

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par Isabeau ROLLAND-MARMIER
Le 30/09/2014

**PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN MILIEU
RURAL EN HAUTE-GARONNE.
EXEMPLE DU BASSIN DU COMMINGES :
ETAT DES LIEUX, ENJEUX ET PERSPECTIVES**

DIRECTEUR DE THESE: Serge HUET

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Assesseur : Monsieur le Professeur Marc VIDAL
Assesseur : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Assesseur : Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU
Assesseur : Monsieur le Docteur André STILLMUNKES
Membre invité : Monsieur le Docteur Serge HUET

**PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES EN MILIEU RURAL EN
HAUTE-GARONNE,
EXEMPLE DU BASSIN DU COMMINGES :
ETAT DES LIEUX, ENJEUX ET
PERSPECTIVES**

Table des matières

QUELQUES DEFINITIONS.....	3
INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODE.....	8
RESULTATS.....	9
1.Situation territoriale et démographique du Comminges.....	9
2.Contexte démographique médical actuel et attendu, offre de soins.....	14
3.Analyse de l'activité en PDS dans le Comminges.....	18
4.Financement.....	22
5.Ressenti des médecins.....	24
DISCUSSION.....	25
1.Limites de l'étude.....	25
2.Interprétation des résultats de l'activité médicale constatée et ajustement.....	26
3.Comparabilité au niveau régional et national.....	27
4.Contexte actuel de restructuration de la PDS prise en charge par l'ARS depuis 2010....	39
5.Propositions et mobilisation des médecins installés, grève des gardes et bras de fer.....	42
6.Au total.....	46
CONCLUSION.....	48
GLOSSAIRE.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	50
NOTES.....	55

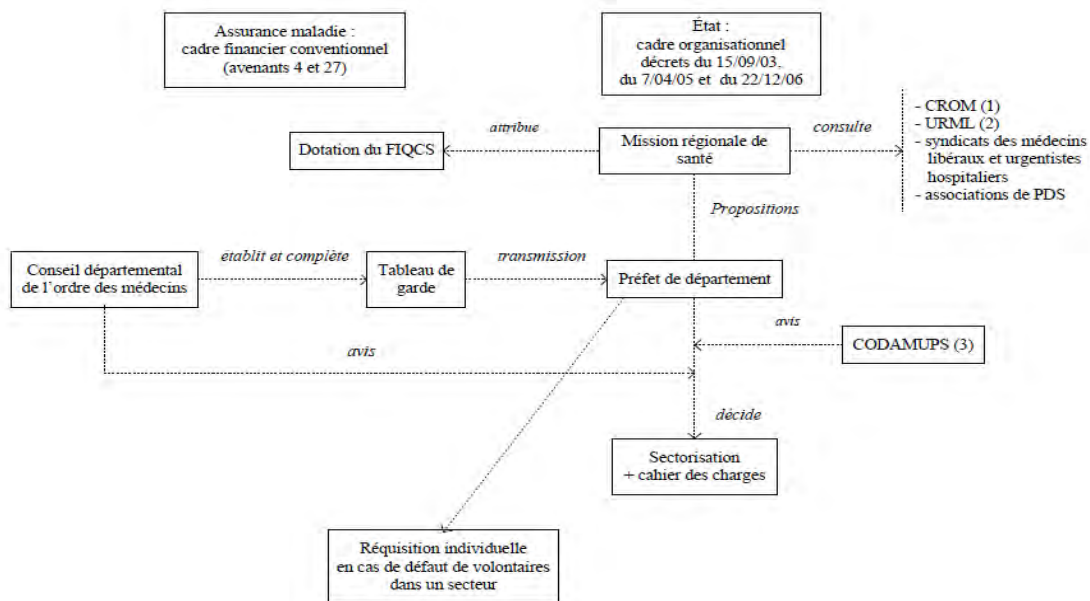
QUELQUES DEFINITIONS

Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) : la PDSA consiste à mettre en place une organisation territoriale articulée en amont de l'arrivée aux Urgences pour apporter une réponse à une demande de soins non programmée , en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20h à 8h en semaine, de 12h à 8h les samedi, ainsi que les dimanches et jours fériés. En 2002, l'article 77 du code de déontologie a été modifié et la PDS n'est plus une obligation mais un devoir¹. La loi française la reconnaît comme une « mission de service public »² en vertu de l'article L.6314-1 du code de la Santé Publique résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009.

Elle se différencie, bien que la frontière soit parfois étroite, de l'Aide Médicale Urgente (AMU) qui nécessite un délai d'intervention beaucoup plus court. Il est officiellement de 3 heures pour la PDS.

Jusqu'en 2010, le Préfet du département était l'organisateur du dispositif de PDS, après avis du CODAMUPS. Néanmoins il ne disposait pas d'action sur le levier du financement qui dépendait de l'Assurance Maladie, dans un cadre conventionnel et extra-départemental.

Ce mode organisationnel est transformé depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST »³, qui transfère du préfet du département à l'Agence Régionale de Santé la responsabilité d'organiser la PDSA, avec à sa disposition une enveloppe globale annuelle fermée.



- (1) Conseil régional de l'Ordre des médecins
 (2) Union régionale des médecins libéraux
 (3) Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence de soins et des transports sanitaires

Schéma n°1 : Organisation de la PDSA jusqu'en 2011

L'ARS a donc désormais la charge d'organiser la PDSA à l'échelle régionale et départementale. Elle est également compétente pour fixer le tarif de l'astreinte et de l'heure de régulation des libéraux dans le cadre d'une **enveloppe régionale annuelle fermée**. Pour prendre en charge et adapter les forfaits à la diversité des situations locales, elles disposent d'enveloppes globalisées, qui ont été récemment rendues fongibles au sein d'un «**fonds d'intervention régional**» (FIR) avec d'autres dépenses de leur ressort, comme celles de la PDSES (PDS en Etablissements de Santé), les aides à l'investissement hospitalier ou à la qualité du réseau de santé.

Les actes restent financés par la CPAM. Système d'astreinte, sectorisation géographique, régulation préalable des appels et volontariat restent les 4 piliers fondateurs. Un avis est pris auprès des CODAMUPS, de la CRSA (conférence régionale de la santé et de l'autonomie) et de l'URPS des médecins.

Cette organisation est consignée au sein du **cahier des charges régional, complété par des annexes départementales** qui précisent le découpage des territoires de PDS, l'organisation des effecteurs et de la régulation des appels, ainsi que le montant de la

rémunération de ces 2 activités. L'objectif était de «faire face à la diversité des choix opérés au plan départemental témoignant de la difficulté à identifier un dispositif cible susceptible d'emporter l'adhésion unanime des acteurs, professionnels notamment.»

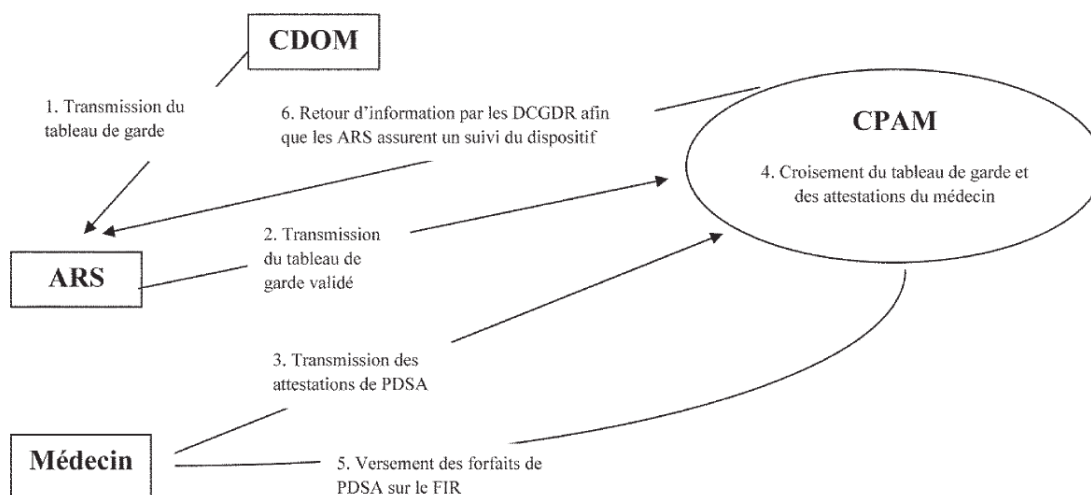


Schéma n°2 : Nouvelle organisation incluant l'ARS

Agences Régionales de Santé : les ARS sont des établissements publics administratifs de l'Etat français chargés de la mise en œuvre de la politique de santé dans la région. Créées le 1er avril 2010, elles sont régies par le titre III du livre IV de la première partie du Code de la Santé Publique. Ces établissements ont pour but « *d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système* », notamment en rationalisant l'offre de soins (autrement dit les dépenses hospitalières et médicales). Elles viennent remplacer totalement les anciennes ARH, les DRASS et DDASS, certains organismes de sécurité sociale (URCAM), la branche santé des CRAM, et enfin reprennent les missions des groupements régionaux de santé publique et des Missions Régionales de Santé.

La notion de **territoires de santé** a alors été créée : ils constituent le premier niveau du découpage géographique, qui couvre le champ de compétence des ARS et où se décline leur politique régionale de santé. En son sein, les **conférences de territoire** constituent l'échelon local de concertation pour le projet régional de santé. C'est l'espace de référence pour l'analyse des besoins de santé de la population et l'organisation des moyens dédiés à la santé : activités de santé publique, soins, équipements, établissements de santé, prise en charge et accompagnement médico-social, soins de premiers recours. Les **bassins de santé**, quant à eux, sont l'espace d'organisation et de coordination des soins du premier recours, pour agir au plus près des besoins. Ils ont été constitués autour d'un service d'urgence accessible en moins de 60 minutes

Zones fragiles et déficitaires:

- La densité d'une zone est « **faible** » lorsque le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants est inférieur à 60.
- Une zone est dite « **fragile** » lorsque la densité des professionnels de santé est faible, la diversité de l'offre de soins non garantie, l'âge des professionnels de santé élevé, et enfin lorsque le recours aux soins est considéré comme particulièrement important (forte activité des médecins et population âgée). **Cette zone nécessiterait un développement de l'offre de soins libérale à court et moyen termes.** *« Après avoir analysé plusieurs indicateurs permettant de dresser le profil des médecins généralistes, des infirmiers et des masseurs kinésithérapeutes, une analyse globale de l'offre de soins de proximité complète ces profils. Pour cela, l'ensemble des indicateurs est agrégé en un seul. C'est ce dernier qui permettra de définir la diversité de l'offre mais aussi la fragilité des zones en terme d'offre de soins de proximité »⁴.*

INTRODUCTION

Contexte de la recherche :

Depuis 2002, la PDSA est une mission de service public basée sur le volontariat. La participation à son fonctionnement est une obligation déontologique pour les médecins généralistes.

Sa situation est précaire dans le bassin du Comminges et déjà critique dans certains secteurs, comme dans de nombreux bassins ruraux de santé en France. Un stage à Saint-Béat en 2011 puis des gardes à Saint-Gaudens m'ont permis de constater les tensions naissantes liées au sujet ainsi que le retentissement des contraintes liées à la PDSA sur la qualité de vie des médecins installés.

Les raisons des dysfonctionnements actuels paraissent multiples et couplées à une évolution des modes de consommation de soin par la population.

Le contexte actuel de la PDS est celui d'une restructuration par l'ARS, conformément au décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la PDS.

Depuis 2010 dans le Comminges, les discussions et négociations se poursuivent entre les médecins qui sont officiellement en grève des gardes depuis 2012, les acteurs locaux, l'ARS et le CDOM.

Objectifs:

- L'objectif principal de ce travail a été de décrire l'offre de soins actuelle ainsi que l'activité médicale constatée en permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans le bassin du Comminges
- Les objectifs secondaires ont été de dégager les enjeux de la restructuration actuelle de la PDS dans ce bassin et de dégager des pistes possibles d'orientation.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une analyse descriptive et prospective sur le sujet et effectué une recherche bibliographique nationale, complétée par des demandes de documentation auprès de la CPAM Haute-Garonne, de l'ARS, de l'URPS de Midi-Pyrénées de la sous-préfecture de Saint-Gaudens, ainsi que par des entretiens informels avec des médecins du bassin.

Les comptes-rendus des réunions de concertation entre l'ARS, le CDOM et les médecins généralistes du bassin entre 2011 et 2013 ont aussi été une source d'information, de même que l'accès à la copie de mails échangés entre certains médecins.

Les rapports et auditions consacrés depuis 2006 à la PDSA en France et en Midi-Pyrénées ont également été consultés.

