-ne-veulent-plus-faire-de-gardes-tard-le-soir_806556

35. SOS médecins France. Organisation [En ligne]. PUBLIC SOS Médecins France - Organisation. 2009 [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/accueil/organisation/20-organisation

36. MAAF Assurances. Etude MAAF-IFOP_ Les français et l'urgence médicale_Un enjeu de santé publique. [En ligne]. MAAF_Infographie. 2014 [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : https://www.maaf.fr/assurances/upload/docs/application/pdf/2014-12/maaf_infographie_def_avecliens.pdf

37. BERREBY-BONIN S. La mort de la PDS sera lente mais inexorable. www.egora.fr [En ligne]. 29 avr 2015 [cité le 13 janv 2017] ; Disponible sur : http://www.lesgeneralistes-csmf.org/+La-mort-de-la-PDS-sera-lente-mais+.html

38. HALMEL M-C. Facteurs déterminant le choix de consulter à la Maison médicale de garde ou aux Urgences de Saintes pendant la fermeture des cabinets de médecine générale. [Thèse pour le doctorat en médecine.] Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie ; 2014.

39. GRALL J-Y. Rapport sur la Territorialisation des activités d'Urgences [En ligne]. 2015-07-06_Rapport_Territorialisation_des_urgences.html. 2015 [cité le 25 mai 2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf

40. Agence française de la santé numérique_ASIP. Programme SI-SAMU. [En ligne]. Programme SI-SAMU_e-sante.gouv.fr, le portail de l'ASIP SAnté. 2016 [cité le 19 janv 2017]. Disponible sur : http://esante.gouv.fr/services/programme-si-samu

41. GRALL J-Y. Les Maisons Médicales de Garde [En ligne]. Juil 2006. [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000564.pdf

42. Ministre de la Santé et des Solidarités. Arrêté du 24 novembre 2006 modifiant l'arrêté du 24 décembre 1996 relatif aux deux modèles du certificat de décès [En ligne]. JORF 24 nov 2006. [cité le 13 janv 2017] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2006/11/24/SANP0624907A/jo

43. Ecole Nationale de Police du Québec. Constat de décès à distance [En ligne]. 2013 [cité le 13 janv 2017]. Disponible sur : http://www.enpq.qc.ca/lecole-en-ligne/volume-4-numero-4-octobre-2013/constat-de-deces-a-distance.html

44. LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 [En ligne]. JORF 18 déc 2012. [cité le 29 janv 2017] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026785322&dateTexte=&categorieLien=id

45. INSEE. Populations légales 2014 en vigueur à compter du 1er janvier 2017. Recensement de la population Arrondissements - cantons - communes_17 CHARENTE-MARITIME_INSEE. [En ligne]. Populations légales 2014−Populations légales 2014 | Insee. 2017 [cité le 29 janv 2017]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2525762?sommaire=2525768

46. CGET : Commissariat Général à l'Egalité des Territoires. Observatoire des territoires [En ligne]. Observatoire des territoires. 2013 [cité le 14 janv 2017]. Disponible sur : http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/#s=2013;i=pop_rp.dens_pop;sly=f_dep_e_DR;z=-253107,5841677,357533,221182;v=map6;l=fr;sid=16

47. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale En Région Poitou-Charentes Situation en 2015 [En ligne]. 2015 [cité le 14 janv 2017]. Disponible sur : http://demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie/atlas_poitou_charentes_2015.pdf

48. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. EVALUATION DE LA PDSA 2015 en Charente-Maritime. 2016.

49. Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes. Arrêté n°2015/1737 modifiant le cahier des charges relatif aux conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires de la région Poitou-Charentes. [En ligne]. 201512_ArretePDSA.pdf. 2015. [cité le 29 janv 2017] Disponible sur : http://www.ars.nouvelle-aquitaine.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Soins_et_accompagnement/permanence_des_soins/201512_ArretePDSA.pdf

50. ISPL. Evolution PDSA Charente-Maritime. 2017.

51. URPS_Médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine. Etat des lieux de la PDSA en Nouvelle-Aquitaine. 2016.

