

UNIVERSITÉ TOULOUSE III-PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE RANGUEIL

2014

n° 2014 TOU3 1127

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

**Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2014**

Par

**Kamal HAMMOUM**

**Permanence des Soins Ambulatoires  
et Aide Médicale Urgente dans le secteur  
de santé des Vallées d'Ax.**

État des lieux en 2013

**Directeurs de Thèse**

**Monsieur le Docteur MARQUÈS Michel, Monsieur le Docteur BOYER Pierre**

**JURY**

Monsieur le Professeur	OUSTRIC Stéphane	Président
Monsieur le Professeur	VIDAL Marc	Assesseur
Monsieur le Professeur	MESTHÉ Pierre	Assesseur
Madame le Docteur	ESCOURROU Brigitte	Assesseur
Monsieur le Docteur	BOYER Pierre	Assesseur

UNIVERSITÉ TOULOUSE III-PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE RANGUEIL

2014

n° 2014 TOU3 1127

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

**Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2014**

Par

**Kamal HAMMOUM**

**Permanence des Soins Ambulatoires  
et Aide Médicale Urgente dans le secteur  
de santé des Vallées d'Ax.**

État des lieux en 2013

**Directeurs de Thèse**

**Monsieur le Docteur MARQUÈS Michel, Monsieur le Docteur BOYER Pierre**

**JURY**

Monsieur le Professeur	OUSTRIC Stéphane	Président
Monsieur le Professeur	VIDAL Marc	Assesseur
Monsieur le Professeur	MESTHÉ Pierre	Assesseur
Madame le Docteur	ESCOURROU Brigitte	Assesseur
Monsieur le Docteur	BOYER Pierre	Assesseur



<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MALAUAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	<b>P.U.</b>	
M. PRADERE B.	Chirurgie générale	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H.</b>	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUI F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDJ S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire	M. BISMUTH S.	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## Remerciements

### **Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

*Professeur des Universités,*

*Coordonnateur du DUMG et du DES de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Toulouse,*

*Médecin Généraliste.*

Merci d'avoir accepté de présider notre jury. Cela est un grand honneur pour nous. Au nom de tous les Internes en Médecine Générale, je vous exprime ma reconnaissance pour l'enseignement de qualité assuré par le DUMG de Toulouse.

### **Monsieur le Professeur Marc VIDAL**

*Professeur Associé des Universités,*

*Médecin Généraliste.*

Soyez assuré de mon estime et de ma gratitude pour avoir accepté de juger ce travail. Merci pour votre disponibilité et pour les remarques que vous nous apporterez.

### **Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ**

*Professeur Associé des Universités,*

*Médecin Généraliste.*

Merci pour le temps que vous consacrez à notre formation et pour la qualité de celle-ci. Merci d'avoir accepté de siéger à notre Jury.

### **Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

*Maître de Conférences Associé de Médecine Générale,*

*Directrice du DUMG de l'Université Toulouse III,*

*Médecin Généraliste.*

Vous m'avez plus qu'aidé dans les démarches administratives indispensables pour mener à bien ce travail. Soyez assurée de mon infinie reconnaissance.

### **Monsieur le Docteur Pierre Boyer**

*Maître de Conférences Associé de Médecine Générale.*

*Administrateur du site Internet du DUMG.*

*Médecin Généraliste.*

Merci de votre enseignement et de m'avoir accompagné le long de mon Internat et pendant toutes les étapes de ce travail. Je tiens à vous exprimer ma très grande gratitude.

### **Monsieur le Docteur Michel MARQUÈS**

*Maître de Stages,*

*Médecin Généraliste.*

Les mois de formation à tes côtés m'ont fait aimer la médecine rurale et de montagne. Merci pour tes enseignements et de m'avoir inspiré ce sujet de thèse. J'espère qu'il sera utile à toutes les zones sous médicalisées.

A tous mes maîtres de stages hospitaliers et de médecine ambulatoire ainsi qu'au reste du DUMG de Toulouse, vous assurez votre fonction sur tous les plans. Recevez l'expression de mon profond respect.

Au Docteur Sophie COT. Tu m'as accompagné dans mes tout débuts en tant que maître de stage puis dans mes premiers remplacements. Je n'oublie pas ton chaleureux accueil. Je salue ton humanisme et ton professionnalisme. Reçois mes plus profonds souhaits de quiétude et de bonheur pour toi et pour toute ta Famille.

A tous les médecins généralistes des Vallées d'Ax, merci de m'avoir ouvert les portes de vos cabinets et de vos maisons. Vous êtes dignes d'Hippocrate. Sans votre contribution ce travail n'aurait pas abouti.

Au personnel du SAMU-Centre 15 de Foix, celui de l'ARS Midi-Pyrénées, de la CPAM 09 et sans oublier les Dames de l'Office de Tourisme des Vallées d'Ax. Merci de votre accueil et d'avoir bien voulu participer à cette étude.



A mes deux amours, Ma femme Nadjat et notre fille Méline-Tanina. Je vous dédie ce modeste effort auquel vous avez contribué et vous promets affection et bienveillance à l'image de la joie que vous me procurez tous les jours.

A mes parents. Sans vous, je n'en serais pas là. Mon père et mon maître, je te dois ce que je suis, tu es un exemple de pédagogie et d'endurance, merci pour ta relecture et tes corrections « sans frontières ». Maman, je t'aime. Acceptez les remerciements les plus naturels de votre fils et pardonnez mon éloignement. Tous mes souhaits de bonne santé et de bonheur.

A mes grands-parents qui ont su maîtriser la rigueur de la vie...

A mes frères Mohand-Saïd, Fateh, Nassim et à ma sœur Lynda ainsi qu'à tous mes neveux et nièces, Je vous aime tous. Vous me manquez !

A mes beaux-parents. J'apprécie votre soutien sans faille. Da Ferhat, ton aide « technique » a été précieuse. Décidément j'aurai toujours besoin de ton éclairage. Mes vœux de bonheur à toute ma belle-famille.

A mes amis :

La Famille Takillah dans son ensemble et tous les copains du 92. Ne changez pas!

Nacim, Rachid et Jugurtha, les anciens de la L18, Je vous exprime toute mon amitié.

M. SORIN, vous avez été un guide pour moi, je vous souhaite un prompt rétablissement.

A Pierre et Mireille, je n'oublie pas votre affection.

A Martial, merci pour ton aide.

A l'ensemble de mes ex-collègues de la faculté de médecine de Toulouse et ceux de Paris-Ouest. Faisons honneur à ces deux merveilleuses écoles !

# Table des matières

1.	INTRODUCTION	5
1.1.	DÉFINITIONS	6
1.1.1.	La PDSA	6
1.1.2.	L'AMU	7
1.2.	ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE	7
1.2.1.	Accessibilité à l'offre de soins	7
1.2.2.	Zones blanches	8
1.3.	LA SITUATION EN ARIÈGE ET DANS LE BASSIN D'AX-LES-THERMES	8
1.3.1.	La démographie médicale en Ariège et dans la communauté de communes des vallées 'Ax	9
1.3.2.	Organisation de la PDSA en Ariège	11
1.3.3.	Données démographiques de la communauté des communes des Vallées d'Ax	13
	a- La population permanente	13
	b- La population de passage	13
2.	MÉTHODES	17
2.1.	PERIODE DE L'ÉTUDE	17
2.2.	LES DONNÉES DU CENTRE HOSPITALIER DU VAL D'ARIÈGE	18
2.3.	LES DONNÉES DE L'ARS	18
2.4.	LES DONNÉES DE LA CPAM	19
2.5.	LES DONNÉES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	19
2.5.1.	Critères d'inclusion	19
2.5.2.	Choix de la période d'activité étudiée	20
3.	RÉSULTATS	21
3.1.	ANNÉE D'ACTIVITÉ 2013	21
3.1.1.	Données du centre de régulation des appels urgents	21
	a- Types de dossiers de régulation	21
	b- Répartition mensuelle des appels	21
	c- Répartition hebdomadaire des appels	22

d-	Nombre d'appels au Centre 15 par heure	23
e-	Les dossiers de régulation PDSA	24
f-	Les sorties du SMUR de Foix	25
3.1.2.	Données de l'ARS	25
a-	Vue générale	25
b-	Les actes par période de garde	26
c-	Déroulement des actes de PDSA	27
d-	Répartition mensuelle	27
3.1.3.	Les Données de la CPAM 09	28
3.1.4.	Données des médecins généralistes	28
a-	Réponses aux questions fermées	28
b-	Activité de garde sur les périodes étudiées	31
1-	Du 30 septembre au 3 novembre 2013	31
2-	Du 21 juin au 20 juillet 2014	33
c-	Commentaires apportés par les médecins interrogés à la question ouverte	34
3.2.	ANNÉE D'ACTIVITÉ 2002	36
3.2.1.	Données du CAU 112	36
a-	Types de dossiers de régulation	36
b-	Répartition mensuelle des appels	36
c-	Les sorties du SMUR de Foix	37
3.2.2.	Données de la CPAM 09	38
3.3.	ÉTUDE COMPARATIVE 2002/2013	39
3.3.1.	L'activité de régulation	39
3.3.2.	Les sorties SMUR	39
3.3.3.	La PDSA	40
3.4.	SYNTHESE DES RÉSULTATS	42
3.4.1.	Estimation du volume réel de la PDSA	42
a-	Au vu de l'ARS et du CAU15	42
b-	Chiffres des médecins effecteurs versus chiffres corrigés de l'ARS et du CAU15	44
3.4.2.	Effets du renforcement de la régulation du centre 15	44
3.4.3.	Pérennité de la PDSA de nuit	45
a-	Nuit profonde	45
b-	Début de nuit	45