RESULTATS

1. Situation territoriale et démographique du Comminges



Carte n°1 : Situation générale du Comminges

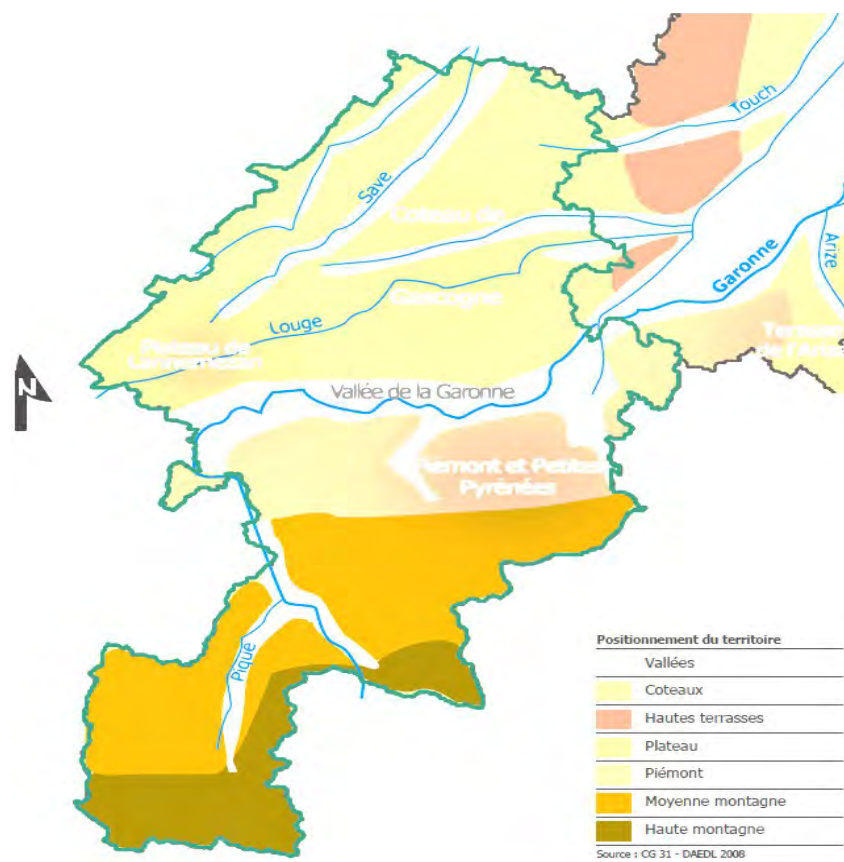
© Cartographie : Conseil Général de la Haute-Garonne - DAEDL, mars 2008

Le bassin du Comminges est adossé à l'Espagne au sud et compris entre les départements de l'Ariège à l'est et les Hautes-Pyrénées à l'ouest. Sa superficie est de 2295km². Il couvre un tiers du département de la Haute-Garonne et comprend 68 communes et 13 intercommunalités⁵. C'est un carrefour entre Toulouse, Tarbes et la Catalogne.

Sur le plan **économique**, il existe quelques entreprises industrielles, mais surtout des entreprises artisanales, une vocation agricole forte, et une importante activité touristique: thermalisme, thermo-ludisme, tourisme culturel, tourisme de montagne et de sports d'hiver,

tourisme scientifique et technique, tourisme fluvial, randonnées et activités sportives et de pleine nature.

L'analyse **typologique** du territoire distingue 1 pôle urbain (Saint-Gaudens) avec son secteur périphérique à caractère rural, et 5 petites communes urbaines, le reste étant constitué de vastes territoires ruraux.



Carte n°2 : Reliefs du Comminges © Cartographie : Conseil Général de la Haute-Garonne - DAEDL, mai 2008

Infrastructure routière: Le Comminges est traversé par **2 axes routiers principaux** : l'A64 (Toulouse-Bayonne), et la RN 125 vers l'Espagne. Ainsi, les territoires situés à proximité immédiate de ces deux routes sont reliés sans difficulté à Toulouse ou à Saint-Gaudens, tandis que la zone des coteaux du Nord-Comminges (Boulogne-sur-Gesse, l'Isle-en-Dodon...) et les zones de montagne au sud se trouvent à l'écart de toute infrastructure d'importance. **Les déplacements internes au territoire restent difficiles**, en raison de la topographie (zone de coteaux, Piémont pyrénéen, haute montagne) mais aussi à cause d'un maillage d'axes de circulation à faible capacité (routes départementales et communales) : l'infrastructure routière est insuffisante dans ce **territoire en partie enclavé** ; et mieux vaut ne pas parler en distances kilométriques, mais en temps de transport qui peuvent varier du simple au triple selon les conditions météorologiques.



Carte n° 3 :Infrastructure routière. © Cartographie : Conseil Général de la Haute-Garonne - DAEDL, mai 2008

Tableau n°1 : Démographie du bassin⁶

	Nombre d'habitants	Densité par km ²	% > 75 ans	% > 65 ans	% < 25 ans	Indicateur de vieillissement ^a
Comminges	77 430	38	14,7	26	23	144
Haute-Garonne	1 186 330	200	7,2	15,3	32,1	62,1
Midi-Pyrénées	2 776 822	64	10	19,8	28,7	84,1

C'est le bassin le plus «âgé» de Haute-Garonne.

En projection démographique: Le solde naturel est négatif depuis plus de 10 ans, mais il existe un flux migratoire à l'origine d'un renouveau démographique récent : on prévoit une augmentation de 2500 habitants en 2030 mais un vieillissement de la population⁷: 33% sont âgés actuellement de plus de 60 ans et ils représenteront plus de 45% en 2030.

L'une des particularités de ce bassin tient aux **fluctuations de populations** liées aux activités touristiques de montagne, ski et cures thermales. Ainsi dans le Luchonnais, le nombre d'habitants passe de 7000 à 20000 habitants selon les saisons.

On distingue **4 sous-bassins**⁸: (sources ARS)

Tableau n°2 : Densité de population par sous-bassin

Sous-bassin	Communes principales	Nombre d'habitants	%>75ans
Nord	Boulogne-sur-Gesse, l'Ile-en-Dodon	10 358	16,4
Centre	Saint-Gaudens, Montréjeau, Barousse, Aurignac	40 864	14,3
Sud-Est	Salies-du-Salat, Aspet	16 657	13,9
Sud	Bagnères-de-Luchon, Saint-Béat, Cierp-Gaud	10 203	15,2

a Indicateur de vieillissement : nombre de personnes âgées de plus de 65ans pour 100 personnes de moins de 20ans

2. Contexte démographique médical actuel et attendu, offre de soins

Accès aux médecins généralistes:

La densité en médecins généralistes est de 10,5/10000 habitants dans le Comminges. Il s'agit d'une «irrigation» aux fortes disparités intra-départementales et au sein même des bassins de vie. Boulogne-sur-Gesse, l'Isle-en-Dodon et Montréjeau sont considérés comme des bassins de vie à faible densité⁹.

Tableau n°3 : Répartition des médecins généralistes du Comminges

	Nombre de médecins installés	Densité médicale /10 000 habitants
Nord	9 (6 femmes)	8,5
Centre	37 (10 femmes)	9
Sud-Est	21 (8 femmes)	12,6
Sud	14 (5 femmes)	13

On dénombrait **101 médecins pour le Comminges en 2010**, il en reste **86 en 2014**, dont 29 femmes. Entre 2007 et 2013 le nombre de médecins a chuté de 45% à Bagnères-de-Luchon, et de 67% à L'Isle-en-Dodon.

Les projections à moyen terme sont pessimistes: **sur 86 médecins, 56 ont plus de 60 ans.**

Sur les 19 médecins installés à Saint-Gaudens intra-muros, 13 déjà ont plus de 63 ans.

Dans le sous-bassin de **Saint-Béat-Luchon, sur 14 médecins actuellement installés**, la situation est précaire avec **9 médecins sur le départ**¹⁰ : un cabinet instable de trois médecins (dont un jeune collaborateur qui ne travaille que trois jours et un jeune médecin sur le départ pour une activité hospitalière), deux retraités sur le départ, deux médecins thermalistes, un mi-temps salarié prêt pour un deuxième mi-temps complémentaire, deux en fin de carrière (dont l'un faisait la majorité des gardes et ne veut pas continuer dans les conditions actuelles de PDS), deux médecins attirés par une proposition d'installation à Toulouse...

Dans ce contexte démographique, une seule installation est annoncée, à Aurignac pour 2015, et les médecins encore présents déplorent le manque d'attractivité du territoire qui explique en partie pour eux la désertification médicale.

A leur initiative une maison de santé pluridisciplinaire existe depuis quelques années à Aspet, une autre va ouvrir en octobre 2014 à Loures-Barousse¹¹ ; 5 autres sont en projet à Montréjeau, Aurignac, Boulogne-sur-Gesse, Saint-Béat/Cierp-Gaud et Luchon.

Accès aux médecins spécialistes¹²:

On constate un **déficit des spécialistes en accès direct**: l'unique pédiatre exerce à l'hôpital. On dénombre pour tout le bassin 2 ophtalmologistes, 2 dermatologues, 1 ORL à Saint-Gaudens (et 8 à Bagnères-de-Luchon avec une activité thermaliste, c'est à dire du mois d'avril à fin octobre). Il y a 1 psychiatre installé et 1 CMP, 4 gynécologues dont 2 sur le départ, 5 cardiologues, 1 stomatologue, 1 neurologue. Là encore aucune installation n'est prévue et le renouvellement des effectifs médicaux n'est pas assuré.

Biologie et imagerie:

Les 3 centres de radiologie se situent tous à Saint-Gaudens, dont 2 à l'hôpital ; les 6 laboratoires d'analyses médicales se répartissent entre Saint-Gaudens, Bagnères de Luchon et Montréjeau.

Pharmacies: On dénombre 39 officines (45/100000 hab)

Paramédicaux: Il existe 7 Services de Soins Infirmiers à Domicile, 144 infirmiers libéraux, 84 kinésithérapeutes et 53 dentistes.

Etablissements pour personnes âgées¹³:

Le territoire est en revanche particulièrement bien équipé en EHPA: 25 établissements dont 21 EHPAD (1345 lits), ainsi que 12 Services d'Aide auprès des Personnes à Domicile.

Tableau n°4 : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Territoires	Nb d'EHPA en 2007	Nb d'EHPAD en 2007	Capacité Installée en EHPA (nb de lits)	Capacité Installée en EHPAD (nb de lits)	Capacité Totale Autorisée en EHPA (nb de lits)	Capacité Totale Autorisée en EHPAD (nb de lits)
Pays Comminges Pyrénées	4	21	120	1320	123	1 345
Haute-Garonne	37	145	1540	8688	1 647	9 566

Source : CG 31 - 2007

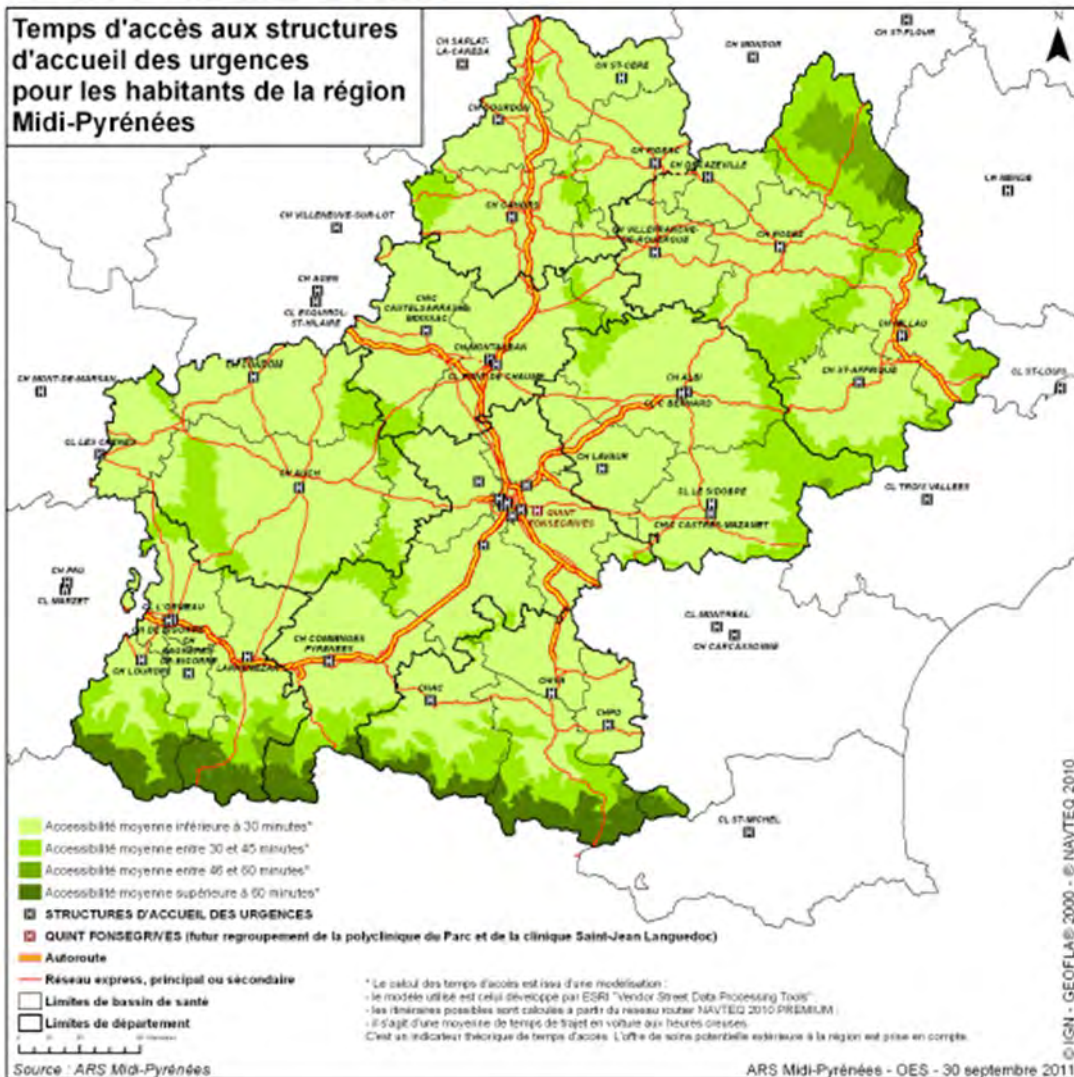
Urgences et transports:

Le service d'urgence est le CH de Saint-Gaudens

Le Comminges bénéficie de 7 ambulances d'astreinte toutes dédiées à l'AMU, de 20h à 8h et en journée les week-end et jours fériés.