52. ISPL. Chiffres ISPL PDS-NA 2012-2013-2014-2015 par DEPT. 2016.

53. SAMU 17-centre 15. Activité de la régulation libérale (AMERLI) par tranches horaires-année 2012. 2013.

54. SAMU 17-centre 15. Affaires régulées par les médecins régulateurs (AMERLI)_Activité par tranches horaires par mois_année 2013. 2014.

55. SAMU 17-centre 15. Comparatif activité AMERLI 2014-2015. 2016.

56. SAMU 17-centre 15. Réponse donnée par la régulation libérale AMERLI-SAMU 17-centre 15-année 2015. 2017.

57. HOERTH G. Des centres de soins sans rendez-vous sont-ils une solution appropriée pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zone sous-médicalisée ? : une étude transversale multicentrique. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie ; 2015.

58. INSEE. Populations légales 2014_Recensement de la population - Régions, départements, arrondissements, cantons et communes. [En ligne]. Populations légales 2014 | INSEE. 2017 [cité le 29 janv 2017]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2525755?sommaire=2525768

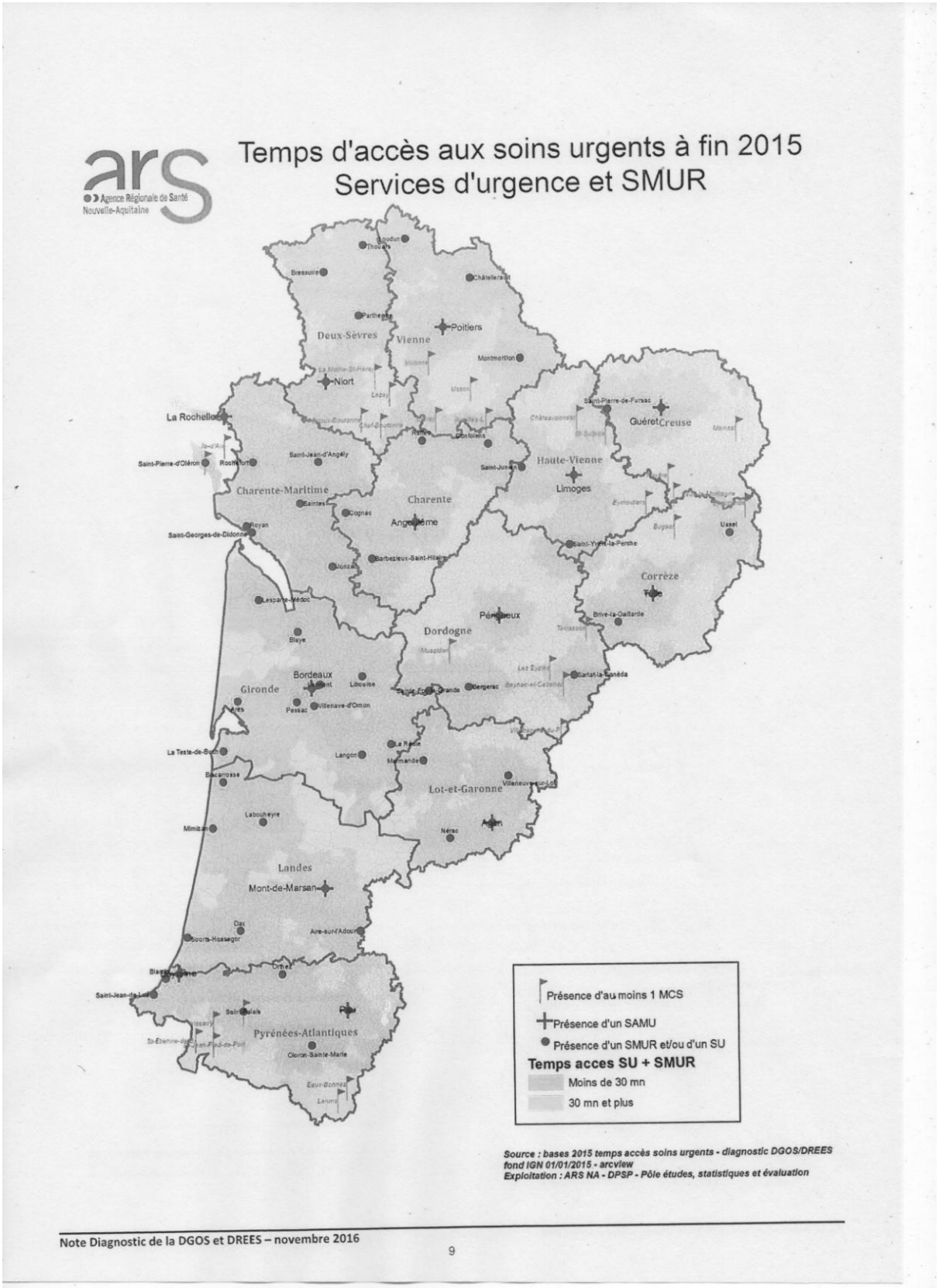
59. SAMU 17-centre 15. Régulation hospitalière semaine 18 h à 20 h 2015. 2017.