4.	DISCUSSION	47
4.1.	LIMITES DE L'ÉTUDE	47
4.1.1.	Qualité des données	47
4.1.2.	Le recueil de données	47
4.2.	INTERETS DE CE TRAVAIL	48
4.3.	PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS	49
5.	CONCLUSION	50
6.	LISTE DES ABRÉVIATIONS	51
7.	BIBLIOGRAPHIE	52
8.	ANNEXES	57
8.1.	ANNEXE N°1 : CNOM. Rapport sur la PDS en 2013	58
8.2.	ANNEXE N°2 : correspondance des initiales des médecins du tableau 1 et leurs lieux d'exercices	60
8.3.	ANNEXE N°3 : Nombre de médecins par 100000 habitants par département en 2013	61
8.4.	ANNEXE N° 4 : ARS. Cahier des charges régional de la PDSA. Ariège	62
8.5.	ANNEXE N°5 : INSEE. Liste des communes des Vallées d'Ax	65
8.6.	ANNEXE N°6 : Nombre de nuitées dans les Vallées d'Ax de 2009 à 2013	66
8.7.	ANNEXE N°6 : Questionnaire adressé aux médecins	67
8.8.	ANNEXE N°8 : Cheminement des appels vers le centre 15	71
8.9.	ANNEXE N°8 bis : Dossiers de Régulation des appels au centre 15	72
8.10.	ANNEXE N°9 : Les régimes spéciaux d'assurance maladie, accident de travail, maladie professionnelle et Vieillesse	73
8.11.	ANNEXE N° 8 : Nomenclature des Données de l'ARS.	74
9.	RÉSUMÉ	76
10.	RÉSUMÉ EN ANGLAIS	77

# 1. INTRODUCTION

La médecine de premier recours en zone rurale rencontre des contraintes de nature à rebuter les jeunes médecins. La fréquence des gardes est une des spécificités de l'exercice du médecin de campagne.<sup>1</sup>

Le rapport 2014 du conseil national de l'ordre des médecins sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) fait état d'une volonté de réduction des territoires de PDSA à l'échelle nationale.<sup>2</sup> On y relève aussi une diminution du volontariat sur lequel est basée la participation à cette mission. Les secteurs où sont maintenues les périodes de gardes de nuit profonde pourraient voir la quantité et la nature des interventions changer.

Depuis la restructuration des bassins de santé de la Haute Ariège, Les communes de Les Cabannes, Luzenac et Ax-Les-Thermes sont considérées distantes de plus de 30 minutes du service des urgences hospitalières le plus proche.<sup>3</sup> Cet éloignement rend les effecteurs de la PDSA susceptibles de devoir gérer des situations relevant de l'aide médicale urgente (AMU). Cela peut mettre en danger le médecin de terrain, le médecin régulateur mais aussi et surtout l'appelant.

Le manque d'attractivité des zones rurales pour les jeunes médecins pourrait s'expliquer en partie par l'intensité de l'activité pendant les gardes surtout dans les zones où la période de nuit profonde est maintenue. De ce fait, la pénurie de médecins résultant de l'instauration du numéris clausus en 1972<sup>4</sup> risque de s'accroître dans les campagnes.

Pour évaluer les déterminants de cette problématique dans le bassin de santé de la Haute Ariège, nous avons décidé de mener une étude observationnelle auprès des différents acteurs de la permanence des soins ambulatoires de la communauté de communes des Vallées d'Ax.

## **1.1. DEFINITIONS**

### **1.1.1. La PDSA :**

La définition proposée par le rapport DESCOURS de janvier 2003 est la suivante :

« La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. <sup>5</sup>»

La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle.

Longtemps fondée sur une obligation déontologique, les médecins libéraux assuraient un tour de garde jusqu'à la grève de 2001 qui a eu pour résultat un passage à une participation basée sur le volontariat. <sup>6,7</sup>

Il s'agit d'une mission de service public. Elle est assurée par les praticiens du secteur libéral. En parallèle, il existe une permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) pour compléter la prise en charge des patients le soir après 20h, le week-end et les jours fériés. <sup>8</sup>

#### **Encadrement juridique :**

- Code santé publique article L 6314-1 et de l'article R 6315-1 à l'article R 6315-7 (R 6315-2, R 6315-3, R 6315-4, R 6315-5 et R 6315-6).
- Circulaire n° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 DU 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.
- Circulaire n° DHOS/O1/2006/470 du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire - Organisation de la régulation des appels de permanence des soins et couverture assurancielle des médecins libéraux au sein des SAMU.
- Circulaire n° DHOS/O1/2003/587 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

### **1.1.2. L'AMU :**

« L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. »<sup>9</sup>

Les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) sont organisés au niveau départemental. Ils sont joignables via un numéro d'appel unique, le 15.<sup>9</sup> IL s'agit d'une mission de service public. La prise en charge des urgences médicales et les services hospitaliers assurant cette fonction sont nés dans les années 1960.<sup>10</sup>

## **1.2. ETAT DES LIEUX EN FRANCE**

Dans son rapport annuel sur la permanence des soins publié en 2014, l'Ordre National des médecins précise qu'en 2013, les médecins généralistes ont globalement assuré cette mission. On note une érosion du volontariat compensée par une diminution des territoires de PDSA et une réduction des effectifs en nuit profonde. En parallèle, il y a un renforcement de la régulation et la création de postes d'effectif fixe complétés par une effectif mobile qui reste à un stade expérimental.<sup>2</sup> (Cf. Annexe1)

### **a- Accessibilité à l'offre de soins :**

Selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), 95% de la population est à moins de 15 minutes par route d'un poste de médecine primaire. Pour les soins spécialisés et l'équipement médical courant, il faut compter 20 minutes. En ce qui concerne les soins hospitaliers, le délai est de moins de 45 minutes.<sup>11</sup>

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite LOI HPST, prévoit des schémas régionaux d'organisation de la santé. Elle donne naissance aux Agences Régionales de Santé (ARS).<sup>12</sup> Ces dernières organisent la PDSA selon un cahier des charges établi avec les représentants de l'état et les autres acteurs du secteur social et sanitaire à l'échelle régionale.

L'organisation de l'accessibilité aux soins a entraîné une nouvelle vision des territoires de santé.<sup>13</sup> Afin que le patient puisse accéder, où qu'il soit, à un service de santé adapté et dans des conditions optimales, il faut :

- **Stratifier et grader l'offre de soins :**

Les niveaux de soins fonctionnent en cercles concentriques. Cinq niveaux ont été proposés par la circulaire du 5 mars 2004 :<sup>14</sup>

1. Le niveau de proximité (celui des soins de premier recours donc de de la PDSA),
2. Le niveau intermédiaire (premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique),
3. Le niveau de recours (soins spécialisés),
4. Le niveau régional (spécialités non présentes dans les autres niveaux hormis le cinquième),
5. Le niveau inter-régional (réservé à certaines activités comme la prise en charge des grands brûlés, la neurochirurgie, la greffe...).

- **Organiser la proximité du système de santé :**

Les soins primaires doivent être assurés sur tout le territoire en faisant face à la progression des déserts médicaux résultant de l'évolution de la démographie médicale. La mise en place de cette garantie de prise en charge médicale de base se heurte aussi à la liberté d'installation des médecins libéraux.<sup>13</sup>

**b- Zones Blanches :**

Cette expression est historiquement dédiée aux territoires non ou très mal couverts par les réseaux de télécommunication, principalement en milieu rural. Elle est utilisée pour qualifier les secteurs les moins médicalisés.<sup>15</sup>

L'Ordre National des Médecins, met l'accent sur l'existence de ces zones blanches dans un tiers des territoires de PDSA. En 2013, Le nombre de médecins volontaires dans ces zones est en moyenne de moins de 10. Il est même de moins de 5 dans la moitié de ces territoires.<sup>2</sup>

### **1.3. LA SITUATION EN ARIEGE ET DANS LE BASSIN D'AX-LES-THERMES**

#### **1.3.1. La démographie médicale en Ariège et dans la communauté de communes des Vallées d'Ax :**



En 2013 sept médecins généralistes étaient installés dans le canton d’Ax-Les-Thermes-Les Cabannes. Quatre d’entre eux participaient à la PDSA.<sup>16</sup> Un médecin exerce une activité thermale pure, deux médecins ont été exemptés de gardes, à leur demande, du fait de leur âge. Ce nombre restreint de médecins classe le bassin de santé parmi les moins dotés en soins de premiers recours en dehors des heures d’ouverture des cabinets médicaux.<sup>2</sup>

Les initiales des médecins et leurs communes d’exercice figurent dans le Tableau 1.