Il existe 32 casernes SDIS (Service départemental d'Incendie et de Secours) et 19 véhicules de secours à personnes (SAP)¹⁴. Les SDIS constatent une évolution qualitative et quantitative de leurs missions dans le secours aux personnes, et estiment devenir un recours trop fréquent dans les cas de carence d'ambulances privées, de manque de couverture de la médecine libérale, de dysfonctionnement de la permanence des soins. La conséquence en est un allongement constant des délais d'intervention et ce au détriment de leurs autres missions.

L'accessibilité des services d'urgence



Carte n°3 : Accessibilité des services d'urgence

3. Analyse de l'activité en PDS dans le Comminges

15 médecins sont exemptés de garde sur 81. Il reste **66 effecteurs volontaires**, soit un **taux de participation de 81%**: 7 pour le secteur Nord, une trentaine au centre, une vingtaine pour le sud-est et une dizaine au sud.

Le nombre de secteurs est passé de 8 à 4 depuis 2010, pour des raisons d'activité de PDSA peu importante, mais aussi pour des raisons financières et de manque d'effecteurs dans certains cantons. Par ailleurs, le secteur de Barousse des Hautes-Pyrénées a été rattaché, pour la PDS, alternativement aux secteurs de Saint-Béat et Montréjeau en 2011 suite au départ en retraite d'un médecin, puis au secteur de Saint-Gaudens en 2013.

3.1. Effectation :

3.1.1. nombre d'actes PDSA en 2010^{L5}

En 2010, il existe 8 secteurs soit 8 effecteurs par nuit, dont 4 assurent les nuits profondes. La moitié de ces secteurs ont un temps moyen d'accès au service d'urgence le plus proche supérieur ou égal à 30 minutes (51 minutes pour Bagnères-de-Luchon). La distance maximale d'accès au médecin généraliste varie de 14 à 32 km, mais celle-ci s'est allongée depuis 2012 avec la réduction du nombre de secteurs.

La CPAM a comptabilisé en 2010 un total de 1742 actes: 392 actes de 20h à 0h, 67 actes de 0h à 8h, 1283 actes les week-end et jours fériés.

Soit 1,07 acte par soirée de 20h à minuit pour tout le Comminges

Soit 1,3 acte par semaine en nuit profonde, pour tout le Comminges. Dans 90% des cas où le médecin intervient le patient est finalement hospitalisé.

Les WE et jours fériés, 75%des actes sont effectués par le secteur de Saint-Gaudens, dans lequel vit 50 % de la population.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, les visites à domicile représentent la grande majorité des actes en période de garde en début et milieu de nuit. La part des consultations est plus fréquente le week-end.

Tableau n°5 : Pourcentage de visites à domicile aux horaires de PDSA¹⁶.

Secteur	20h-0h (%)	0h-8h (%)	WE et JF (%)
Boulogne	87	83	75
Isle-en-Dodon	53	71	52
Cierp	78	82	59
Bagnères Luchon	77	79	36
Montréal	66	75	48
St-Gaudens	77	73	66
Total	73	77	56

3.1.2. *PDS hospitalière¹⁷*:

On étudie le nombre de passages aux Urgences du CH de St-Gaudens en fonction de l'horaire PDSA avec prise en compte de la gravité du patient, en retenant selon la classification CCMU les CCMU 1 ET 2^b, et ceux pour lesquels le recours est psychiatrique avec un devenir de retour à domicile.

L'ORUMIP dénombre en 2010 1744 actes de 20h à 0h, 1046 actes de 0h à 8h, 4690 actes les week-end et jours fériés.

Le nombre de passages annuels aux Urgences par an à Saint-Gaudens a augmenté de près de 1500 depuis 2010.

b: CCMU 1: état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgence ; CCMU 2: état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences

3.2. Régulation

Elle est effectuée par l'association REGUL 31, en lien avec le SAMU, et l'ARMEL dont la suppression est effective depuis juin 2014. Moins de 50% des médecins d'astreinte en PDSA dans le Comminges sont régulés, pour une moyenne régionale à 85%¹⁸.

Depuis juin 2014, il existe un numéro unique dédié à la régulation des actes médicaux non urgents : le 3966.

Tableau n°6 : Moyenne annuelle du nombre d'actes par astreinte dans le bassin de Saint-Gaudens en 2009¹⁹ :

	20h-0h	0h-8h	WE-JF
PDS régulée	1,8	0,6	27
PDS non-régulée	8,1	1,9	73,3

La part importante de l'activité non régulée s'explique en partie par le fait que certains médecins ne participant pas à la PDS organisée répondent cependant aux appels de leurs patients. Par ailleurs le médecin de garde répond parfois simultanément aux appels de la régulation et à ceux de ses patients sans régulation préalable.

3.3. Nuit profonde

En 2010 elle est assurée dans 4 secteurs sur 8. On dénombre 1 à 2 actes par semaine pour tout le Comminges. Dans 90% des cas où le médecin intervient, le patient est finalement hospitalisé. **Le coût unitaire moyen d'un acte de PDSA en nuit profonde, en ne comptant que la rémunération de l'effecteur, est de 2179 euros^c.**

c : Détail du calcul : (4 effecteurs × 100 euros × 365 nuits) / 67 actes par an = 2179 euros

3.4. Actes médico-administratifs

Ce sont les actes qui requièrent l'intervention d'un médecin, sans activité de soin, comme les réquisitions pour gardes à vue ou constats de décès. Ils n'appartiennent pas stricto sensu à l'activité de PDS mais sont effectués dans la plupart des cas par le médecin de garde. Ces actes ne sont pas référencés dans la nomenclature, et ne sont pas remboursés par la CPAM. Pour certains syndicats de médecins, il s'agit d'une des «épines irritatives» concernant la PDSA²⁰.

Ils sont difficiles à comptabiliser et la sous-préfecture ne communique pas les chiffres malgré la demande qui lui a été adressée.

3.5. Disparités selon les secteurs de PDS

Dans chacun des secteurs, un nombre variable d'effecteurs assure la PDS avec des modalités différentes notamment pour les fins de nuit, et dans des conditions d'exercice très différentes. Le résultat est un fonctionnement hétérogène, source d'inégalité pour les populations selon les modalités du dispositif, et pour les médecins²¹.

En effet pour les médecins de garde à **Saint-Gaudens**, les visites se font dans un périmètre inférieur à 15km avec un relief de plaines; ils disposent du SAU hospitalier, du SMUR et d'une pharmacie de garde à proximité. Ils font en moyenne une garde par mois, sans nuit profonde, avec 5 à 10 actes par garde. En résumé, **des gardes rares, rentables et «confortables»**.

Au contraire, les médecins du **Sud-Comminges** sont appelés pour des visites jusqu'à 40km, en montagne, avec des infrastructures routières précaires et enneigées pendant l'hiver; ils assurent les nuits profondes, sans appui médical sur place et à 40 minutes du SAU. Ils effectuent une garde par semaine avec une moyenne de 0 à 2 actes par garde. La pharmacie de garde est potentiellement très éloignée puisque les gardes officinales et médicales ne s'accordent pas. C'est-à-dire des **gardes fréquentes, contraignantes, dangereuses et peu rémunérées**²². Ils peinent par ailleurs à trouver des remplaçants ponctuels, ces derniers préférant exercer des gardes dans les secteurs où l'activité est plus importante.

4. Financement

Il englobe²³

- l'activité médicale d'effection: indemnités d'astreinte et actes
- la régulation: 70 euros/h
- la garde ambulancière: forfait de 346 euros/12h depuis 2003
- les dépenses indirectes de carences payées aux SDIS par les centres hospitaliers en l'impossibilité de transport ambulancier, la pression induite sur le secteur hospitalier des Urgences par les difficultés de la PDS (même si l'activité correspondante génère des recettes)
- les gardes de pharmacie: forfait de 75 euros/nuit, jour férié ou dimanche, majoré à 150 euros en 2012
- le fonctionnement des maisons médicales de garde le cas échéant.

Depuis 2002 et jusqu'à la création des ARS, des financements spécifiques pour la PDS étaient prévus dans le cadre conventionnel avec l'Assurance Maladie, qui assurait le paiement d'un forfait d'astreinte par secteur (50 euros par tranche de 4h), des majorations pour les actes effectués après régulation, et des rémunérations horaires de 3C pour la régulation libérale.

Des financements supplémentaires avaient été affectés via le FAQSV (Fond d'Aide à la Qualité des Soins en Ville géré par le Conseil Général), et la DDR (Dotation des Réseaux, géré par la CPAM).

Désormais le financement s'inscrit dans le cadre d'une enveloppe fermée du FIR (Fond d'Intervention Régional) déléguée à chaque ARS²⁴.

Tableau n°7 : Evolution des moyens alloués pour la PDSA

	2010	2012	2013
Comminges	413 000	465 089	367 000
Haute-Garonne	2 826 300	2 356 282	1 777 500
Midi-Pyrénées	14 046 664	14 200 000	13 529 086

En 2012, les budgets ont été réajustés selon les bassins en fonction du nombre d'habitants et de la superficie.

Le budget destiné au Comminges a été diminué de près de 100 000 euros entre 2012 et 2013.

5. Ressenti des médecins

Depuis les années 2000, l'inquiétude face à la désertification médicale et à l'avenir de la PDS est palpable dans le bassin, notamment dans ses zones les plus rurales.

En témoignage dès 2009 un projet de création de maison médicale de garde²⁵, émanant d'un médecin généraliste du Sud-Comminges, qui plaide pour «une PDSA moins contraignante, correctement sécurisée et rémunérée».

La PDSA est finalement jugée dissuasive à de nouvelles installations, et accélère les cessations d'activité. Elle est d'ores et déjà délaissée par des médecins âgés en exercice car elle se surajoute à la lourdeur du travail et à la solitude dans des cabinets. Son fonctionnement, en particulier dans les cantons les moins dotés repose en réalité sur un civisme médical conservé et une confraternité forte. Mais elle est un sujet récurrent de préoccupation, et la situation semble «explosive».²⁶

Le sentiment d'urgence est cependant inhomogène selon les secteurs²⁷:

«Parmi les médecins qui se sont exprimés lors de cette réunion, certains se disent satisfaits de l'organisation actuelle de la PDS dans leur secteur. Il s'agit des secteurs de Saint-Gaudens, Aspet et Salies. Ils ne sont cependant pas en mesure de proposer de solutions pour les secteurs en difficulté. D'autres médecins présents disent se trouver en difficulté ou pensent l'être dans l'une des deux années à venir en raison du départ à la retraite de près de la moitié des médecins...»

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

- L'année 2010 choisie pour illustrer la PDS du Comminges peut sembler déjà lointaine tant les choses évoluent depuis 4 ans. Mais il s'agit finalement d'une année charnière, reflétant le mieux l'activité réelle en PDS dans ce bassin: depuis se sont succédé des grèves, et les dysfonctionnements se sont accrus. Ce sont les statistiques de cette année qui ont servi de base de travail lors des réunions entre l'ARS, le CDOM et les acteurs locaux.

- Je n'ai pas proposé de questionnaire aux médecins: l'URPS l'a fait en 2011 pour la région ainsi que l'association Santé Territoire Comminges Barousse Val d'Aran dans le Comminges en 2012.

- L'idée initiale de ce travail de thèse était de suivre au plus près et de manière prospective la restructuration de la PDSA annoncée dans ce bassin en difficulté, avec une échéance annoncée par l'ARS au 1^{er} janvier 2012. Mais à ce jour la question n'est toujours pas résolue. En juillet 2014 le bassin a d'ailleurs été nommé, par l'ARS et en concertation avec le préfet, le Conseil Général et le CDOM, « bassin pilote pour la réorganisation de la permanence des soins».