60. ISPL. ISPL : Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux [En ligne]. Qui sommes-nous ? | Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux. 2014 [cité le 20 janv 2017]. Disponible sur : http://www.ispl.fr/?page_id=12

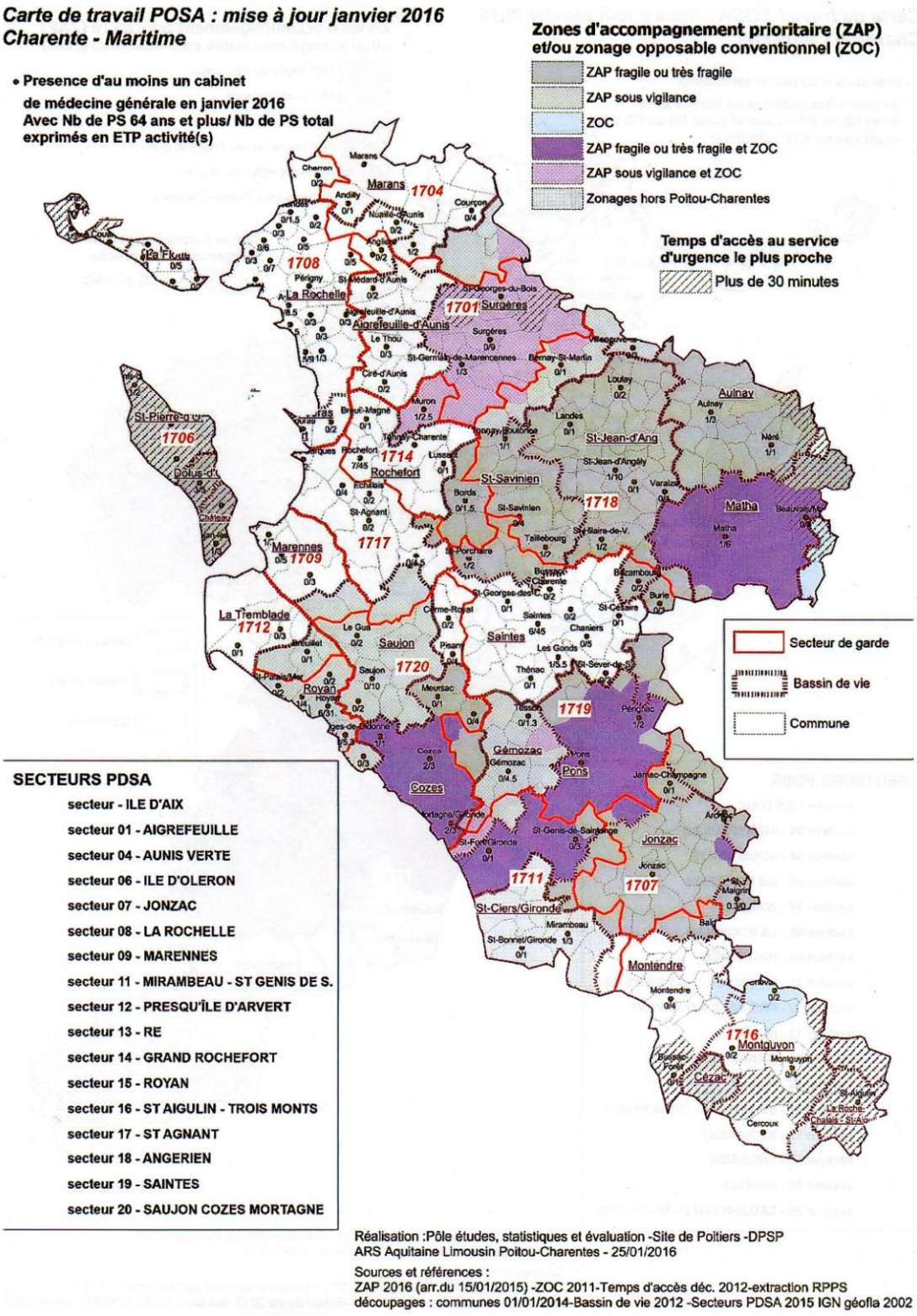
61. INSEE. Population légale 2012. [En ligne]. Populations légales 2012 | Insee. 2014 [cité le 29 janv 2017]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2119686