**Tableau 1** : Médecins Généralistes libéraux au 01/01/2013 sur le secteur de garde Ax-Les-Thermes - Les Cabannes – Luzenac. \*

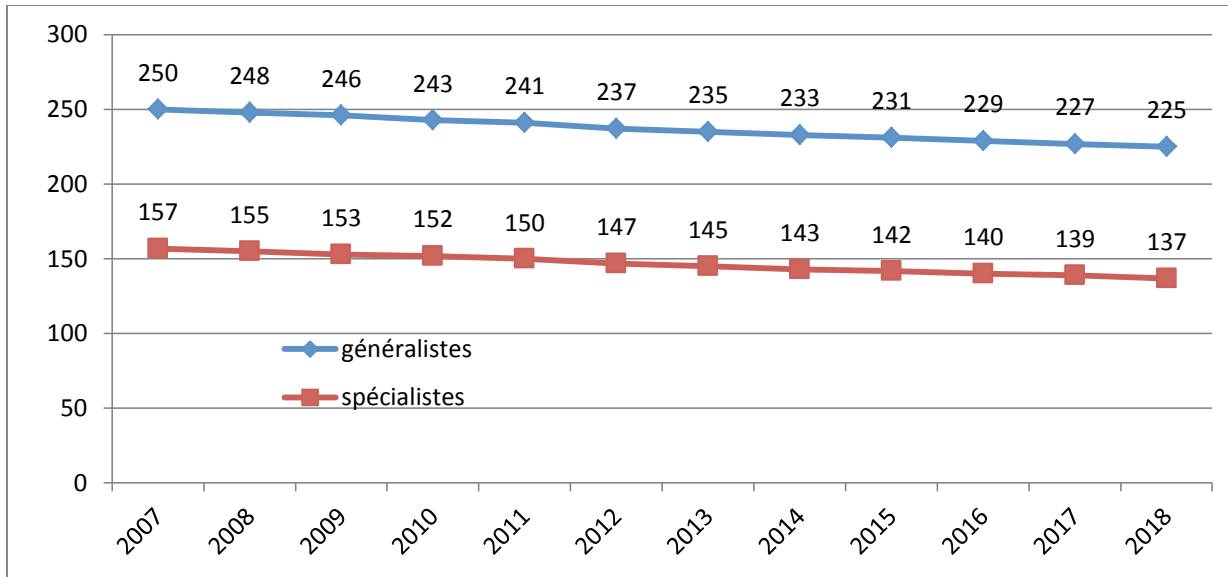
Initiales Nom d’exercice+Prénom	CP	Ville	Participe à la PDS
DR B. R.	09110	AX-LES-THERMES	OUI
DR B-P. C.	09110	AX-LES-THERMES	<u>NON</u>
DR G. H-A.	09110	AX-LES-THERMES	<u>NON</u>
DR G. P.	09110	AX-LES-THERMES	<u>NON</u>
DR L. J-P.	09250	LUZENAC	OUI
DR L. D.	09310	LES CABANNES	OUI
DR M. M.	09110	AX-LES-THERMES	OUI

\*(Pour la correspondance des initiales ; Cf. Annexe 2)

Le nombre total de médecins est en déclin constant en raison de départs à la retraite et de désinstallations. En 2002, treize médecins exerçaient dans le même secteur. Neuf d’entre eux participaient aux gardes.<sup>17</sup>

Ce nombre aura tendance à baisser dans le département ariégeois selon les prévisions du CNOM. Cela est représenté sur le Graphique 1.

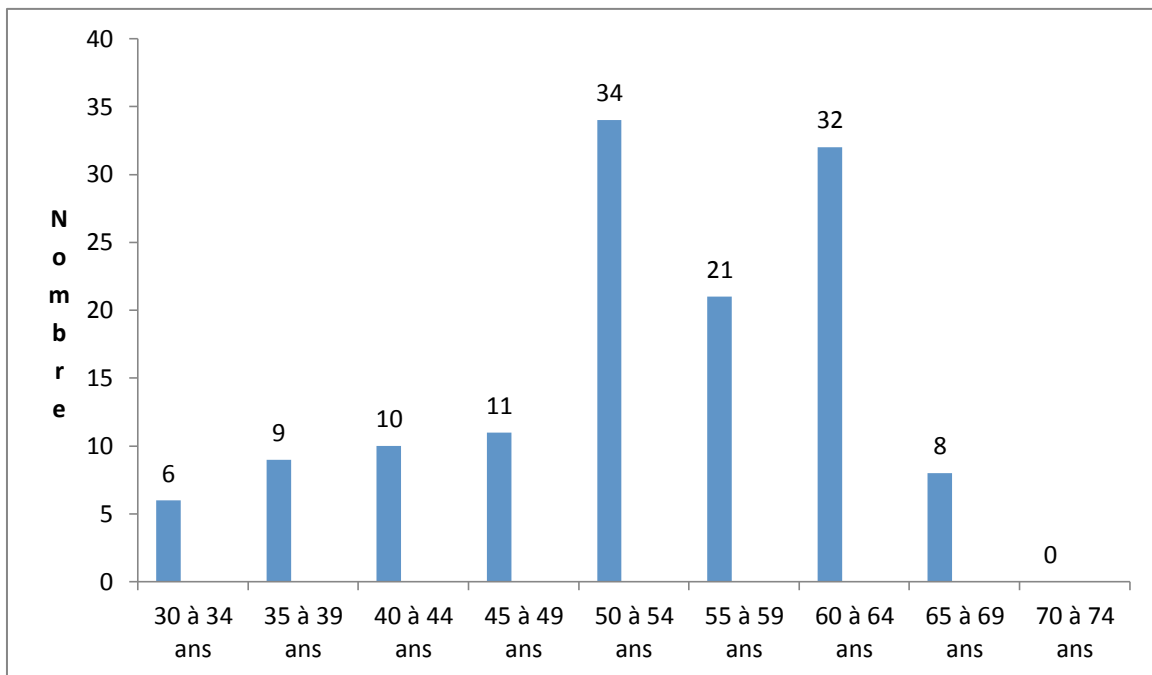
**Graphique 1 :** Le nombre des médecins généralistes et spécialistes en activité régulière à l'échelle départementale de l'Ariège – de l'observé à l'attendu <sup>18</sup>



Source : CNOM : la démographie médicale en région Midi- Pyrénées Situation en 2013.

Si l'on s'intéresse à l'âge des médecins ariégeois (Graphique 2), on constate un hiatus entre les tranches d'âge en dessous et au-dessus de 49ans (respectivement 27,48% et 72.52%).

**Graphique 2 :** Age des médecins Généralistes Libéraux au 16/07/2013 en Ariège.<sup>18</sup>



La densité médicale (en Médecins Généralistes à activité permanente) du département de l'Ariège est de 175 pour 100 000 habitants. Elle est parmi les plus élevées en France en 2013. (Cf. Annexe 3).

Dans les Vallées d'Ax, elle est de 121 pour 100 000 habitants (d'après les données de l'Ordre des Médecins de l'Ariège et le recensement de la population en 2011 de l'INSEE). Elle se situe donc en dessous de la densité départementale.<sup>16,19</sup>

### **1.3.2. Organisation de la PDSA en Ariège :**

La régulation des appels d'urgence de tout le département est assurée par le SAMU du Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA) qui siège à Foix (commune de Saint-Jean-de-Verges). Le numéro d'appel est le 15 ou le numéro d'urgence européen, le 112. Les médecins régulateurs sont ceux du CHIVA auxquels s'ajoutent des médecins libéraux aux heures de PDSA.

L'offre de soins est répartie sur quatre bassins de santé dépendant chacun d'un centre hospitalier :

- Le Bassin de Foix dépend du Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA),
- Le Bassin de Pamiers dépend aussi du CHIVA,
- Le Bassin de Saint Girons dépend du Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC),
- Le Bassin de Lavelanet dépend du Centre Hospitalier du Pays d'Olmes (CHPO).

La figure 1 représente la répartition géographique des bassins de santé du département de l'Ariège ainsi que l'implantation des centres hospitaliers.<sup>20</sup>

**Figure 1 :** Les Bassins de santé du département de l'Ariège.



L'organisation est fixée par un cahier des charges de l'ARS. (Cf. Annexe 4)

Dans le bassin de Foix, objet de notre travail, on dénombre 5 secteurs où un tour de garde est assuré par les médecins généralistes volontaires :

- Ax-Les-Thermes, Luzenac, Les Cabannes
- Vicdessos,
- Tarascon-Sur-Ariège,

- Foix,
- La Bastide de Sérou.

La communauté de communes des Vallées d’Ax regroupe deux cantons, Ax-Les-Thermes et Les Cabannes. Ils comptent 39 communes. Selon le recensement de 2011, la Population totale est de 5763 habitants permanents.<sup>19</sup> Elles sont à plus de 30 minutes de parcours du CHIVA. La distance à partir de la commune la plus proximale (Bouan) est de 29.8km et de 68.1 km à partir de la commune la plus lointaine (Montaillou). (Cf. Annexe 5)

La PDSA commence à 20h les jours de semaine, à midi les samedis et à 8h les dimanches, fériés et ponts. Elle se termine le lendemain à 8h.