- Nous sommes dans une période de transition nationale importante concernant la PDSA. Ses dysfonctionnements ont de multiples racines, dont beaucoup ne sont pas spécifiques au caractère rural du Comminges. Il paraît important de décrire en exergue les failles de l'ancien système en place jusqu'ici pour comprendre les prises de position actuelles des médecins du bassin et leur vigilance face aux propositions de restructuration et d'ajustement de l'ARS.

- Certaines données peuvent manquer, faute de disponibilité ou d'existence, et il a été nécessaire d'utiliser parfois les données et statistiques d'autres années récentes. Ce n'est que depuis 2013 qu'existe un dispositif d'évaluation précise de la PDSA dans le département²⁸. Les quelques chiffres extrapolés par besoin pour l'analyse se rapprochent toutefois le plus possible de la réalité.

2. Interprétation des résultats de l'activité médicale constatée et ajustement

Pour la PDSA: Il existe 2 biais dans la comptabilité des actes de PDSA:

- la CPAM ne représente que 90% des assurés sociaux et le total est donc à majorer de 10%. les chiffres de 2010 ne tiennent pas compte du secteur de Barousse qui a été rattaché au Comminges en 2011.
- Par ailleurs, l'attrait touristique du bassin fait doubler la population en période de vacances scolaires et le remboursement des actes est alors effectué par d'autres caisses départementales; le total est encore à majorer de 30%.

Pour la PDS hospitalière: On peut se poser deux questions:

- Combien de patients se rendent aux Urgences, alors qu'ils connaissent l'existence d'un médecin libéral de garde accessible ?
- Combien de patients estiment que leur état de santé nécessite réellement un passage aux Urgences ?

L'activité hospitalière diminuerait probablement nettement si la PDSA sur le territoire était optimisée. Une enquête publiée en 2003 par la DRESS révèle que 75% des patients arrivent aux Urgences sans avoir consulté de médecin et par leurs propres moyens²⁹.

Tableau n°8 : Nombre d'actes de PDSA annuels

	20H-8H (actes/an)	0H-8H(actes/an)	WE-JF(actes/an)
PDSA relevé CPAM	392	67	1283
Estimation PDSA réelle	600	100	2000
Actes «PDSA» à l'hôpital	1744	1046	4690

3. Comparabilité au niveau régional et national

Si la situation décrite dans le Comminges n'est pas exceptionnelle en France, elle est exemplaire par sa précarité. De nombreux rapports font état de la fragilité et des dysfonctionnements de la PDS en France, et tentent d'en analyser les causes. **La PDS est assurée de façon inégale et aléatoire sur l'ensemble du territoire**, et les zones rurales apparaissent finalement comme les plus exposées actuellement.

3.1. Le dispositif de PDS reste fragile depuis 2002

3.1.1. *Volontariat individuel des médecins*

Avant 2002, la PDSA était une obligation individuelle pour tout médecin vis-à-vis de sa propre patientèle. Ce statut a été modifié par la succession de 2 lois et 4 décrets: elle relève depuis d'une obligation collective reposant sur le volontariat individuel, et est considérée comme une mission de service public, avec une organisation départementale (mais régionale aujourd'hui) reposant sur un système de sectorisation et d'astreintes.

Le lent déclin du volontariat observé depuis 2009, $-5\%/an^{30}$, sera probablement exponentiel compte tenu des conditions actuelles de PDSA et des prévisions alarmistes de démographie médicale.

Le taux de volontaires est au niveau national supérieur à 60%, et en général plus élevé dans les secteurs ruraux où s'exprime le plus la **solidarité confraternelle**. En Midi-Pyrénées il est de 55% avec des extrêmes départementaux de 79% dans le Lot et de 37% en Haute-Garonne. Il est de 81% dans le Comminges. Mais ni le taux de volontariat ni le nombre de réquisitions ne sont des indicateurs suffisants du bon fonctionnement de la PDS.

Dans le Comminges, le taux de participation a toujours été élevé, mais le nombre de médecins devient trop faible pour que la cadence des gardes soit acceptable. Dans certains secteurs, des médecins retraités actifs ou qui pourraient en être exemptés continuent à participer à la PDSA pour soulager leur confrères³¹.

Selon le CNOM: «*L'érosion du volontariat est là et constituera un défi pour les ARS. Les médecins sur le terrain nous alertent sur la pénurie de médecins volontaires et de médecins tout court, sur le vieillissement des médecins de garde et sur les difficultés de trouver de nouveaux médecins régulateurs*»³².

3.1.2. Un accès aux soins aux fortes disparités territoriales et temporelles

C'est le cas à l'échelle nationale, mais aussi au sein même des départements et des secteurs: selon le temps d'accès au médecin ou au SAU, selon l'horaire considéré, selon la lisibilité ou non de l'organisation de la PDS, les populations n'ont pas le même accès au soin.

Il existe déjà des zones grises (fragiles) et noires (déficitaires) conduisant la population à s'adresser directement aux Urgences³³.

La tendance depuis quelques années est à la contraction des secteurs, pour des raisons économiques ou faute d'un nombre suffisant d'effecteurs, entraînant une diminution du rythme des astreintes pour les médecins, mais au prix d'une augmentation du temps d'accès au malade³⁴.

3.1.3. Un rapport coût/service à la population peu satisfaisant...dans un contexte de restriction budgétaire

C'est finalement actuellement l'**efficience** plus que l'efficacité qui est mise en cause: le système actuel est performant en termes de prise en charge médicale de qualité, mais on voit des «*panaris à 1500 euros*». L'inadéquation du dispositif actuel avec les besoins génère des coûts inutiles, à moduler selon les secteurs. C'est le cas, entre autres, pour la nuit profonde.

Le coût national de la PDSA a triplé en 10 ans³⁵ pour atteindre 700 millions d'euros en 2012, indépendamment des frais engagés par les hôpitaux : cela est dû à l'apparition du forfait d'astreinte, à son extension aux pharmaciens et aux transports sanitaires, au développement de la régulation. Cependant, le nombre d'actes reste stable en PDSA, si l'on ne prend pas en compte l'augmentation constante du recours spontané au SAU.

On peut dégager la notion de «**coût unitaire moyen d'un acte**»^d qui est très disparate d'un secteur à l'autre et selon l'horaire considéré. **En nuit profonde il est de 1000 euros en moyenne en Midi-Pyrénées³⁶ et de 2179 euros dans le Comminges contre 220 euros pour un passage au SAU.**

Ce bilan financier médiocre découle aussi du financement de **dispositifs plus juxtaposés que coordonnés**, et de **l'articulation insuffisante entre les différentes composantes de l'offre de soin.**

La place donnée à la régulation est centrale désormais et a pour but de rationaliser les actes en période de garde. On estime en effet que **60% à 85 % des appels régulés aboutissent à un conseil médical ou télé-prescription³⁷**. Autant d'actes «inutiles» évités...Mais son fonctionnement reste hétérogène: il existe parfois 3 centres de régulation en concurrence... ou juxtaposés comme en Haute-Garonne avec SOS médecin, l'ARMEL, REGUL31. 15% des médecins de Midi-Pyrénées ne font pas encore appel à la régulation³⁸, et plus de la moitié dans le Comminges...Il s'agit de médecins anciens, ayant fait des gardes non rémunérées pendant des années, pour lesquels une régulation est superflue. Rappelons aussi que la régulation permet de diminuer le nombre d'actes (de 60 à 80%), mais qu'elle réduit alors aussi fortement la rémunération de la garde.

La population, autochtone ou touristique, méconnaît souvent l'organisation mise en place et se dirige vers la structure qui lui semble la plus accessible, ignorant les limites des secteurs et la possibilité d'avoir recours à un médecin d'astreinte.

«Le brusque changement de modèle intervenu en 2002 n'a pas fini de faire sentir ses effets, que ce soit par l'instabilité et la fragilité des systèmes en place aujourd'hui ou par l'explosion des dépenses qui en résulte. Ce constat exige que tous les leviers, organisation de la présence médicale sur le terrain, information du public, surveillance et régulation du système soient mobilisés pour améliorer l'efficacité d'un dispositif essentiel pour la population»³⁹.

d- coût unitaire moyen d'un acte = (indemnité d'astreinte × nombre d'effecteurs × 365) divisé par le nombre d'actes par an

3.2. Le dispositif actuel s'inscrit dans un contexte défavorable

3.2.1. L'évolution de la démographie médicale risque d'accentuer la répartition inégale des professions de santé sur le territoire

La densité moyenne en médecins généralistes est de 12,2/10000 habitants en Midi-Pyrénées et de 13,86 en France⁴⁰. Il existe de grandes disparités territoriales (nord-sud, entre régions, entre cantons), qui jusqu'ici posaient peu de problèmes d'accès aux soins en raison du nombre élevé de médecins. En 2010, on dénombre 4% de zones fragiles sur le territoire, essentiellement en milieu rural et péri-urbain. Dans le Comminges la densité médicale est de 10,3/10000 habitants mais là encore inégalement répartie, avec 3 zones fragiles reconnues par l'ARS⁴¹.

En moyenne, la densité régionale est de 15 médecins spécialistes en activité régulière pour 10 000 habitants⁴², elle est de 7,5/10 000habitants dans le Comminges.

Cette densité médicale devrait baisser de façon continue de 2010 jusqu'en 2020-2030⁴³. Une diminution de 22% est annoncée en Midi-Pyrénées (elle serait de 11% au niveau national), alors que les besoins sanitaires vont nécessairement croître en raison du vieillissement de la population et de la volonté de favoriser au maximum le maintien à domicile des personnes âgées:

Les sorties s'accroissent⁴⁴ avec les départs en retraite des médecins babyboomers et les départs anticipés. Dans certains secteurs, et notamment ruraux, le renouvellement des médecins âgés n'est pas assuré, faute de candidats à l'installation en médecine générale. Des médecins jeunes installés dévissent leur plaque et s'en vont après quelques années, lassés de conditions d'exercice difficiles.

Le rythme des entrées s'essouffle: le numerus clausus n'a cessé de baisser de 1983 à 1993, et les conséquences de son augmentation depuis 2000 seront différées. Elles ne garantiront d'ailleurs pas une équité territoriale. Des médecins étrangers (roumains, grecs, espagnols, tunisiens, marocains, algériens...) sont déjà sollicités pour pallier les déficits en médecins dans plusieurs communes ou hôpitaux. Dans le Comminges ils sont essentiellement roumains, grecs et espagnols. Aujourd'hui près d'un quart des médecins qui s'inscrivent au conseil de l'ordre ont un diplôme d'origine européenne ou extra-

européenne. L'intégration dans des zones dites rurales «profondes» n'est pas chose aisée. On ne connaît pas encore l'impact positif précis du retour attendu des jeunes Français partis étudier à l'étranger- par exemple en Belgique ou Roumanie - en raison de la pression de sélection de la première année de médecine. Cette année, ils sont une soixantaine et il en arrivera probablement 200 chaque année à moyen terme. On constate une augmentation de l'effectif des médecins retraités (+18,4%), mais ils ne représentent évidemment qu'une aide d'appoint.

La moyenne d'âge des médecins généralistes est déjà élevée⁴⁵: 46% des médecins de Midi-Pyrénées ont plus de 55 ans et 26% ont plus de 60 ans. 19% seulement ont moins de 45ans (dont 57% de femmes). La moyenne d'âge est de 52 ans. Un médecin âgé supportera moins bien un rythme plus soutenu de gardes nocturnes conjugué à l'accueil de sa patientèle en journée, 50 à 70 heures par semaine; 47% d'entre eux estiment ressentir des symptômes d'épuisement professionnel. En Haute-Garonne le CDOM 31 a mis en place l'association «*MOTS*» avec un numéro vert destiné aux médecins en difficulté.

Rappelons que le repos de garde n'existe pas en libéral...

Dans le Comminges, certains médecins menacent de cesser leur activité si la situation actuelle ou les contraintes liées à la PDSA perdurent⁴⁶. Certains l'ont déjà fait.

Le faible nombre de médecins présents dans certains secteurs est tel qu'une exemption d'un seul médecin, son désengagement ou sa cessation d'activité peut conduire à des situations inacceptables pour les médecins volontaires effecteurs et remettre en cause l'organisation entière de la PDS. Nous l'avons vu plus haut pour le secteur de Barousse en 2011: 6 mois ont été nécessaires pour trouver un accord avec les médecins de 2 secteurs du Comminges susceptibles d'agrandir leur périmètre d'astreinte. Le minimum acceptable serait fixé entre 20 et 25 médecins par sous-bassin.

La dégradation de la démographie médicale, en particulier en milieu rural, représente aujourd'hui un défi majeur pour la pérennité de la PDSA; elle exacerbe la pénibilité des conditions d'exercice des gardes et fragilise le volontariat ...