Annexes

ANNEXE 1



ANNEXE 2


Carte de travail POSA : mise à jour janvier 2016
Charente - Maritime
• Presence d'au moins un cabinet de médecine générale en janvier 2016 Avec Nb de PS 64 ans et plus/ Nb de PS total exprimés en ETP activité(s)
Zones d'accompagnement prioritaire (ZAP) et/ou zonage opposable conventionnel (ZOC)
ZAP fragile ou très fragile
ZAP sous vigilance
ZOC
ZAP fragile ou très fragile et ZOC
ZAP sous vigilance et ZOC
Zonages hors Poitou-Charentes
Temps d'accès au service d'urgence le plus proche
Plus de 30 minutes
Secteur de garde
Bassin de vie
Commune
SECTEURS PDSA
secteur - ILE D'AIX
secteur 01 - AIGREFEUILLE
secteur 04 - AUNIS VERTE
secteur 06 - ILE D'OLERON
secteur 07 - JONZAC
secteur 08 - LA ROCHELLE
secteur 09 - MARENNES
secteur 11 - MIRAMBEAU - ST GENIS DE S.
secteur 12 - PRESQU'ÎLE D'ARVERT
secteur 13 - RE
secteur 14 - GRAND ROCHEFORT
secteur 15 - ROYAN
secteur 16 - ST AIGULIN - TROIS MONTS
secteur 17 - ST AGNANT
secteur 18 - ANGERIEN
secteur 19 - SAINTES
secteur 20 - SAUJON COZES MORTAGNE
1704
1708
1701
1706
1714
1718
1717
1709
1712
1720
1719
1711
1707
1716
Réalisation :Pôle études, statistiques et évaluation -Site de Poitiers -DPSP
ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes - 25/01/2016
Sources et références :
ZAP 2016 (arr.du 15/01/2015) -ZOC 2011-Temps d'accès déc. 2012-extraction RPPS
découpages : communes 01/01/2014-Bassin de vie 2012 -Secteurs PDSA 2015 IGN géofla 2002

ANNEXE 3

Rencontre au SAMU centre 15 avec le Dr FESSART, président d'AMERLI

Rendez-vous un dimanche matin, en horaire de PDSA. 5 permanenciers sont présents, ainsi qu'un médecin régulateur SAMU et 3 médecins régulateurs libéraux. Au maximum il y a 6 permanenciers.