La tranche horaire de nuit profonde est maintenue en 2013 sur le bassin d’Ax-Les-Thermes selon le cahier des charges de l’ARS. (Cf. Annexe 4)

### **1.3.3. Données démographiques de la communauté de communes des vallées d’Ax:**

#### **a- La population permanente :**

D’après L’INSEE (dernier recensement en date de 2011), Le canton d’Ax-Les-Thermes compte 3121 habitants permanents. Celui de Les Cabannes en compte 2642. On enregistre sur les deux cantons une hausse de 141 habitants permanents depuis 2002. Ceci est à l’image de tout le département qui a enregistré une évolution annuelle de 0,90% de sa population de 1999 à 2006 contre 0,70% sur toute la France.<sup>19</sup>

L’Ariège a bénéficié d’un rajeunissement de sa population par l’attraction de ménages actifs avec ou sans enfants. On note aussi une attractivité beaucoup plus forte des retraités, avec le département du Lot, par rapport aux autres départements Midi-Pyrénées.<sup>19</sup>

#### **b- La population de passage:**

#### **Analyse de l’année 2013 :**

L’attractivité touristique des vallées d’Ax est forte. Cela est favorisé par la situation géographique sur l’axe routier Toulouse-Andorre-Espagne, les activités de montagne et le thermalisme.

Cet axe routier est l'un des plus fréquentés de l'Ariège. En 2007, 9637 véhicules ont été comptés en moyenne par jour sur la RN 20 de Tarascon-Sur-Ariège à Ax-Les-Thermes.<sup>21</sup> On y dénombre aussi plusieurs sites touristiques. (Tableau 2)

Les données relatives aux activités de montagne (hors sports d'hiver) comme la chasse, la randonnée, la pêche, le canyoning ne sont pas disponibles. Elles sont pourtant une cause potentielle d'accidentologie.

### **Sites Touristiques :**<sup>22</sup>

Hormis l'établissement de thermalisme ludique, Le Couloubret, situé à Ax-Les-Thermes, les autres sites sont fermés l'hiver en raison de problèmes d'accessibilité liés à la météo. La fréquentation touristique de ces sites est représentée dans le tableau 2.

**Tableau 2** : Nombre de visites par site en 2013. Source : Office de tourisme des Vallées d'Ax.

<b>Sites touristiques</b>	<b>Nombre de visites en 2013</b>	
	été	Hiver
La Carrière de talc de Trimouns	6163	-
Les Aigles du Château de Lordat	10578	-
La Maison des Loups	39235	-
Akrobranch d'Orlu	12758	-
L'Observatoire de la Montagne (activités nature)	1455	-
Centrale hydroélectrique d'Orlu	3293	-
L'Observatoire de la Montagne (musée)	2173	-
Bains du Couloubret	51831	79911

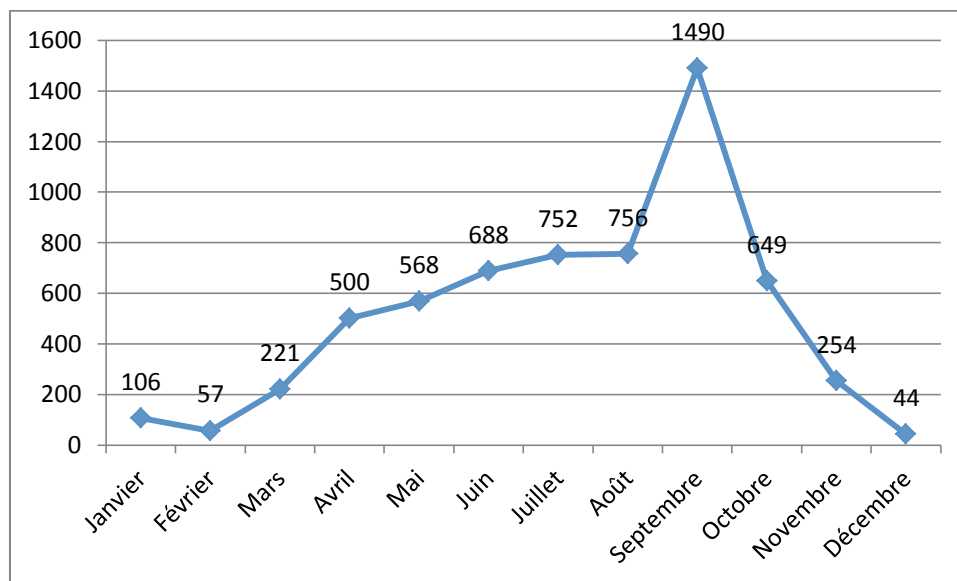
### **Thermalisme :**<sup>22</sup>

La ville d'Ax-Les-Thermes dispose de deux établissements thermaux, le Teich et Le Modèle. Ils sont agréés pour deux orientations thérapeutiques : les pathologies rhumatismales et celles des voies respiratoires.

La répartition de la fréquentation des établissements thermaux en 2013 est représentée sur le graphique n° 3.

On observe un pic automnal et un nadir hivernal. Le nombre de curistes est en hausse progressive du printemps jusqu'à la fin de l'été.

**Graphique n° 3** : Nombre de curistes par mois en 2013 à Ax-Les-Thermes.\*



\*Ces chiffres ne tiennent compte que des cures thermales sur prescription médicale.

### Ski et activités nordiques :<sup>22</sup> (Tableau 3)

Les stations de ski ont accueilli plus de personnes qu'en 2012 (+4,8% contre 3,3% sur l'ensemble du réseau pyrénéen et -0,8% dans les alpes). Cela s'explique par un enneigement exceptionnel et une meilleure accessibilité des stations. L'indice de skiabilité a été très élevé (9 à 10) et 80 à 100% des domaines des quatre stations de ski ont été ouverts toute la saison.

**Tableau 3** : La fréquentation des stations de ski des Vallées d'Ax en 2012 et 2013.

Station	Nombre de skieurs Hiver 2012	Hiver 2013
Ax 3 domaines	322531	381140
Ascou-Pailhères	36130	41863
Beille	76654	83349
Le Chioula	9688	16123

### **Le nombre de séjours :<sup>23</sup>**

Le nombre de nuitées durant l'hiver 2013 a été de 544500, soit une hausse de 4.8% comparé à 2012. Le bilan de l'été 2013 enregistre une augmentation de 0.6% seulement par rapport à 2012 soit 918700 nuitées. Cela s'explique par une mauvaise météo en début de saison. (Cf. Annexe 6)



## 2. METHODES

### 2.1. PERIODE DE L'ETUDE :

Le travail a concerné les années d'activité 2002, 2013 et 2014. Il s'agit d'une étude observationnelle, comparative, rétro- et prospective.

Pour 2013, nous avons interrogé par courrier électronique le conseil départemental de l'ordre des médecins de l'Ariège, l'ARS Midi-Pyrénées, le Centre des Appels Urgents (CAU) de Foix et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de l'Ariège, siège de Foix. L'office du tourisme des Vallées d'Ax nous a fourni des données relatives à la fréquentation touristique de l'année 2013. Nous avons aussi interrogé les quatre médecins volontaires à la participation à la PDSA du secteur sur deux périodes d'activité en PDSA, rétrospectivement sur un mois en 2013, et prospectivement sur un mois en 2014. Un questionnaire (Cf. Annexe 7) leur a été adressé par courriel ou remis en main propre. Une rencontre systématique avec chacun des médecins, avant soumission du questionnaire et lors du recueil des réponses, a eu lieu dans leurs cabinets d'exercices respectifs.

Le Responsable du Pôle Animation Territoriale de l'ARS a été rencontré lors de la réunion du 10 juin 2014 à la mairie d'Ax-Les-Thermes sur le thème du financement de la future Maison de Santé Pluriprofessionnelle d'Ax-Les Thermes.

Le recueil de données s'est effectué par messagerie électronique auprès de l'ARS et du CAU 112 de Foix et par contact direct avec la CPAM, de l'office de tourisme des Vallées d'Ax et des médecins inclus dans l'étude.

Concernant l'année 2002, nous avons bénéficié du travail de thèse de Doctorat de Médecine Générale du Docteur CAUSSANEL QUINTANA Agnès intitulé « La Permanence des Soins dans des vallées ariégeoises d'accès difficile, à propos d'une étude de l'activité médicale dans les cantons d'Ax-Les-Thermes et Les Cabannes en 2002 et 2004 ».<sup>17</sup> De novembre 2001 à mai 2002 les médecins généralistes avaient fait grève de la PDSA à l'échelle nationale. Cela nous permet d'observer l'influence de l'absence de prise en charge des soins non programmés en médecine de premier recours sur l'AMU.

## **2.2. LES DONNEES DU CENTRE HOSPITALIER DU VAL D'ARIEGE :**

Extraites des fiches de régulation des appels urgents en 2013 (Cf. Annexes 8 et 8 bis). Elles englobent celles de l'AMU et celles de la PDSA. Les appels urgents donnant lieu à une consultation en soins de premier recours en dehors des heures de garde sont classés "Appels non AMU".

Tout appel donnant lieu à l'ouverture d'un dossier est enregistré quelle que soit la situation de l'appelant, résident permanent ou de passage.