«On ne peut donc pas appréhender le fonctionnement de la PDS indépendamment de la localisation géographique des médecins et d'une réflexion plus générale sur la répartition spatiale de l'offre de soins et les moyens de l'améliorer (...) La médecine de premier

recours «quoique passionnante et humainement gratifiante, pâtit de la disponibilité qu'elle exige des praticiens». Si des mesures coercitives (plus qu'incitatives comme depuis récemment et dont l'effet reste à mesurer) étaient prises (suppression du principe de volontariat, obligation d'installation...), elles se révéleraient certainement un puissant répulsif pour l'installation de nouvelles générations de médecins,(qui s'orienteraient vers une activité salariée ou continueraient à remplacer). Et à l'inverse, l'existence d'une PDSA organisée et opérationnelle est devenue aujourd'hui un préalable incontournable, bien qu'insuffisant, à un projet d'installation en zone rurale. »⁴⁷

L'effet positif des différentes mesures financières incitatives à l'installation des médecins reste à évaluer. **Leur financement dépend le plus souvent du conseil régional et est conditionné par la reconnaissance officielle de la fragilité de la zone⁴⁸.** Dans le Comminges, 3 zones sont reconnues fragiles, et les 7 Maisons de Santé Pluridisciplinaires sont en cours d'aménagement ou en projet. Si leur pérennité est garantie, elles pourraient représenter une des solutions permettant d'améliorer, par sa mutualisation, l'offre de soins dans le bassin et donc le fonctionnement de la PDSA .

3.2.2. Un nouveau rapport au temps de travail et à l'exercice médical : la revendication d'une qualité de vie

Différentes études objectivent une **évolution sociétale** chez les jeunes médecins, à relier notamment à «l'effet 35h» et à la notion récente de repos de sécurité, dans une formation initiale en majorité hospitalière.

L'âge moyen des nouveaux inscrits est de 34,2 ans et l'âge moyen d'installation est de plus en plus tardif, à 38 ans⁴⁹.

Des horaires «convenables», la possibilité d'une vie extra-professionnelle et la qualité de vie sont ainsi des priorités plus fortes pour les jeunes médecins que pour les générations de médecins précédentes. Le métier ne veut plus être vécu comme un sacerdoce, pour les hommes aussi bien que pour les femmes. En témoignent l'engouement pour le remplacement à la carte⁵⁰, le développement de l'activité à temps partiel et l'attrait pour un mode d'exercice salarié avec des horaires plus maîtrisés.

La profession se féminise: 7 internes sur 10 sont des femmes, et elles ont tendance à donner la priorité à leur vie familiale.

La garde ambulatoire est également vécue comme une **prise de risques**. Sans formation dédiée au cours de l'internat jusqu'ici, les jeunes médecins peuvent redouter l'exercice isolé et la solitude des gardes. **Les responsabilités disciplinaires, civiles et pénales peuvent en effet être engagées**: dans le **code de déontologie**⁵¹: article 9, imposant au médecin de porter secours; article 77 prévoyant qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent; article 78 prévoyant que le médecin de garde doit prendre ses dispositions pour être joint au plus vite et tenir informé le médecin habituel de la personne. Dans le **code de la santé publique**⁵², l'article L.4163-7 réprime le fait pour un médecin de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique. Dans le **code pénal**⁵³, les articles L.223-1 et 223-6 réprimant respectivement le délit de mise en danger de la vie d'autrui ou «risque causé à autrui» et le délit de non-assistance à personne en danger.

Les **risques matériels** sont aussi une réalité dans des routes de campagnes ou de montagnes enneigées, pour une femme seule ou un médecin âgé en pleine nuit. Les indemnisations par l'assurance professionnelle en cas d'accident aux horaires de PDSA sont inexistantes.

3.2.3. Une médecine générale de premier recours peu attirante?

Elle souffre d'une désaffection malgré son statut récent de spécialité et la création d'une filière universitaire: de nombreux postes de médecine générale ne sont pas pourvus à l'internat⁵⁴, les différents DESC et passerelles existantes permettent par ailleurs une réorientation dès l'internat ou en cours de carrière (médecine d'urgence, gériatrie, psychiatrie sur dérogation, exercice hospitalier en oncologie, médecine interne, coordinateur d'EHPAD...), en activité exclusive ou mixte. Une proportion non négligeable se dirige également vers une activité particulière (homéopathie, acupuncture...) ou salariée (médecin du travail, médecin contrôleur de la CPAM...)⁵⁵.

55% seulement des omnipraticiens ont une activité effective en médecine générale de premier recours. Seulement 10,7% des nouveaux inscrits s'installent en libéral, cette proportion augmente à 40% après plusieurs années d'exercice⁵⁶.

La décision d'installation en milieu rural témoigne d'un choix de vie et d'exercice qui n'est pas celui de la majorité des jeunes médecins dont la formation s'effectue en majorité en ville et à l'hôpital, en dépit du développement de stages ambulatoires. Depuis quelques années, des stages en milieu rural et rural profond s'ouvrent.

Les Midi-Pyrénées représentent une région pilote en ce sens, avec la possibilité de réaliser 4 stages en libéral sur les 6 de la maquette. Certains proposent même une 4^e année d'internat « professionnalisante » qui serait à effectuer dans des régions sous-dotées⁵⁷. *«En Midi-Pyrénées, 10% des médecins sont maîtres de stage. Tous les jeunes de 4e année ont un stage obligatoire de médecine générale. Puis tous les internes réalisent 2 stages de 6 mois. Des stages en pédiatrie et en gynécologie sont également à l'étude. Dans ces conditions, là où en France, il y a 10% d'installations en libéral, en Midi-Pyrénées, il y en a 20%. C'est bien la preuve que le métier, s'il est bien présenté, les intéresse. Encore faut-il promouvoir la médecine générale dès la 4e année»⁵⁸.*

Dans le Comminges ces terrains de stage sont en forte augmentation: les 2 premiers praticiens maîtres de stage il y a 15 ans ont su motiver leurs confrères en insistant sur la transmission et l'avenir, la «relève». Ils sont 12 maîtres de stage aujourd'hui. Ces stages apparaissent en effet comme le moyen idéal de faire connaître le territoire et ce mode d'exercice aux jeunes médecins. Ils sont cependant souvent les derniers choisis. C'est le modèle urbain, avec travail en réseau, proximité des laboratoires d'analyses, recours aisé aux spécialistes, centres de radiologie, qui est valorisé au cours de leurs études et plébiscité par la suite. La méconnaissance des territoires, et le manque d'attractivité de ces derniers font le reste. Citons aussi la «suractivité obligatoire» pressentie pour compenser la faiblesse de l'offre alentour, le manque de perspectives et d'évolutivité de carrière⁵⁹ :

«Les futurs médecins sont demandeurs d'une diversification de leurs modes d'exercices et de rémunérations. Ils souhaitent travailler à proximité d'un environnement technique généraliste, pour garder la maîtrise et garantir l'efficacité du parcours de santé du patient, comprenant outre les professionnels du premier recours, un service d'accueil des

Urgences, un service d'accueil de jour, un laboratoire d'analyse, une imagerie médicale (radiologie et échographie), les spécialités le plus souvent sollicitées...»

L'ISNAR-IMG a réalisé une enquête auprès des internes en médecine générale en 2011 et 2013⁶⁰: **86% d'entre eux se déclarent volontaires pour participer à la PDSA. La même proportion déplore le manque de formation spécifique dans ce domaine** : dès l'externat les jeunes médecins sont sensibilisés à la permanence des soins par l'obligation de participer aux gardes au sein de l'hôpital. Ils la considèrent, de fait, comme une mission de service public. Mais c'est paradoxalement uniquement dans leurs stages ambulatoires (leur spécialité future), qu'ils n'ont ni obligation de garde sur le terrain, ni même sensibilisation à la PDSA pour peu que leur maître de stage ne soit pas volontaire. Une **formation spécifique** sous forme de cours théoriques et d'astreintes supervisées est en cours d'expérimentation à Rennes depuis 2 ans⁶¹ ainsi que dans le Val de Marne⁶². Les internes et jeunes remplaçants pointent par ailleurs le manque de lisibilité du système: il est parfois difficile de trouver la marche à suivre pour être inscrit sur les listes de garde et l'activité de médecin régulateur est peu accessible car il faut être installé depuis au moins 3 ans. En réalité, ils admettent leur **méconnaissance totale du système faute de formation**⁶³. Comment leur reprocher alors de ne pas y entrer ?

3.2.4. Evolution des besoins et des attentes de la population

La demande de soins est en constante augmentation:

- Les **besoins sanitaires réels** sont déjà, et seront plus importants dans les prochaines années, en raison du vieillissement de la population et du souhait de favoriser au maximum le maintien de personnes âgées à domicile avec le développement de formes alternatives à l'hospitalisation comme l'HAD. Il est à noter que la PDS dans les EHPAD et maisons de retraite est assurée par les médecins généralistes de garde. Comme nous l'avons vu, le Comminges est le bassin le plus âgé de Haute-Garonne et l'indicateur de vieillissement est largement supérieur à la moyenne en Midi-Pyrénées.

- Indépendamment de ces besoins objectifs, **les comportements évoluent**: nous sommes désormais dans une société «de l'immédiateté» et un certain consumériste médical

se développe⁶⁴. La notion d'urgence ressentie n'est plus la même que par le passé, l'expression des besoins a changé, et le taux de recours au médecin a augmenté comme en témoigne l'explosion du nombre d'appel du 15_ qui a triplé en 10 ans⁶⁵. Le nombre de passages aux Urgences a augmenté de 64% entre 1990 et 2008 (+4,6%/an) et les ¾ des usagers se présentant aux Urgences viennent spontanément sans contact médical préalable. Seuls 20% des passages aux Urgences sont suivis d'une hospitalisation.

• L'augmentation du nombre de passages aux Urgences pour des soins de médecine générale aux horaires de PDSA est multifactoriel⁶⁶:

- organisation de la PDS peu lisible et manque d'information à la population qui ne sait plus qui appeler
- notion de consumérisme ici encore: en arrivant au SAU on est assuré d'avoir le «check-up» complet ou l'accès rapide à un spécialiste
- besoin de «sécurité» qui amène à consulter la nuit pour toute fièvre chez un enfant, ce que l'on ne voyait pas il y a 20 ans
- raisons sociétales pour une population qui ne peut se permettre de manquer une journée de travail
- raison financière avec la pratique du tiers-payant dans les hôpitaux permettant de ne pas avancer les frais.

Le mode de rémunération des hôpitaux (T2A tarification à l'acte) est finalement loin de dissuader cet afflux de demande de soins en encourageant indirectement à multiplier les actes aux Urgences pour garantir le budget de l'année à venir.

3.3. La question des nuits profondes et des visites à domicile

Le report de la PDS sur l'hôpital en nuit profonde est devenu une tendance au niveau national sinon une règle⁶⁷. Les nuits profondes génèrent un surcoût majeur pour l'Assurance Maladie, alors que le nombre d'actes est dérisoire selon les territoires. Pour mémoire: 1,3 acte par semaine dans tout le Comminges. Cela peut poser problème dans les zones reculées à plus de 30 min d'un hôpital comme dans le Sud-Comminges et crée des inégalités d'accès aux soins pour la population.

L'ARS MP a décidé dans son cahier des charges de ne pas faire participer les effecteurs postés à la nuit profonde. Pour les effecteurs mixtes: *«en fin de nuit ce mode de participation n'est proposé que lorsqu'il permet d'éviter de mobiliser indûment les moyens de l'AMU: en semaine, il est réservé à la desserte des communes situées à plus de 30min d'un SAU »*⁶⁸.

La **notion de «visites inévitables»** fait également débat. Pour certains médecins, il s'agit surtout d'une perte de temps importante et d'une prise de risques inutile, notamment en zone rurale et/ou de montagne, sans infrastructures routières fiables et avec un temps de route climat-dépendant⁶⁹.

Pour l'ARS: *«la visite est inévitable lorsque le patient ne peut se déplacer pour des raisons médicales (patient grabataire) ou sociales (absence de moyen de transport, charge de famille...), le caractère inévitable d'une visite est appréciée par le médecin régulateur.»*

Pour le CDOM 31⁷⁰: *«La recommandation de base reste le caractère exceptionnel de la visite pour optimiser le temps médical et améliorer la qualité des soins; un médecin effecteur est plus à même de soigner efficacement avec son équipement technique sur un point fixe; le déplacement du médecin effecteur est générateur de perte de temps médical propre à diminuer l'offre de soins»*. Le CDOM décrit les situations semblant correspondre à des «visites inévitables». Mais finalement ces situations correspondent plus à des indications de prise en charge en milieu hospitalier avec bilan: ainsi **en EHPAD** *une dyspnée inhabituelle, une douleur inhabituelle ou résistante aux anti-pyrétiques, une fièvre très élevée ou inexplicée, une douleur abdominale suspecte*; de même **à domicile** *un asthme ne cédant pas ou une situation allergique grave*. Les autres situations correspondent à **une impossibilité avérée pour le patient de se déplacer, sans préjuger de la gravité de l'état de santé**. Il est alors cohérent d'imaginer le transport du patient vers le point fixe de garde par un VSL, ou s'il le faut, du médecin vers le patient, également en VSL et accompagné. Enfin il mentionne les **situations graves sur tous sites justifiant l'intervention d'un médecin dans l'attente d'une intervention du SMUR**, mais on se heurte ici à des problèmes de compétences, de moyens techniques, et d'assurance de l'effecteur.