Concernant le nombre de médecins régulateurs il augmente parfois jusqu'à 4, et alors la salle de régulation est trop petite et le 4ème médecin est dans un bureau à l'écart, mais calme (en effet lorsque l'activité s'intensifie la salle de régulation devient bruyante).

Devant chaque personne 3 écrans :

- 1er écran avec un dossier de régulation médicale contenant : nom et âge du patient, adresse, numéro de téléphone, motif de l'appel entré par le permanencier, parfois le secteur de garde concerné,
- 2ème écran : la « salle d'attente » avec les appels en cours avec le permanencier, les appels en attente d'être pris par les médecins et répartis sur le régulateur hospitalier ou le régulateur libéral,
- 3ème écran : une carte qui géolocalise le dossier ouvert sur le 1er écran ; également accès internet disponible.

Cheminement d'un appel

Tous les appels sont pris au départ par un permanencier. Celui-ci va juger de quel médecin relève l'appel : régulateur SAMU ou régulateur libéral.

Sur le logiciel apparaît alors le dossier du patient. Une fois qu'il apparaît dans la colonne du médecin, celui-ci peut cliquer sur le dossier pour recevoir l'appel.

Quand le médecin a l'appel, le dossier s'affiche sur le premier écran. A la fin de l'appel le médecin doit alors résumer l'appel et surtout renseigner la décision prise (conseil médical +/- télé prescription, conseil de consulter le médecin de garde ou les urgences, envoi d'une ambulance).

Si le médecin demande une ambulance, il rebascule le dossier au permanencier pour qu'il se charge de la trouver, et le lui demande également oralement.

Pour savoir qui est le médecin de garde sur chaque secteur, le médecin dispose d'une feuille papier avec les secteurs, le nom, les horaires, et parfois le numéro de téléphone avec consigne de le donner au patient ou non.

Conseil de consulter l'effecteur

La démarche dépend bien entendu de l'organisation du secteur :

- MMG : il est donné l'adresse de la MMG et les horaires d'ouverture au patient qui s'y rend directement,
- SOS médecins / Allo gardes : le patient les contacte par téléphone,

- médecin à son cabinet : soit numéro disponible et à donner au patient, soit pas de numéro et c'est l'adresse du cabinet qui est donnée au patient. Il lui est donné les horaires en même temps.

Il n'y a jamais de contact téléphonique du médecin régulateur vers le médecin effecteur.

En cas de demande de visite, peu de secteurs en font encore. Lorsque le médecin effecteur est dans une MMG il n'effectue pas de visite, c'est également le cas sur les secteurs à horaires restreints (10h-12h / 17h-19h par exemple). Si le médecin est sur un secteur à horaires « plus larges » ET si le numéro de téléphone est disponible et peut être donné au patient alors le médecin et l'effecteur s'accordent entre eux pour une consultation ou une visite.

Questions

1) Quelle est la formation des régulateurs ? Une formation théorique de 48h, obligatoire, est nécessaire pour devenir régulateur. Sur place à la régulation une formation à l'utilisation du logiciel. Pas de nécessité de refaire la formation, elle sera refaite si le régulateur le souhaite. Mr FESSART ajoute qu'il aimerait mettre en place des formations internes de revue de dossier mais cela n'a pas été encore fait.

2) Régulation du samedi matin : va t'elle exister ? En fait elle est déjà en place avec 2 régulateurs sur le créneau 8h-12h. Ils pratiquent alors du télé conseil et de la télé prescription. Il n'y a par contre pas d'effecteur de garde en regard. A savoir que le SAMU-CENTRE 15 souhaiterait également élargir les horaires de la régulation libérale les soirs de semaine, pour ainsi débuter vers 18h-18h30 au lieu de 20h. Ceci du fait d'un créneau qui est chargé en appels. Pour l'instant cette demande n'a pas été accordée par les pouvoirs publics. En théorie les régulateurs libéraux seraient en accord avec cette mesure.