Les modalités de gestion des appels font l'objet d'une standardisation pour faciliter le recueil de données et faciliter les échanges entre les SAMU-Centres 15.<sup>24</sup>

## **2.3. LES DONNEES DE L'ARS :**

L'extraction des données a été effectuée par le Département des Soins de Premier Recours. Elles sont celles de l'activité médicale de garde du secteur de santé d'Ax-Luzenac-Les Cabannes issues des remboursements des actes par les régimes d'assurance maladie les plus importants : régime général des salariés, le Régime des Salariés Indépendants (RSI) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Sont exclus de la base de données les régimes spéciaux qui ne représentent qu'environ 2 millions de français<sup>25</sup> (liste en Annexe 9).

Elles se limitent à la population résidente.

La classification des actes est établie à partir de plusieurs paramètres : (Cf. Annexe 10)

- Régulé « R » ou non régulé « NR » ,
- En consultation « C » ou en visite « V » ,
- Période de l'acte :
  - Férié « F » (samedi de 12h à 20h et de 8h à 20h les dimanches et fériés, le vendredi et samedi si le jeudi est férié et le lundi s'il précède un mardi férié),
  - De début de nuit « N » (20h-00h ou 6h-8h),
  - De fin (ou Milieu) de nuit « M » (00h-6h)

Par exemple : NRCM correspond à : Consultation Non Régulée de Milieu de nuit, RVF à Visite Régulée le samedi de 12h à 20h ou de 8h à 20h les dimanches, jours fériés ou ponts.

## **2.4. LES DONNEES DE LA CPAM :**

Afin de quantifier de la manière la plus précise la PDSA, nous avons demandé les relevés d'honoraires des médecins concernés en rapport avec les majorations spécifiques de garde. Cette demande s'est faite lors d'une rencontre directe avec le responsable des relations avec les professionnels de santé. Elle vise plus précisément le Système National Inter-régimes des professions de santé (SNIR). En l'occurrence les médecins à inclure dans cette étude.

En effet les usagers de soins en période de garde ne dépendent pas tous de la CPAM 09. L'attrait touristique de la région explique cela.

Le respect de l'anonymat a été au centre de notre discussion. Le personnel a aussi évoqué le transfert de compétences en matière de gestion de données à l'ARS.

## **2.5. LES DONNEES DES MEDECINS GENERALISTES:**

Depuis mon stage de SASPAS dans la Haute Ariège, j'effectue des remplacements ponctuels des médecins des Vallées d' Ax. Cela m'a facilité le contact avec eux et m'a permis de les rencontrer régulièrement dans et en dehors du cadre professionnel. La remise du questionnaire s'est faite en mains propres ou par courriel.

### **2.5.1. Critères d'inclusion :**

N'ont été inclus dans l'étude que les médecins généralistes participant à la PDSA. En effet, seulement quatre sur les sept en exercice sont volontaires. Deux ont demandé à en être exemptés et un exerce exclusivement la médecine thermale.

L'Article R 6315-4 du Code de la santé publique fixe les conditions d'exemption de permanence des soins :

« Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au directeur de l'agence régionale de santé par le conseil départemental qui la communique au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police ».

Les actes effectués par les remplaçants éventuels ont été rattachés au médecin remplacé.

### **2.5.2. Choix de la période d'activité étudiée :**

Ils ont été interrogés sur leur activité de garde du 30 septembre au 03 novembre 2013 soit cinq semaines et cinq samedis et dimanches, et du 21 juin au 20 juillet 2014 soit quatre semaines et cinq samedis et dimanches.

Le choix de la première période se justifie par l'inclusion de trois semaines hors vacances scolaires (du 30 septembre au 18 octobre) et de deux semaines de vacances scolaires communes à toutes les académies (du Samedi 19 octobre au dimanche 3 novembre). De même pour la seconde période, les deux premières semaines sont travaillées et les deux dernières correspondent aux vacances d'été qui débutent le 5 juillet 2014 pour toute la France.<sup>26</sup>

Cela nous permet d'apprécier la variation quantitative de l'activité de garde selon les mouvements de population liés aux congés annuels inclus dans ces deux périodes d'étude.

Des questions fermées et d'autres ouvertes sur la pratique de chaque médecin ont été aussi posées. (cf. annexe 7)

### 3. RESULTATS

#### 3.1. ANNEE D'ACTIVITE 2013

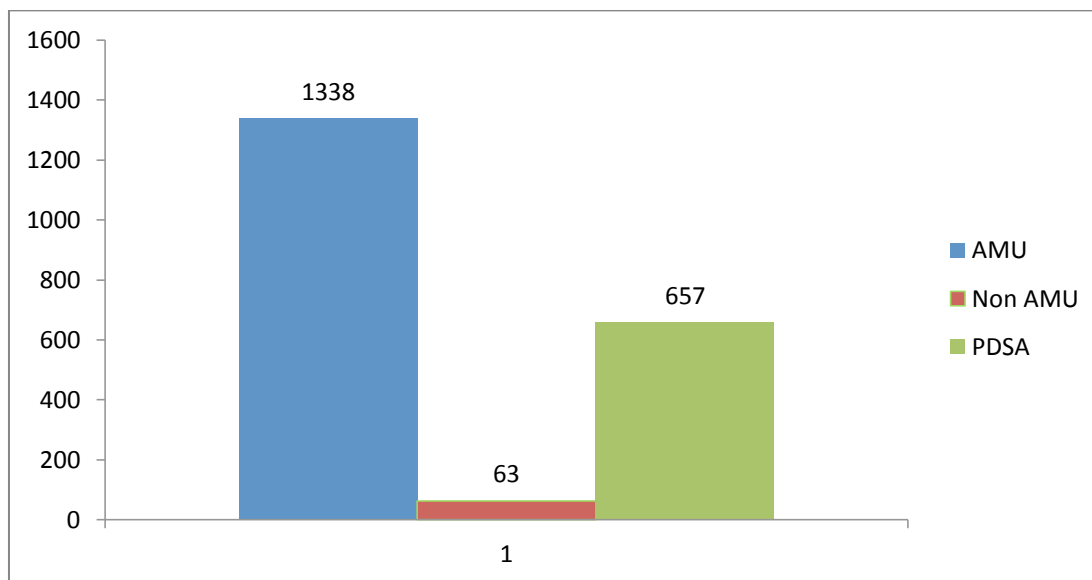
##### 3.1.1. Données du centre de régulation des appels urgents de Foix:

###### a- Types de Dossiers de régulation (DR) :

Aux Dossiers AMU et PDSA, s'ajoutent les demandes pressantes relevant de la médecine de premier recours mais en dehors des heures de la PDSA. Ces appels sont dits « Non AMU ».

Sur un total de 2058 fiches enregistrées, 657 ont donné lieu à une prise en charge en soins primaires. Les appels Non AMU représentent 3% des fiches. (Cf. Graphique 1)

**Graphique 1** : Nombre de fiches en 2013 selon leur classification AMU, Non AMU ou PDSA

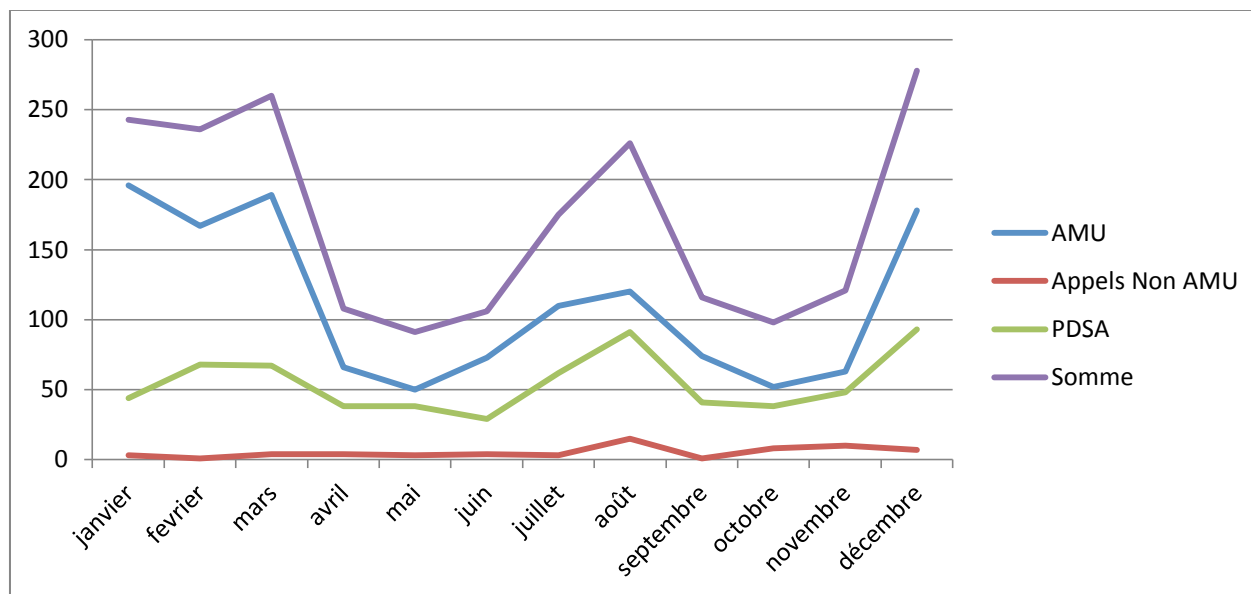


###### b- Répartition mensuelle des appels :

On a constaté un pic hivernal et un pic estival correspondant à l'augmentation de la fréquentation touristique. Pour la PDSA, les maxima ont été de 93 appels au mois de décembre et 91 au mois d'août. (Cf. Graphique 2)