3.4. Le dispositif était handicapé par un pilotage éclaté, des modes de financements rigides et cloisonnés, et par un manque de lisibilité pour l'utilisateur.

- **Les difficultés d'organisation de la PDSA sont aussi dues à des problèmes intrinsèques anciens⁷¹**: la complexité et la lourdeur du système, la multiplicité des intervenants créaient des blocages et de la confusion dans le rôle des acteurs. S'y ajoutait une dichotomie forte entre l'Etat et la CPAM: ainsi le Préfet, responsable de l'organisation de la PDS au sein du département n'avait aucun levier sur son financement, et était le plus souvent tributaire du CDOM et des leaders syndicaux lorsqu'il avait à exercer son pouvoir de réquisition. Les Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente ont parfois des difficultés à se réunir; le tableau de garde n'est communiqué ni aux pharmacies (avec risque évident d'incohérence entre les 2 systèmes), ni aux mairies ni aux forces de l'ordre.

- **Les sources de financement étaient jusqu'ici aussi diverses que cloisonnées**: budget d'un hôpital pour les plates-formes communes installées dans les services d'Aide Médicale Urgente (centres 15) et rémunération des permanenciers auxiliaires de régulation médicale de ces centres, FIQCS, enveloppe du risque de l'objectif national des dépenses de l'assurance-maladie pour le paiement des astreintes, les majorations d'actes, la rémunération forfaitaire des régulateurs libéraux et la garde ambulancière, budget du SDIS à la charge du département pour les interventions des sapeurs-pompiers.

- Le cadre financier (en 2010) était fixé **à l'échelon national** de manière rigide sans prendre en compte les spécificités territoriales; le montant de l'astreinte était uniforme sur l'ensemble du territoire et ne pouvait faire l'objet d'un traitement différencié dans les zones déficitaires et peu attractives.

Le développement des ARS devrait permettre d'apporter plus de simplicité, d'équité et de clarté dans le système.

4. Contexte actuel de restructuration de la PDS prise en charge par l'ARS depuis 2010

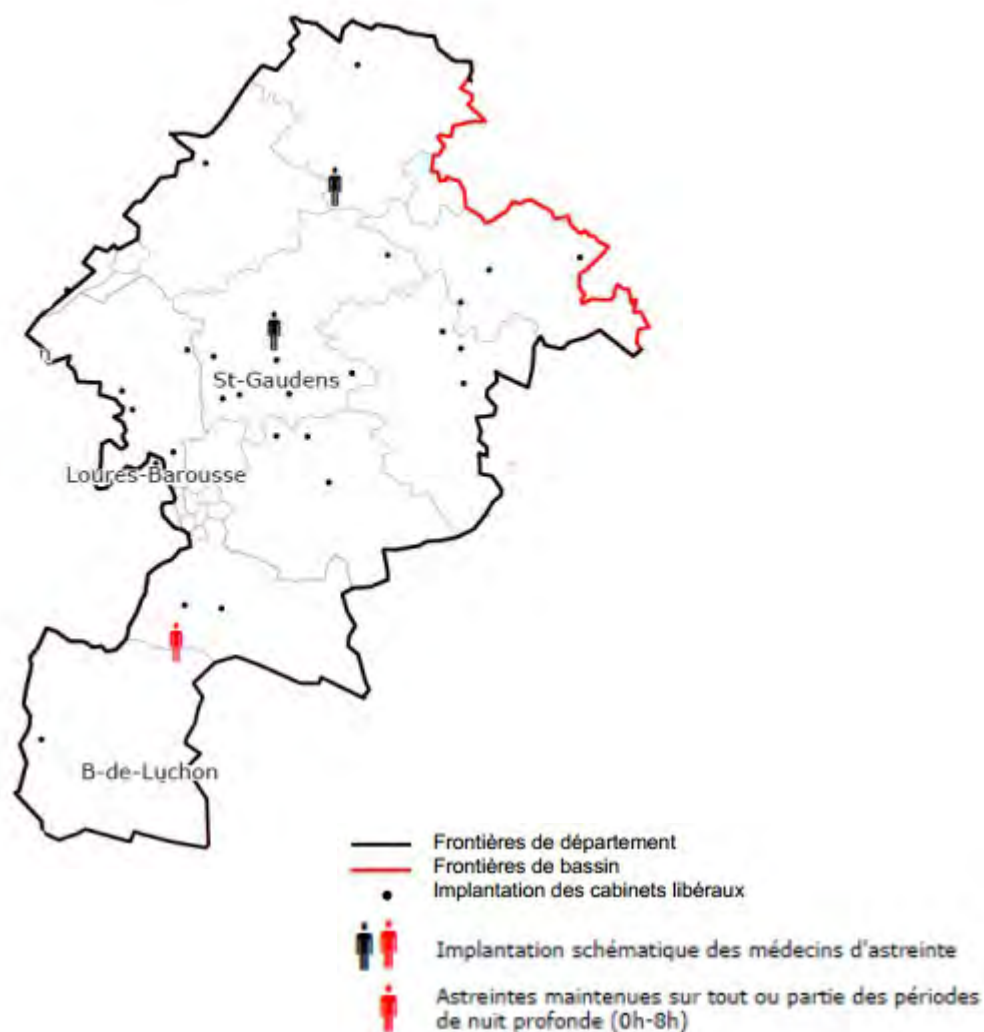
Ce cahier des charges en Midi-Pyrénées a été adopté le 11/12/2012⁷².

Mme M. Cavalier, directrice générale de l'ARS Midi-Pyrénées en a dressé un bilan à 2 ans lors d'une audition à l'assemblée nationale en février 2014⁷³. Elle remarque que l'hétérogénéité du territoire rend la régionalisation de la PDSA particulièrement complexe. Ce bilan est néanmoins globalement positif en Midi-Pyrénées, y compris dans certains territoires ruraux. Mais quelques bassins continuent à poser problème, notamment Muret et Saint-Gaudens... Un dispositif d'évaluation précise est en place depuis 2013 pour réajuster les différents dispositifs. Le budget global est resté stable en 2013 : la PDSA représente 19% du FIR (14,2 millions d'euros) dont 65% (9,2 millions) sont destinés aux effecteurs, 3,2 millions aux régulateurs, 1,5 million à l'organisation (fonctionnement des associations libérales, des 10 MMG, du réseau bronchiolite). La PDSSES représente quant à elle 38% du FIR.

Les points forts du PRS pour le Comminges⁷⁴:

- 1 effecteur posté exclusif à Saint-Gaudens et 2 effecteurs mobiles au Nord et au Sud de 20h à minuit et en journée le week-end.
- Les nuits profondes sont assurées dans le sud-Comminges les week-ends et jours fériés.
- L'indemnité de la tranche 20h-24h est fixée à 75 euros.
- L'indemnité complémentaire s'appliquant aux astreintes de fin de nuit est fixée à 50 euros.
- L'astreinte 20h-24h n'a pas été revalorisée car cette revalorisation ne concerne que les bassins dans lesquels tous les sous-bassins ont supprimé la nuit profonde.

Schéma n°3 : Le nouveau dispositif de PDSA dans le Comminges selon le cahier des charges de l'ARS



Remarques :

- Le nombre de secteurs de garde ayant diminué de moitié, le passage de l'indemnité de base de 50 à 75 euros entraîne ici une économie de 500 euros par nuit^e. Cela explique la diminution du budget de PDSA dans le Comminges de 100 000 euros. Cette économie est destinée à financer l'astreinte des effecteurs de nuit profonde dans d'autres bassins, au détriment d'une revalorisation significative de l'astreinte. Celle-ci était pourtant l'une des principales revendications des médecins du bassin. La PDSA en nuit profonde est donc reconnue peu efficace dans le Comminges, mais la question de son utilité se pose dans le reste du département et elle est accusée de « grever » le budget ailleurs.

- L'indemnité complémentaire de fin de nuit a été fixée à 200 euros dans 17 des 26 bassins de Midi-Pyrénées. Le montant de 50 euros ne concerne que 9 bassins dont le Comminges.

e (50euros x 4 effecteurs +150euros x 4 effecteurs) - (75 euros x4 effecteurs) = 500 euros

5. Propositions et mobilisation des médecins installés, grève des gardes et bras de fer

L'annonce de la restructuration de la PDS par l'ARS a suscité dès 2010, dans le Comminges comme ailleurs, espoirs et inquiétudes... « *l'ARS n'est bien sûr pas responsable de cette fragilité mais par sa réorganisation de la PDS va allumer la mèche d'une situation explosive* »⁷⁵

Pour peser face à l'ARS, une association s'est créée : l'**Association Santé Territoire Comminges, Barousse, Val d'Aran**⁷⁶ dont l'objectif est de «*créer un espace d'échanges et de réflexion sur les questions de santé concernant le territoire du Comminges, promouvoir et améliorer la santé sur ce territoire, associer les acteurs de santé, les établissements sanitaires et médico-sociaux, les usagers du territoire et les élus*».

Cette association a proposé plusieurs pistes, en les adaptant au fur et à mesure aux contraintes de l'ARS:

- développement de 1 à 3 maisons médicales de garde, suppression des nuits profondes et des visites à domicile (si le patient ne peut se déplacer, une ambulance l'amène au cabinet, ou amène le médecin au patient)
- proposition d'une participation des internes aux gardes, voire d'une 4e année d'internat en médecine générale, en imposant pour cette dernière année 2 stages ambulatoires dans les zones les plus fragiles
- revalorisation conséquente des astreintes pour attirer les remplaçants, appui sur une mutualisation « intelligente » des moyens et effecteurs, en articulation avec l'hôpital comme le préconise la FHF
- modification stratégique des gardes ambulancières
- Tiers-payant généralisé
- dotation pour les points fixes nord et sud d'une cantine contenant les médicaments pouvant faire l'objet de la délivrance d'une première dose dans l'attente de l'ouverture des pharmacies.

En reprenant les chiffres corrigés de l'activité d'effectif en PDSA et avec la perspective de 3 maisons médicales de garde, suivant la proposition de l'association, on arriverait à 6 actes de 20h à minuit (2 actes par MMG), 15 actes par période les WE et jours fériés (5 actes/MMG). Le nombre d'actes en nuit profonde ne justifie pas une PDSA, en rappelant que sur cette tranche-horaire 90% des interventions du médecin aboutissent à une hospitalisation.

En pratique actuellement et depuis Janvier 2012, les Médecins du Comminges sont officiellement en grève des gardes et s'organisent sur 4 secteurs. Les discussions se poursuivent entre l'association Santé Territoire Comminges, l'ARS et le CDOM pris à parti. Un questionnaire de l'ARS à destination des médecins est en cours d'élaboration, sorte de référendum proposant de choisir entre 1 et 3 MMG.