3) Concernant les certificats de décès : comment faites-vous si vous ne pouvez pas joindre l'effecteur (numéro non disponible) ? Il est donné à l'appelant l'adresse et les horaires du médecin effecteur et il lui est demandé de s'y rendre pour faire la demande à l'effecteur de se déplacer.

4) 116 117 : comment cela va-t'il fonctionner ? Pour l'instant pas de directives. Le fonctionnement sera le même puisque l'appel arrivera toujours au permanencier qui effectuera le même travail que décrit précédemment. Probablement qu'à l'avenir l'appel au 116 117 sera transféré à une plateforme NATIONALE de réception des appels.

5) Téléprescription : en faites-vous ? Oui. Il existe même une procédure, (annexe 4) ainsi qu'une ordonnance type, rédigée selon les recommandations de la HAS. Elles sont faites pour des choses simples : doliprane, antidiarrhéiques, etc. ou pour pallier une ordonnance arrivée à terme pour des médicaments indispensables aux patients comme des antalgiques, des antiépileptiques, etc. Elle a une durée limitée à 72h.

ANNEXE 4

CENTRE HOSPITALIER
17019 LA ROCHELLE CEDEX 01
☎05 46 45 50 50 – Télécopie 05 46 45 50 00 – E-Mail : direction@ch-larochelle.fr

SERVICE ACCUEIL-URGENCE
SAMU-CENTRE 15 - SMUR

raticiens hospitaliers
emps Plein
r BOUEX-GODEAU Isabelle
abelle.bouex@ch-larochelle.fr
r ABRAHAM Laurence
r ARCHAMBAUD Gaëlle
r AVERSENQ Christophe
r BAUDET Delphine
r BENETEAUD Serge
r BOFFARD-VENDE Corinne
r COMBEAU Pascal
r GIGON Elodie
r LEMPEREUR Christian
r LETELLIER Cédric
r MEDARD Mathieu
r MESSERLI Isabelle
r MOUNIOS Francis
r NAAMANE Lhoucine
r PENET Candice
r PERROTIN Sophie
r RANAI RAD Afsaneh
r TABARY Romain

...iens hospitaliers
... Partiel
Dr FANTOVA Isabelle
Dr FLITAN Ana
Dr LORIOT Martine
Dr NEAU Alain
Dr TACONET Stéphanie
Dr TISSANDIER-ALRIC Marie Laure

Assistants Temps Plein
Dr GAGET Matthieu
Dr LARDILLON Gilles
Dr LELOUP Maxime
Dr NOWATZKY Claudia

Attachés
Dr BELLO Massimo
Dr BOUTON Jean Eric
Dr LEBRETON Jean Luc
Dr MEGLIO Sauveur
Dr RICHASSE Ariane
Dr SOULA Marie

Psychologues ☎ 56849
BOUDGOURD Dorothée

C... re infirmier supérieur
S... ER Marie-Christine
☎ 55368
Mariechristine.santer@ch-larochelle.fr

Cadres Infirmiers
JUBIEN Stéphanie ☎ 56662
LINHARD Christophe ☎ 56711
POINCET Eric ☎ 56659

Assistante sociale ☎ 56824
FOUCREAU Martine

Secrétariat SAMU-Centre 15
☎05 46 27 32 16
☎ 63222
Fax 05 46 41 89 46
samu17@ch-larochelle.fr

Secrétariat Urgences
☎ 05 46 45 66 23
☎ 05 46 45 66 25
Fax 05 46 45 66 98

Admissions Urgences
Formalités administratives
☎ 05 46 45 50 30

... ueil Infirmier Urgences
☎ 05 46 45 66 26

Hospitalisation Temporaire
Infirmiers ☎ 56844

La Rochelle le 29 décembre 2011

IBG/FL 2011-1439

NOTE D'INFORMATION

Objet : Téléprescription médicale

Conformément au nouveau cahier des charges de la PDSA, les médecins régulateurs sont autorisés à prescrire en faxant une ordonnance à la pharmacie de garde, conformément aux recommandations de l'HAS.