**Graphique 2** : Activité de régulation du bassin de santé d'Ax-les-Thermes par mois du 01/01/2013

au 31/12/2013



**c- Répartition hebdomadaire des appels** : (Cf. Graphique 3)

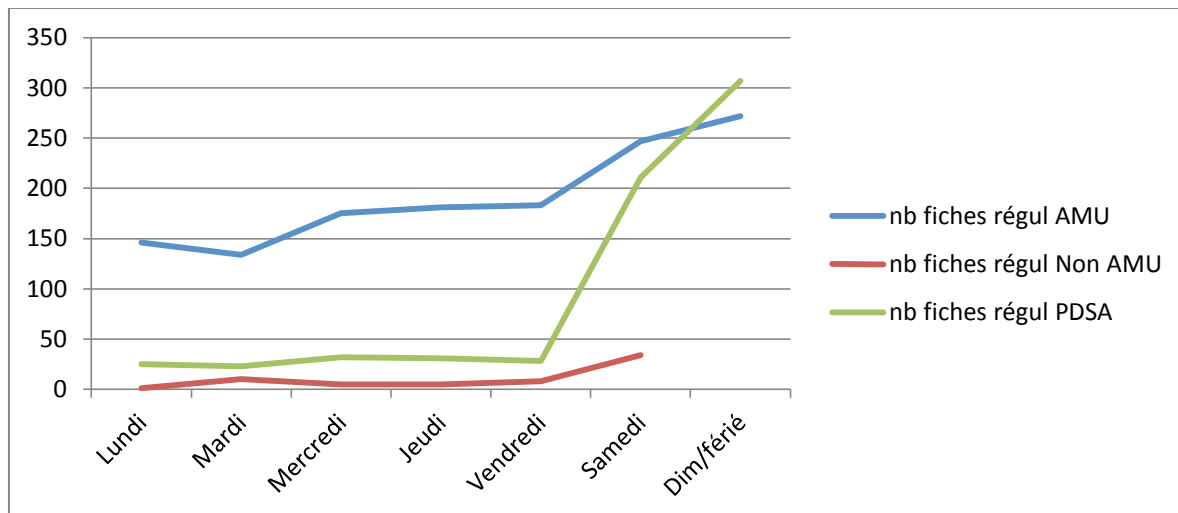
Le nombre d'appels tous types confondus est globalement équivalent les jours de semaine avec une moyenne de 197,40 (par jour de semaine et par an). Les samedis il augmente de 149% et les dimanches et fériés la hausse est de 193%.

Si on ne considère que la PDSA, on passe d'une moyenne de 27,80 actes par jour de semaine sur l'année à 211 les samedis et 307 les dimanches.

Les appels non AMU se multiplient par 5,80 le samedi par rapport aux jours ouvrables. Cela peut s'expliquer par le fait que, dans tout le secteur, il n'y a qu'un seul médecin qui exerce régulièrement le samedi matin et qui ne peut absorber toutes les demandes de consultation non programmées. Les usagers appellent donc la régulation pour trouver une autre solution. Cela peut donner lieu à une prise en charge par le médecin de garde à partir de midi.

Il faut noter la différence de nombre d'heures d'activité entre les jours de semaine (de 20h à j+1 8h), les samedis (de midi à j+1 8h) et les dimanches/fériés (de 8h à j+1 8h).

**Graphique 3** : Activité de régulation du bassin de santé d'Ax-les-Thermes par jour de semaine du 01/01/2013 au 31/12/2013



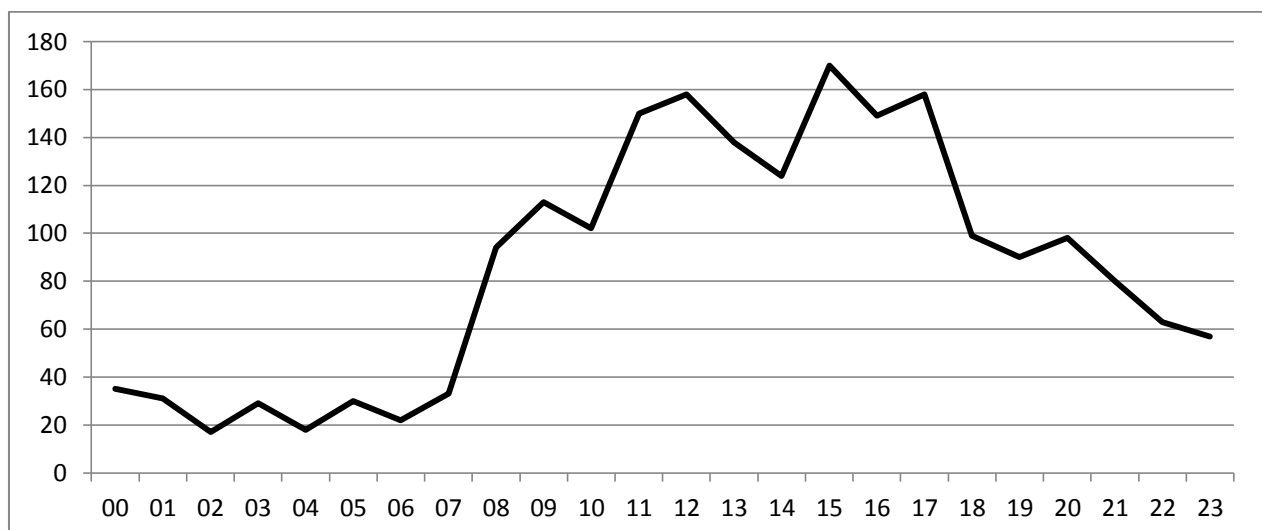
Les Appels Non AMU n'ont jamais lieu le dimanche.

#### d- Nombre d'appels au centre 15 par heure

##### Vue générale :

La fréquence d'appels a entamé une hausse brutale à 6h, les maxima ont été entre 11h et 17h. De 17h à minuit, ils ont baissé pour se stabiliser jusqu'à 6h. (Cf. Graphique 4)

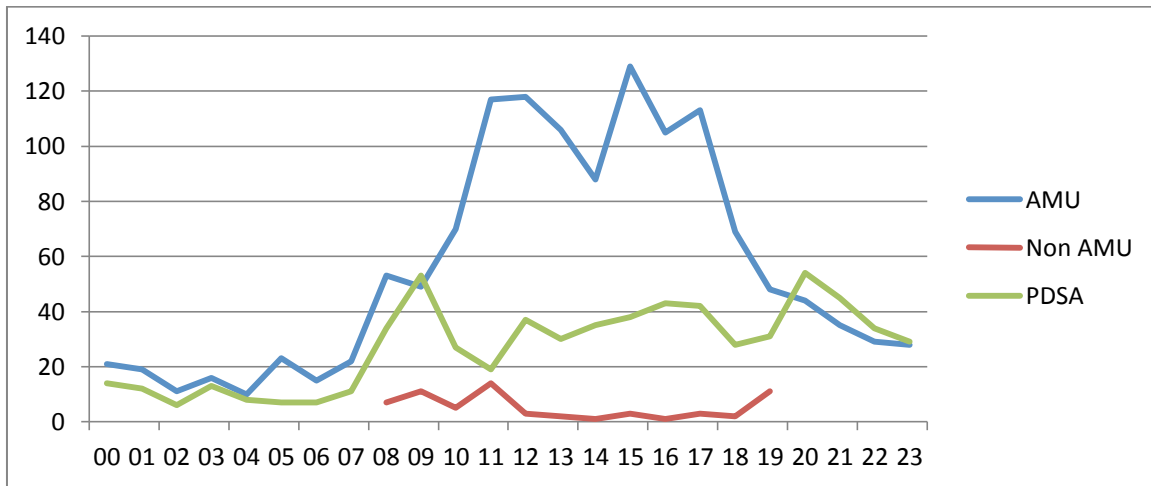
**Graphique 4** : Nombre total de fiches par heure et à l'année en 2013.



### Vue par type d'appel : (Cf. Graphique 5)

Les pics d'appels PDSA ont été à 9h et à 20h. Les débuts d'accroissement se sont situés à 7h et à 19h. Le nombre est stable de 12h à 19h.