Pour le CNOM, *«D'ores et déjà il est évident que ces mesures auront un effet bénéfique et stabilisateur partout où elles auront été prises de façon consensuelle avec les médecins qui sont les acteurs de la PDS et leurs représentants. Lorsque ce n'est pas le cas, la situation ne pourra qu'empirer»⁷⁷.*

Le CESER de Midi-Pyrénées a lui aussi exprimé diverses inquiétudes relatives au PRS lors de sa publication⁷⁸: *«même si la question de l'efficacité des actions doit être posée, peut-être la priorité a-t'elle été donnée à l'optimisation économique, au détriment d'une amélioration ou même du maintien de la qualité et de l'accessibilité du service»*; il relève également *«une tendance de la part de l'ARS à vouloir uniformiser l'action publique locale, sous couvert de prise en compte de spécificités régionales, en fonction de ratios nationaux(...)l'analyse de l'ARS devient déconnectée du regard des acteurs de terrain et (que) le contrôle l'est de manière arbitraire ou opaque, c'est-à-dire selon des critères qui n'auraient pas été définis collectivement (...)Le mode d'élaboration du PRS est présenté comme un document partagé; **il semble que la démocratie sanitaire à l'œuvre ait relevé davantage de la consultation que de la concertation**; les autorités sanitaires se privent d'un enrichissement des analyses en étant insuffisamment à l'écoute des acteurs oeuvrant sur le terrain, notamment les usagers, les organismes siégeant à l'Assurance Maladie et les organisations syndicales.»*

Le CESER rejoint également la position de la **Commission permanente du Conseil Régional Midi-Pyrénées**, qui a émis, le 24 mai 2012, un avis défavorable au projet de

zonage de mise en oeuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé: « *la méthode de détermination par l'Etat d'un seuil maximum de population régionale n'a fait l'objet d'aucune concertation avec les collectivités territoriales (...) Pour les Midi-Pyrénées, le seuil maximum de population régionale vivant en zones fragiles a été fixé sans prise en compte des éléments prospectifs sur la démographie médicale, ni de la géographie et des disparités territoriales qui caractérisent le territoire midi-pyrénéen* ». Ce zonage consiste en une cartographie des zones sous-dotées en terme de médecine générale, en fonction de critères nationaux, et recense ainsi 44 communes concernées (dont 3 dans le Comminges) soit 90000 habitants, alors qu'ils seraient près de 200000 selon le CESER. **«Ces critères pourraient nous empêcher d'appliquer nos propres politiques en faveur de la démographie médicale sur les territoires qui n'ont pas été désignés parmi les 44 qui ont été retenus.»**

Au niveau national, une commission sur la PDS siège à l'Assemblée Nationale depuis Janvier 2014, avec de multiples auditions de tous les acteurs pouvant intervenir de près ou de loin dans la PDSA⁷⁹. L'objectif est de faire le bilan de la situation à l'échelle nationale, de pointer les difficultés et d'élaborer de nouvelles solutions. Preuve supplémentaire, s'il est besoin, des dysfonctionnements et des conflits persistants. Le rapport n'est pas encore publié mais se dégagent néanmoins déjà quelques grandes lignes des «chantiers» à venir:

- renforcer le rôle de la régulation et la communication aux usagers sur son bon usage, puisque 50% des actes de PDSA ne font pas l'objet d'une régulation et que 60% des appels régulés aboutissent à un conseil médical
- évaluer précisément les différents modèles en place pour clarifier les nécessités en gardes postées et effecteurs mobiles
 - synchroniser les gardes officinales et médicales
 - redéfinir la notion de visite incompressible ainsi que la réalisation des actes médico-administratifs
 - revoir les modalités de la garde ambulancière, le transport des patients, la possibilité du tiers payant,
 - remettre en perspective le T2A

- former les praticiens de demain spécifiquement à la PDSA, sur le terrain
- clarifier et revoir l'organisation de la continuité des soins dans les EHPAD, pour que ses lacunes actuelles ne continuent pas à peser sur la PDSA

Il est également capital de bien analyser et anticiper l'offre de soins bassin par bassin, en fonction des besoins spécifiques de leurs habitants et des particularités territoriales. L'incitation financière paraît insuffisante à elle seule pour favoriser l'installation de praticiens dans des zones sous-dotées. En revanche la création de maisons de santé pluridisciplinaires avec des initiatives innovantes et concertées de santé publique et de prévention semble créer une dynamique très positive.

Toute tentative d'uniformisation arbitraire à outrance paraît vouée à l'échec et il ne peut exister de modèle unique. Une réelle concertation avec les acteurs locaux est certainement plus souhaitable qu'une simple consultation. Les démarches des territoires ruraux qui fonctionnent pourraient faire exemple utile. Ainsi en Loire-Atlantique, l'association Adops44, a pu mettre en place des initiatives «courageuses» des médecins locaux⁸⁰. *«Il faut que ça vienne du terrain. Nous on s'est battus comme des fous pour que l'ARH d'abord puis l'ARS ne fasse pas de découpage administratifs. Nous avons tenu compte des habitudes de travail des confrères et c'est pour cela que cela fonctionne»*. Fruit de 6 ans de lutte et négociations avec les pouvoirs publics, un bilan à 6 mois de cette expérimentation innovante objectivait un taux de 80% d'hospitalisations évitées, l'afflux d'une «*armada de volontaires*» et un bilan financier encourageant. Le dispositif continue d'évoluer dans ce cadre⁸¹. *«Les médecins ont retrouvé le plaisir de faire de la vraie médecine»*.

6. Au total...

Le Comminges est un bassin extrêmement fragile à différents niveaux : dans ce vaste territoire enclavé, en grande majorité rural et au relief de montagnes et plateaux , la population est âgée, et connaît de grandes fluctuations saisonnières touristiques. La démographie médicale y est extrêmement préoccupante et l'accès aux médecins spécialistes limité.

Ses particularités démographiques et territoriales défavorables créent des conditions particulièrement dissuasives à de nouvelles installations, dans un contexte de changement de mode d'activité chez les jeunes médecins. Ceux-ci revendiquent désormais une qualité de vie et un confort d'exercice matérialisé par un mode d'exercice en groupe, idéalement en maison de santé pluridisciplinaire, avec accès aisé aux spécialistes, aux centres d'analyses et de radiologie. En ce sens les contraintes actuelles liées à la PDSA participent à la désertification médicale du bassin.

La PDSA est une mission de service public essentielle et mal connue de la population. Pièce maîtresse des soins de premier recours, elle est devenue dans le Comminges inconciliable avec les missions que les médecins généralistes assurent déjà au quotidien auprès de la population dans le cadre de la continuité des soins. Elle connaît depuis longtemps des dysfonctionnements à l'échelle nationale et, comme le suggérait Mr Jean-Yves Grall dès 2006, *«un réel changement de paradigme paraît nécessaire»*.

On est d'ailleurs frappé par le nombre de rapports, de commissions, de missions parlementaires alarmants sur la permanence des soins en France depuis des années, ce qui contraste avec le peu de moyens accordés pour sa mise en œuvre.

Elle est encore assurée dans le Comminges par un faible nombre de médecins âgés et épuisés. S'il y a peu de temps encore, des médecins de Saint-Gaudens se disaient satisfaits des conditions de PDSA, ce n'est plus le cas actuellement, la moitié d'entre eux s'apprêtant à partir en retraite. Les médecins des zones plus rurales se mobilisent, eux, depuis près de 5 ans déjà et se sont associés pour peser face à l'ARS. Ils sont officiellement en grève des gardes depuis bientôt 3 ans et ont menacé de fermer leur cabinet en mars 2013.

La restructuration de la PDSA y est indispensable mais complexe, conflictuelle et aujourd'hui non résolue. Selon des syndicats de médecins, «*la PDS n'exige pas du prêt-à-porter mais de la haute-couture*». Elle ne peut s'envisager sans analyse du territoire, des besoins de santé de la population et sans une anticipation à moyen et long terme de la démographie médicale à l'échelle du bassin. L'ARS a réalisé en ce sens un travail colossal avec son *Diagnostic partagé de la santé en Midi-Pyrénées*. Cependant il semble que les dispositifs et moyens alloués à la PDS obéissent plus ici à une logique comptable, et que les revendications des médecins et usagers aient été plus consultées que réellement prises en compte.

La PDSA ne se fera certainement pas sans les médecins. Il s'agit d'optimiser des **ressources humaines**, avec cette particularité conceptuelle d'une mission de service public basée sur le volontariat. Il convient alors d'adapter les modalités de réponse et les budgets aux besoins de la population et aux ressources humaines; et non l'inverse.

Cette restructuration doit prendre en compte en priorité et encourager les propositions et initiatives des acteurs locaux, sans «replâtrage» d'un système actuellement défaillant, illisible et peu efficient. Elle doit favoriser la mutualisation des moyens et des effecteurs. Toute tentative d'uniformisation à l'aveugle semble ici vouée à l'échec. On rejoint ici les conclusions établies par le CNOM dans son enquête nationale sur la PDSA en 2014.

Plus en amont, le véritable enjeu est bien celui de la désertification médicale : améliorer l'offre de soins, certainement par la mise en place de nouvelles organisations permettant de rendre le territoire attractif pour les jeunes médecins, tout en assurant la pérennité des différents dispositifs. C'est le sujet d'une thèse actuellement en cours d'élaboration. Sans doute peut-on espérer que la nomination, enfin, cet été, du Comminges comme bassin-pilote pour la restructuration de la PDS saura créer le dynamisme nécessaire pour que celle-ci ne soit plus un refouloir d'installations nouvelles.

CONCLUSION

Les médecins du Comminges refusent le cahier des charges publié en 2012 concernant la PDSA dans leur bassin et aucun accord n'a encore été trouvé.

L'objectif de ce travail a été de dresser un état des lieux de la PDSA dans le bassin et d'en dégager les enjeux.

Nous avons recueilli les données des années 2010 et suivantes auprès de la CPAM et de l'ARS, et étudié les comptes-rendus des réunions entre les acteurs locaux, l'ARS et le CDOM consacrées au sujet.

Le Comminges est un territoire majoritairement rural, montagneux et enclavé. La population y est âgée et connaît de grandes fluctuations saisonnières liées au tourisme. La démographie médicale est alarmante : 56 des 86 médecins installés ont plus de 60 ans ; l'accès aux médecins spécialistes est réduit.

Le taux de volontariat des médecins reste élevé à 81 % et témoigne de leur attachement à cette mission de service public. Cependant la désertification médicale accroît la pénibilité des gardes qui deviennent incompatibles avec la surcharge de travail en semaine. Cela contribue au manque d'attractivité du territoire où une seule installation est annoncée.

La PDSA dans le Comminges est peu efficiente, hétérogène à différents niveaux selon les sous-bassins considérés, et source d'inéquité pour la population et les médecins. Ceux-ci revendiquent notamment la suppression des nuits profondes, des visites à domicile, une mutualisation des moyens et des effecteurs avec l'appui de l'hôpital, la création de maisons médicales de garde, une revalorisation conséquente du montant de l'astreinte, l'organisation conjointe des gardes de pharmacie, la sécurisation des astreintes.

De nouveaux modes de fonctionnement paraissent donc ici indispensables, et urgents. Ils doivent être couplés à de nouvelles organisations d'offres de soins de premiers recours au service de la population, et conformes aux attentes des jeunes médecins. Les budgets alloués doivent en ce sens s'adapter aux besoins, et non l'inverse.

GLOSSAIRE

AMU : Aide Médicale Urgente

ARMEL : Association de Régulation Médicale Libérale

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

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

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville

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

FIR : Fond d'Intervention Régional

ISNAR: InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MMG : Maison Médicale de Garde

MRS : Mission Régionale de Santé

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PRS : Projet Régional de Santé

ORUMIP : Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

BIBLIOGRAPHIE

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées. *Les éléments d'un diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées* , 2011.

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées. *Projet Régional de Santé 2012-2017* .

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées. *Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires* , 2 août 2012.

Assemblée Nationale. *Mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins* , 2014. <http://videos.assemblee-nationale.fr>.

Association Adops 44. *PDS, pourquoi ça marche ici et pas chez vous?* , 2011.

Association du pays Comminges-Pyrénées. *Convention du Pays Comminges-Pyrénées 2008-2013* , 2008.

Association Santé Territoire Comminges, Barousse, Val d'Aran . Annonce de création parue au Journal Officiel le 18/02/2012 sous le numéro 20120007.

<http://www.journal.officiel.gouv.fr>

Association Santé Territoire Comminges, Barousse, Val d'Aran. *Une nouvelle PDSA pour le Comminges* , mars 2012

Association Santé Territoire Comminges, Barousse, Val d'Aran. *Lettre aux médecins du Comminges, proposition de référendum sur la PDSA* , avril 2012.

Association Santé Territoire Comminges, Barousse, Val d'Aran. *Dossier des projets réalisés par l'association sur l'offre de soin dans le Comminges et le parcours de soin du patient hospitalisé.* , mai 2012.

Association Santé Territoire Comminges, Barousse, Val d'Aran. *Lettre à l'ARS* , octobre 2012.

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

Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. *Rapport d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*, septembre 2008.

Compte-rendu de la réunion entre l'ARS, le CDOM et les médecins du Comminges du 24/01/2012. "PDSA: éléments soumis à concertation". 24 janvier 2012.

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne. *Courriel adressé à tous les médecins généralistes de la Haute-Garonne concernant la PDSA*, décembre 2012.

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne. *Visites inévitables dans le cadre de la Permanence des Soins Ambulatoires en Haute-Garonne*, décembre 2012.

Conseil Economique Social et Environnemental Régional. *Contribution du CESER au Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées*, juin 2012.

Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Atlas de la démographie médicale*, années 2011, 2012, 2014.

Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Etat des lieux de la permanence des soins*, années 2011, 2012, 2013, 2014.

Coppolani, Estelle. *Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes thésés remplaçants de Haute-Garonne*. Thèse d'exercice : médecine générale. Toulouse III-Paul Sabatier, 2014

Cours des comptes de la Sécurité Sociale. *Rapport annuel. Chapitre 12: la permanence des soins.*, septembre 2013.

CPAM31/DSCP/Pôle informationnel. *Relevé d'actes réalisés en période de PDSA en 2010 dans le Comminges pour les affiliés CPAM de la Haute-Garonne*.

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. « Etudes et résultats: *La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales*, n° 679 (février 2009).

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. *Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale*, n° 212, janvier 2003.

<http://www.drees.sante.gouv.fr>.

Equipe d'animation du bassin de santé du Comminges. *Lettre à l'ARS* , décembre 2012.