Ci-joint la procédure :

- Le médecin régulateur explique au patient la prescription et l'informe qu'il va faxer l'ordonnance au pharmacien de garde sans en préciser les coordonnées.
- le médecin régulateur appelle la pharmacie de garde pour l'informer de la prescription téléphonique.
- L'ordonnance est faxée à la pharmacie.
- Après la délivrance des médicaments le pharmacien retourne l'ordonnance délivrée au SAMU.

Une copie, de l'ordonnance initiale et de l'ordonnance délivrée, est associée à la feuille de régulation imprimée. L'archivage définitif sera réalisé par le secrétariat du SAMU.

Pour les pharmacies de villes LA ROCHELLE, ROYAN, SAINTES, ROCHEFORT, il est demandé au patient de se rendre au commissariat, muni d'une pièce d'identité, pour pouvoir avoir accès à la pharmacie (pour des raisons de sécurité, les coordonnées de la pharmacie de garde ne sont pas transmises au patient).

Le commissariat joindra alors le pharmacien de garde afin de s'assurer que le fax est bien arrivé avant de transmettre les coordonnées de la pharmacie.

Docteur Isabelle BOUEX-GODEAU

Centre Hospitalier de La Rochelle
Service ... RGENCE
S...
Dr. Isabelle BOUEX-GODEAU
Praticien Hospitalier

Destinataires :
PARM
Médecins régulateurs
Classement notes d'info rubrique 6

Ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale

EXPEDITEUR

Centre de régulation médicale
LA ROCHELLE Charente Maritime
Rue du Dr Schweitzer – 17019 LA ROCHELLE cedex 1

☎ : 15
Fax : 05 46 41 89 46

Médecin régulateur
Docteur : .....
ADELI/RPPS : .....

Agissant dans le cadre de la régulation

DESTINATAIRE

Pharmacie : .....

Adresse : .....
.....

☎ : .....
Fax : .....

Date : ..... Heure de la prescription : ..... N° du dossier de régulation : .....

Nom du patient : .....

Prénom : .....

Age : ..... Sexe : ..... Poids (obligatoire si moins de 15 ans) : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

Médicaments prescrits pour .....heures
(durée maximale de 72 heures)

Signature du Médecin Régulateur

Signature et tampon de l'officine

Courrier médical confidentiel, en cas d'erreur d'orientation merci d'appeler le 15 (centre de régulation)

Ordonnance à renvoyer validée en retour par fax au centre de régulation.
Ordonnance à expliquer au patient ou à son entourage en vérifiant la bonne compréhension.

Résumé et mots-clés

Résumé

Contexte : la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) est une mission de service public, qui assure à la population le recours à un médecin en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux ; et ce pour les actes non urgents. Elle a connu de nombreuses évolutions depuis 2001/2002 suite à la grève des tours de garde. Elle s'est depuis fondée sur deux principes : le volontariat et la rémunération forfaitaire de ses acteurs. A l'étage national, de nombreuses problématiques y sont liées : baisse du nombre d'effecteurs, désaffection des médecins de certains créneaux horaires de garde, régulation insuffisamment déployée, méconnaissance des usagers, rémunération critiquée et enfin problème des actes médico-administratifs. En réponse, des propositions ont été faites : incitations financières, modification de la rémunération et notamment celle des actes médico-administratifs, information du grand public, mise en place d'un numéro dédié à la PDSA.