**Graphique 5:** Nombre de fiches par type et par heure/année en 2013.



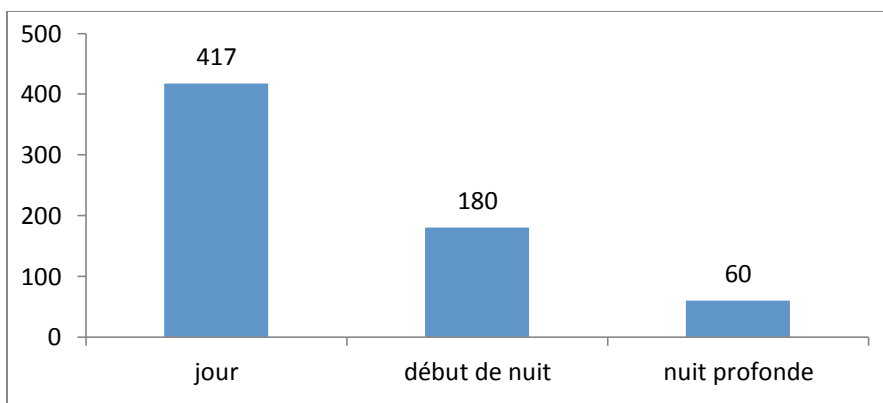
Les appels AMU ont été relativement beaucoup moins nombreux de minuit à 7h (moyenne de 17 par heure/an), puis ils ont progressé rapidement jusqu'à 11h, puis se sont stabilisés jusqu'à 17h. Le maximum était de 129 appels par heure/an à 15h. De 15h à 7h on a observé une décroissance rapide.

Les appels Non AMU n'ont pas lieu dans les heures de PDSA. Le pic a été à 11h (14 appels/heure/an)

### e- Les dossiers de régulation PDSA : (Graphique 6)

Sur les 657 fiches, 414 ont concerné la période de jour, 180 le début de nuit et seulement 60 la nuit profonde.

**Graphique 6 :** répartition sur les 24h des fiches PDSA du CAU 15 en 2013.



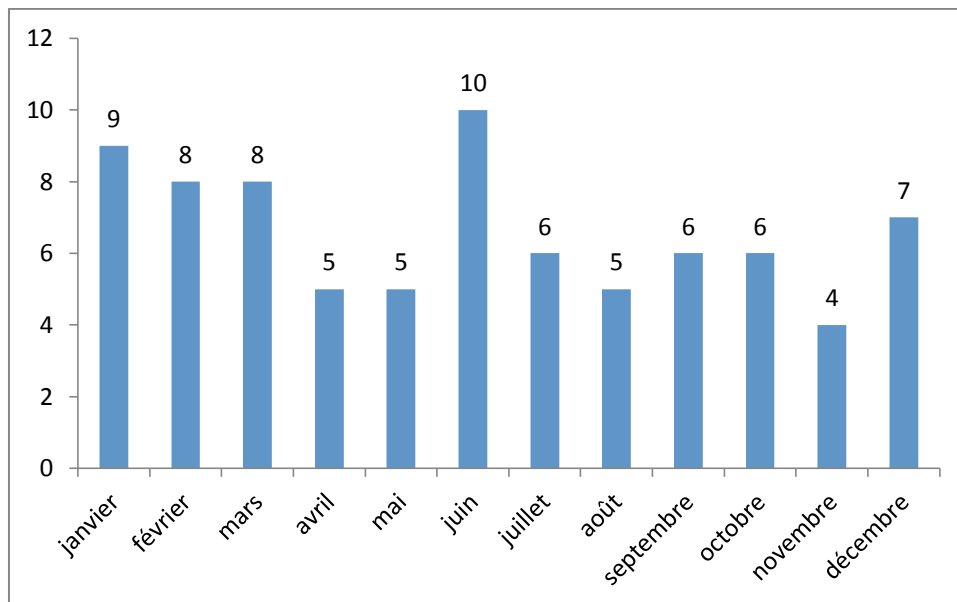
Jour : 8h-20h, Début de nuit : 20h-00h et 6h-8h, Nuit profonde : 00h-6h



#### f- Les sorties du SMUR de Foix vers le bassin de santé des vallées d’Ax :

Les sorties du SMUR étaient au nombre de 79. Leur répartition mensuelle est représentée sur le Graphique 7. Le maximum des interventions a eu lieu les mois de juin (10 sorties) et de janvier (9 sorties)

**Graphique 7** : répartition mensuelle des sorties SMUR en 2013.



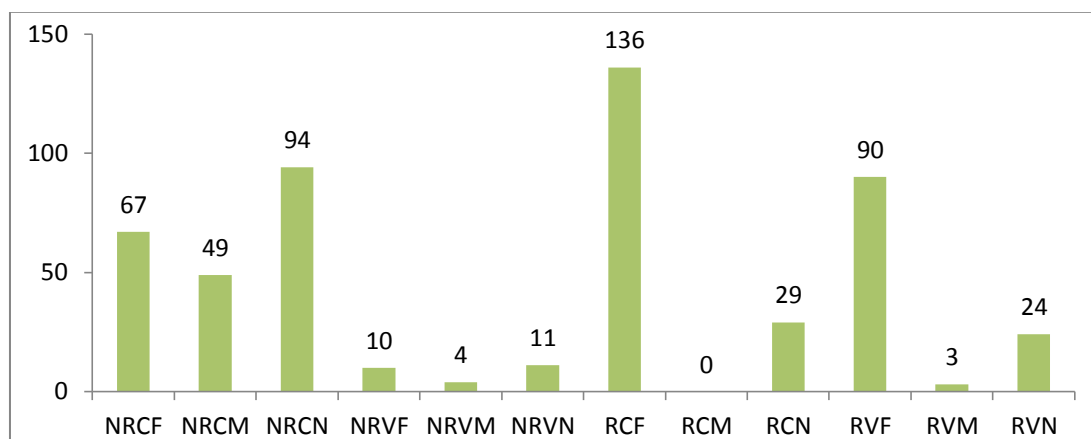
#### 3.1.2. Données de l’ARS :

##### a- Vue générale :

Sur 517 honoraires liés aux actes de PDSA, 282 étaient en rapport avec des actes régulés et 235 non régulés. Les consultations régulées en période « F » (codées RCF) sont majoritaires (136). On retrouve deux fois et demi plus d’actes en consultation qu’en visite (375 contre 142). Cf. Graphiques 8 à 10.

Après les consultations régulées de jour, les consultations non régulées de nuit « NRCN » étaient en deuxième position de l’activité du médecin de garde (94). En troisième position figurent les visites réguliées de jour « RVF » au nombre de 90.

**Graphique 8** : Nombre de consultations et visites de garde en 2013 selon la tranche horaire et le caractère régulé ou non.\*



\*Pour la correspondance de ces codifications, se référer à l'Annexe 10 relative à la nomenclature des données de l'ARS.

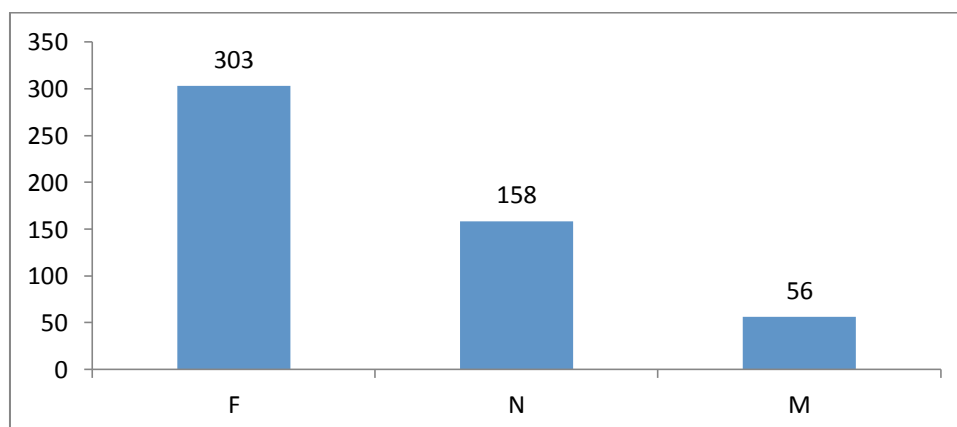
Pour rappel, cette activité n'est que celle due à la population résidente dépendante de la CPAM 09.

On ne peut soustraire les majorations en rapport avec des actes effectués en dehors du bassin de santé étudié.

#### **b- Les actes par période de garde :**

Si on fait fi du caractère régulé ou non, sur les 517 majorations, les actes de jour (F) représentent 58,61% (303), ceux de début de nuit 30,56% (158) et ceux de nuit profonde 10,83% (56). Ces données sont représentées sur le Graphique 9.

**Graphique 9** : répartition des actes de garde par tranche horaire en 2013.



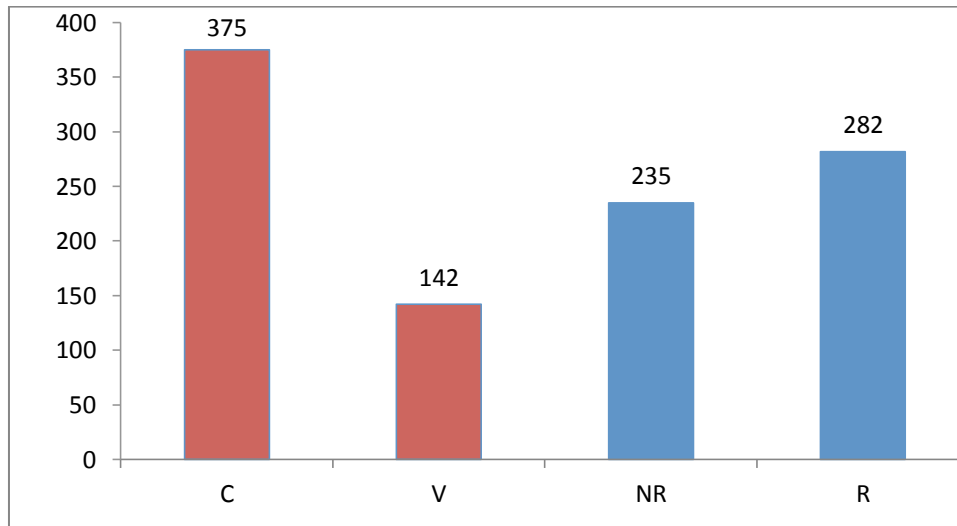
**F** : 12h-20h le samedi, 8h-20h dimanches, fériés, ponts. **N** : 20h-00h et 8h-6h. **M** : 00h-6h

### c- Déroulement des actes de PDSA : (Graphique 10)

Les patients se sont déplacés dans 72,53% des cas (375). Le médecin a effectué une visite dans le reste des situations (142).