Grall, Jean-Yves. *Les maisons médicales de garde*, juillet 2006.

Grall, Jean-Yves. *Rapport de mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins.*, août 2007.

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* , mars 2011.

Huet, Serge. *Dossier de candidature envoyé à l'ARS pour l'expérimentation des bassins de santé- Création d'une maison médicale de garde à Luscan.* , janvier 2010.

INSEE. *Population en Midi-Pyrénées, RP 2006, Projection Omphale 2010* , 2010.

ISNAR-IMG. *Et si on parlait d'une 4e année...* , Antidote, n° 20 (juillet 2012): 6.

———. *Internes de médecine générale: votre profil* , Antidote, n° 14 (février 2011): 3.

———. *La permanence des soins ça s'apprend!* , Antidote, n° 11 (mai 2010): 5.

———. *Les internats ruraux.* , Antidote, n° 20 (2012): 5.

———. *Vers une nouvelle organisation des soins* , Antidote, n° 9 (décembre 2009): 3.

La Dépêche. *Comminges : dans 5 ans le désert médical* novembre 2011.

Lebreton-Lerouillois, Gwénaëlle. *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie. Situation au 1er Juin 2011* . CNOM, 2011.

Les médecins du Sud-Comminges. *Lettre à M. le président du CDOM* , décembre 2012.

Meurisse, Christelle. *Médecin mobile: un nouvel effecteur complétant la permanence des soins ambulatoire, au sein d'un département pilote*. Thèse d'exercice: médecine générale, Nantes, 2012.

Mission Régionale de Santé Alsace. *L'accès aux soins de proximité : les zones déficitaires et les zones fragiles*, 2005.

Observatoire de la Régionalisation - Fil d'OR Midi-Pyrénées. *La médecine libérale en Midi-Pyrénées, un modèle à (re)trouver. Entretien avec Michel Combier, médecin généraliste, président de l'UNOF-CSMF* , novembre 2012.

Observatoire National de le Démographie des Professions de Santé. *Le renouvellement des effectifs médicaux* , 2009.

Observatoire National de le Démographie des Professions de Santé. *Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014* , 2011.

Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées. *La permanence des soins ambulatoires aux Urgences de Midi-Pyrénées des habitants du Comminges en 2010*, janvier 2011.

Plate-Forme d'Appui aux Professionnels de Santé Midi Pyrenees: *Le dispositif régional de permanence des soins ambulatoire* .

Plan départemental de l'habitat de la Haute-Garonne. Cahiers territoriaux. Pays Comminges-Pyrénées , mars 2012.

Service Départemental d'Incendies et de Secours de la Haute-Garonne. *Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques* , 2012.

Union Régionale des Professionnels de Santé de Midi-Pyrénées. *Enquête sur la permanence des soins auprès des médecins spécialistes en médecine générale* . URPS info, n° 3 (novembre 2011): 3-4.

Union Régionale des Professionnels de Santé Midi-Pyrénées. *La PDSA en danger* , décembre 2012.

URCAM Midi-Pyrénées. *Etat des lieux de la permanence des soins en Midi-Pyrénées au 15 décembre 2006. Edition Haute-Garonne* , janvier 2007.

Uzan, Sandy. *Participation des internes en SASPAS à la permanence des soins dans les SAMI du Val de Marne* . Thèse d'exercice: médecine générale, Paris-Est Créteil, 2014.

Textes législatifs (accessibles sur <http://www.legifrance.gouv.fr>):

Arrêté DPS-PRS n°2012-029 du 11 décembre 2012 portant adoption du projet régional de santé de Midi-Pyrénées.

Code de déontologie. *Articles 9, 77 et 78* , août 2004.

Code de la Santé Publique. *Article L.4163-7, Article L1435-8, Article L6314-1* .

Code de la Sécurité Sociale. *Article L162-47*, abrogé par la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009-art.128 (V), définissant les mission des ARS.

Code Pénal. *Articles L.223-1 et L.223-6*, 2011.

Instruction N° DGOS/R2/2011/192 du 20 mai 2011 par le ministère du travail, de l'emploi et de la santé : relative à la permanence des soins en médecine ambulatoire : attribution des enveloppes régionales déterminées pour la rémunération forfaitaire des médecins participant à la permanence des soins ambulatoires et modalités de mise en œuvre du dispositif.

Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.

Décret n°2009-1173 du 1er octobre 2009 déterminant les modalités de mise en oeuvre des expérimentations concernant la permanence des soins en médecine ambulatoire », octobre 2009.

Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins

Décret n°2012-271 du 27 février 2012, relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dite « loi HPST ».

NOTES

1Code de déontologie, « articles 9,77 et 78 ».

2Code de la Santé Publique, « Article L6314-1 ».

3« Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 ».

4Mission Régionale de Santé Midi-Pyrénées, « L'accès aux soins de proximité : les zones déficitaires et les zones fragiles. »

5Association du pays Comminges-Pyrénées, « Convention du Pays Comminges-Pyrénées 2008-2013 ».

6INSEE, « Population en Midi-Pyrénées, RP 2006, Projection Omphale 2010 ».

7Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, « Etudes et résultats: "La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales" ».

8Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, « Projet Régional de Santé. Les éléments d'un diagnostic partagé. »

9Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale 2012 ».

10Les médecins du Sud-Comminges, « lettre à M. le président du CDOM ».

11Equipe d'animation du bassin de santé du Comminges, « Lettre à Mr le Directeur Général de l'ARS Midi-Pyrénées. »

12Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, « Projet Régional de Santé. Les éléments d'un diagnostic partagé. »

13Association du pays Comminges-Pyrénées, « Convention du Pays Comminges-Pyrénées 2008-2013 ».

14Service Départemental d'Incendies et de Secours de la Haute-Garonne, « Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques ».

15CPAM31/DSCP/Pôle informationnel, « Relevé d'actes réalisés en période de PDSA en 2010 dans le Comminges pour les affiliés CPAM de la Haute-Garonne ».

16URCAM Midi-Pyrénées, « Etat des lieux de la permanence des soins en Midi-Pyrénées au 15 décembre 2006. Edition Haute-Garonne ».

17Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées, « La permanence des soins ambulatoires aux Urgences de Midi-Pyrénées des habitants du Comminges en 2010 ».

18Union Régionale des Professionnels de Santé de Midi-Pyrénées, « Enquête sur la permanence des soins auprès des médecins spécialistes en médecine générale ».

19« Compte-rendu de la réunion entre l'ARS, le CDOM et les médecins du Comminges du 24/01/2012. "PDSA: éléments soumis à concertation" ».

20Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Etat des lieux de la permanence des soins en janvier 2011. »

21Huet, « Dossier de candidature envoyé à l'ARS pour l'expérimentation des bassins de santé- Création d'une maison médicale de garde à Luscan. »

22Les médecins du Sud-Comminges, « lettre à M. le président du CDOM ».

NOTES

23Dr Jean-Yves Grall, *Rapport de mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins.*

24Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, « Projet Régional de Santé. Les éléments d'un diagnostic partagé. »

25Huet, « Dossier de candidature envoyé à l'ARS pour l'expérimentation des bassins de santé- Création d'une maison médicale de garde à Luscan. »

26Association Santé Territoire Comminges, Barousse, Val d'Aran, « Une nouvelle PDSA pour le Comminges. »

27« Compte-rendu de la réunion entre l'ARS, le CDOM et les médecins du Comminges du 24/01/2012. "PDSA: éléments soumis à concertation" ».

28Assemblée Nationale, « Mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins. »

29Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, « Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale ».

30CNOM, « Etat des lieux de la permanence des soins en janvier 2013 ».

31Association du pays Comminges-Pyrénées, « lettre à l'ARS ».

32Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Etat des lieux de la permanence des soins en janvier 2011. »

33Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, « Rapport d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. »

34Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Etat des lieux de la permanence des soins en janvier 2011. »

35Cours des comptes de la Sécurité Sociale, *Rapport annuel. Chapitre 12: la permanence des soins.*

36Boënnec, *Rapport d'information fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins.*

37Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Etat des lieux de la permanence des soins au 01/01/2014 ».

38Union Régionale des Professionnels de Santé de Midi-Pyrénées, « Enquête sur la permanence des soins auprès des médecins spécialistes en médecine générale ».

39Cours des comptes de la Sécurité Sociale, *Rapport annuel. Chapitre 12: la permanence des soins.*

40Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale 2014 ».

41Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, « Projet Régional de Santé. Les éléments d'un diagnostic partagé. »

42Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale 2012 ».

43Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, « Etudes et résultats: "La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales" ».

44Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale 2012 ».

NOTES

45 Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, « Projet Régional de Santé. Les éléments d'un diagnostic partagé. »

46 Association du pays Comminges-Pyrénées, « lettre à l'ARS ».

47 Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, « Rapport d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. »

48 Conseil Economique Social et Environnemental Régional, « Contribution du CESER au Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées ».

49 Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale 2014 ».

50 Coppelani, « Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne. »

51 Code de déontologie, « articles 9,77 et 78 ».

52 Code de la Santé Publique, « Article L.4163-7 ».

53 Code Pénal, « articles L.223-1 et L.223-6 ».

54 Observatoire National de le Démographie des Professions de Santé, *Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*.

55 Observatoire National de le Démographie des Professions de Santé, « Le renouvellement des effectifs médicaux ».

56 Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale 2012 ».

57 ISNAR-IMG, « Et si on parlait d'une 4e année... »

58 Observatoire de la Régionalisation - Fil d'OR Midi-Pyrénées, « La médecine libérale en Midi-Pyrénées, un modèle à (re)trouver. Entretien avec Michel Combier, médecin généraliste, président de l'UNOF-CSMF ».

59 ISNAR-IMG, « Internes de médecine générale: votre profil ».

60 ISNAR-IMG, « La permanence des soins ça s'apprend! ».

61 Assemblée Nationale, « Mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins. »

62 Uzan, « Participation des internes en SASPAS à la permanence des soins dans les SAMI du Val de Marne ».

63 Assemblée Nationale, « Mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins. »

64 Dr Jean-Yves Grall, *Rapport de mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*.

65 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 ».

66 Dr Jean-Yves Grall, *Rapport de mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*.

67 Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Etat des lieux de la permanence des soins au 01/01/2014 ».

NOTES

68 Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, « Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires ».

69 Les médecins du Sud-Comminges, « lettre à M. le président du CDOM ».

70 Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne, « Visites inévitables dans le cadre de la Permanence des Soins Ambulatoires en Haute-Garonne ».

71 Dr Jean-Yves Grall, *Rapport de mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins.*

72 « Arrêté DPS 2012-029 ».

73 Assemblée Nationale, « Mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins. »

74 Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, « Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires ».

75 Les médecins du Sud-Comminges, « lettre à M. le président du CDOM ».

76 « Association Santé Territoire Comminges, Barousse, Val d'Aran ».

77 CNOM, « Etat des lieux de la permanence des soins en janvier 2013 ».

78 Conseil Economique Social et Environnemental Régional, « Contribution du CESER au Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées ».

79 Assemblée Nationale, « Mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins. »

80 Association Adops 44, « PDS, pourquoi ça marche ici et pas chez vous? ».

81 Meurisse, « Médecin mobile: un nouvel effecteur complétant la permanence des soins ambulatoire, au sein d'un département pilote. »

Permanence des soins ambulatoires en milieu rural en Haute-Garonne. Exemple du bassin du Comminges : état des lieux, enjeux, perspectives.

Toulouse 30/09/2014

Contexte : les médecins généralistes du Comminges refusent le cahier des charges établi par l'ARS relatif à la PDSA.

Objectif : l'objectif de ce travail a été de décrire l'état des lieux de la PDS dans ce bassin majoritairement rural puis d'en dégager les enjeux.

Méthode : nous avons recueilli les données des années 2010 à 2014 auprès des instances départementales concernées et auprès des médecins locaux.

Résultats : la PDSA dans le Comminges est peu efficiente, hétérogène à différents niveaux selon les sous-bassins considérés, et source d'inéquité pour la population et les médecins. Elle est devenue inconciliable avec la surcharge de travail en semaine. Ses contraintes actuelles participent à la désertification médicale du bassin. Près de deux médecins sur trois ont plus de 60 ans et une seule installation est annoncée, alors que la demande de soins est en constante augmentation.

Discussion : la PDSA connaît depuis longtemps des dysfonctionnements. Sa restructuration dans le Comminges est urgente et ne peut faire l'économie d'une réelle concertation avec les acteurs locaux. Ceux-ci se sont regroupés en association pour donner du poids à leurs propositions.

Conclusion : outre la restructuration de la PDSA qui est une pièce maîtresse des soins de premier recours, l'enjeu est l'amélioration de l'offre de soins dans le bassin qu'il faudra savoir rendre attractif pour les nouvelles générations de médecins.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : permanence des soins ambulatoires. Zones déficitaires et fragiles. Désertification médicale. Soins de premiers recours. Restructuration.

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : HUET Serge