Objectifs : l'objectif de cette thèse est d'établir un état des lieux de la PDSA dans le département de la Charente-Maritime.

Méthode : nous avons recueilli l'organisation de la PDSA dans le département puis recueilli et évalué les données d'activité et de coût des années 2012 à 2015 auprès de l'ISPL et de l'ARS du département.

Résultats : l'organisation de la PDSA en Charente-Maritime est similaire à la PDSA nationale. Elle a pour particularité de ne pas avoir d'effecteur en nuit profonde sauf pour un secteur, qui est professionnalisé via la présence de SOS-médecins. L'effection de soirée est en franche diminution du fait de la faible activité. L'effection de week-ends et jours fériés est présente sur tout le département. Les Maisons Médicales de Garde (MMG) sont nombreuses. L'activité globale est en augmentation, et la part d'activité professionnalisée est majeure. Son coût reste stable, mais risque d'augmenter du fait de l'activité professionnalisée.

Discussion : l'évolution de l'activité est optimisée ; l'activité est en augmentation mais le coût semble maîtrisé. La PDSA professionnalisée est inflationniste de l'activité de PDSA dans le département.

Conclusion : pour continuer l'analyse de la PDSA sur le département il serait nécessaire de comparer son activité à celle d'autres départements. Enfin un suivi semblerait utile pour analyser l'impact de la réforme des régions, et l'impact des évolutions à venir.

Mots –clés

PDSA / permanence des soins ambulatoires - Médecine générale - SAMU - Régulation médicale - Charente-Maritime - PDSA professionnalisée.

Serment

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Résumé

Contexte : la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) est une mission de service public, qui assure à la population le recours à un médecin en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux ; et ce pour les actes non urgents. Elle a connu de nombreuses évolutions depuis 2001/2002 suite à la grève des tours de garde. Elle s'est depuis fondée sur deux principes : le volontariat et la rémunération forfaitaire de ses acteurs. A l'étage national, de nombreuses problématiques y sont liées : baisse du nombre d'effecteurs, désaffection des médecins de certains créneaux horaires de garde, régulation insuffisamment déployée, méconnaissance des usagers, rémunération critiquée et enfin problème des actes médico-administratifs. En réponse, des propositions ont été faites : incitations financières, modification de la rémunération et notamment celle des actes médico-administratifs, information du grand public, mise en place d'un numéro dédié à la PDSA.

Objectifs : l'objectif de cette thèse est d'établir un état des lieux de la PDSA dans le département de la Charente-Maritime.

Méthode : nous avons recueilli l'organisation de la PDSA dans le département puis recueilli et évalué les données d'activité et de coût des années 2012 à 2015 auprès de l'ISPL et de l'ARS du département.

Résultats : l'organisation de la PDSA en Charente-Maritime est similaire à la PDSA nationale. Elle a pour particularité de ne pas avoir d'effecteur en nuit profonde sauf pour un secteur, qui est professionnalisé via la présence de SOS-médecins. L'effection de soirée est en franche diminution du fait de la faible activité. L'effection de week-ends et jours fériés est présente sur tout le département. Les Maisons Médicales de Garde (MMG) sont nombreuses. L'activité globale est en augmentation, et la part d'activité professionnalisée est majeure. Son coût reste stable, mais risque d'augmenter du fait de l'activité professionnalisée.

Discussion : l'évolution de l'activité est optimisée ; l'activité est en augmentation mais le coût semble maîtrisé. La PDSA professionnalisée est inflationniste de l'activité de PDSA dans le département.

Conclusion : pour continuer l'analyse de la PDSA sur le département il serait nécessaire de comparer son activité à celle d'autres départements. Enfin un suivi semblerait utile pour analyser l'impact de la réforme des régions, et l'impact des évolutions à venir.

Mots –clés

PDSA / permanence des soins ambulatoires - Médecine générale - SAMU - Régulation médicale - Charente-Maritime - PDSA professionnalisée.