La régulation par le centre 15 a été majoritaire (282). Le nombre de consultations ou de visites qui n'ont pas été régulées a été de 235 soit 45,45%.

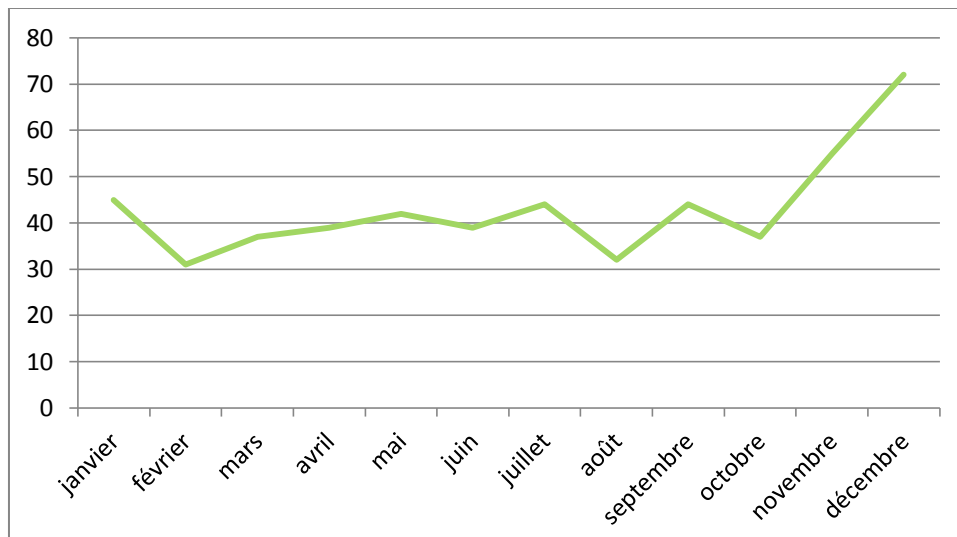
**Graphique 10** : actes de garde en consultation (C) ou en visite (V), régulés (R) ou non régulés (NR) en 2013.



### d- Répartition mensuelle : (Graphique 11)

L'activité des médecins de garde était plus importante de novembre à janvier (moyenne de 57,33 patients par mois), soit durant la saison hivernale. Le nombre mensuel des actes de PDSA a été stable le reste de l'année autour d'une moyenne de 38 patients par mois.

**Graphique11** : Nombre d'actes en PDSA par mois en 2013 dans les Vallées d'Ax.



De ces données, on a pu établir le profil du patient résidant dans le secteur étudié, qui consulte en dehors des heures d'ouvertures habituelles des cabinets médicaux :

- Il appelle dans 55% des cas le centre 15,
- Il se déplace 7 fois sur 10,
- Il consulte dans la journée avant (8h- 20h) dans 58,61% des cas,
- En début de nuit, il appelle directement son médecin dans 66.46% des cas.

### **3.1.3. Les données de la CPAM 09 :**

Malgré plusieurs demandes lors de rencontres avec les responsables des relations avec les professionnels de santé, il n'a pas été possible d'obtenir les Relevés Individuels d'Activité et de Prescriptions (RIAP) liés à la PDSA des médecins inclus dans l'étude. Il semble y avoir des difficultés d'anonymisation et de compilation de ces informations.

Les informations issues de l'ARS englobent en fait celles de la CPAM, le principal organe « payeur ». Elles sont basées sur le repérage des majorations spécifiques des périodes de garde et donc assimilables aux relevés d'honoraires. De plus, en incluant celles de la MSA et du RSI, l'ARS nous a fourni des données plus fiables pour notre étude.

### **3.1.4. Les données des médecins généralistes :**

Les 4 médecins inclus dans l'étude ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé. (Cf. Annexe 7)

Tous, sauf un, ont complété les tableaux récapitulatifs de leurs actes pendant les gardes du 30 septembre au 3 novembre 2013. Un des médecins n'a pas pu retrouver les actes de PDSA pour 2013. Il s'agit d'un médecin non informatisé.

Ils ont tous renseigné la période du 21 juin au 20 juillet 2014.

#### **a- Réponses aux questions fermées :**

### **Ratio hommes/femmes :**

Trois médecins sur les quatre sont des hommes. Sur la totalité des médecins généralistes installés dans les Vallées d'Ax, les femmes représentent 28,57%.<sup>16</sup> Ce taux est inférieur à la moyenne départementale qui est de 34%.<sup>18</sup>

### **Diplôme de médecin pompier ou de médecine d'urgence :**

Deux ont un diplôme de médecin pompier, un a longtemps exercé la fonction de médecin pompier mais n'avait pas de diplôme officiel et il n'occupe plus cette fonction.

Un seul médecin a un diplôme de médecine d'urgence.

### **Equipement :**

ECG : 50%

Drogues de réanimation : 75%

Matériel de perfusion : 75%

Oxygène : 0%

Véhicule tout terrain : 25%

Les médecins pompiers sont les mieux équipés (100% pour l'ECG, Les injectables et le matériel de perfusion et 50% pour le véhicule tout terrain).

Un des médecins n'est pas équipé (pas d'ECG ni injectables de réanimation ni matériel de perfusion ni véhicule tout terrain).

### **Participation aux différentes tranches horaires de la PDSA :**

Ils participent tous à la PDSA dans ses trois tranches horaires.

Un commentaire a été porté à cette question : « *Volontaire est à nuancer...C'est comme ça sur notre secteur ! On n'a pas le choix* »

### **Participation dans les 5 prochaines années à la PDSA :**

75% d'entre eux ont répondu qu'ils continueront à participer à cette mission.

Un médecin n'a pas répondu et a commenté la question comme suit : « *Je souhaiterais participer mais sur la tranche horaire 20h-00h si j'en ai le choix* »

### **Application pendant les gardes de la nomenclature générale des actes des praticiens (NGAP) :**

100% des médecins ont répondu par oui.

Nous avons noté le commentaire suivant à cette question : « *En garde, je ne fais que des actes régulés* »

### **Sollicitation pour détresse vitale ou état aigu d'agitation en 2013 :**

Il s'agit d'actes prévus par l'assurance maladie sous le code de Classification Commune de Actes Médicaux (CCAM) « YYY010 : Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes :

- détresse respiratoire ;
- détresse cardiaque ;
- détresse d'origine allergique ;
- état aigu d'agitation ;
- état de mal comitial ;
- détresse d'origine traumatique. »<sup>27</sup>

50% des médecins ont été sollicités par le centre de régulation pour détresse vitale.

Le médecin diplômé en médecine d'urgence a été appelé pour les six types d'interventions.

Un médecin pompier a été appelé pour une détresse cardiovasculaire et pour une détresse neurologique.

Les deux autres médecins n'ont pas eu à intervenir pour ces situations.

### **Refus d'intervenir suite à un appel du 15 :**

Un seul médecin a déclaré avoir refusé d'intervenir en 2013 pour une situation ne relevant pas d'après lui de la PDSA.

Le commentaire suivant a été apporté à la question : « *Et parfois effectivement les conditions de neige peuvent précariser l'intervention* ».

### **Participation aux gardes des remplaçants réguliers :**

Tous les médecins se font remplacer durant leurs congés.

Seulement deux d'entre eux confient toutes leurs gardes à leurs remplaçants. Les deux autres continuent à en faire une partie durant leurs vacances.

#### **b- Activité de garde sur les périodes étudiées :**

##### **1- Période du 30 septembre au 3 novembre 2013 :**

Les 3 médecins ayant complété le tableau ont effectué 48 actes sur 25 des 35 gardes.

Le tableau 4 résume le nombre et le type des actes.

**Tableau 4** : Actes effectués par les médecins des vallées d'Ax durant les gardes du 30 septembre au 3 novembre 2013

Type d'acte	Régulé						Non régulé					
	CRD	CRN	CRM	VRD	VRN	VRM	F	MN	MM	MDD	MDN	MDI
Nombre	33	2	0	7	4	0	2	0	0	0	0	0

Ces codes de la NGAP sont détaillés en fin de l'Annexe 7.

On a relevé 42 actes de jour (33 CRD, 7VRD, 2F) et 6 actes de début de nuit (2 CRN et 4 VRN)

Seulement 2 majorations n'étaient pas régulées (Consultation non régulée de jour : F)

La répartition sur les jours de semaine est représentée dans le Tableau 5.

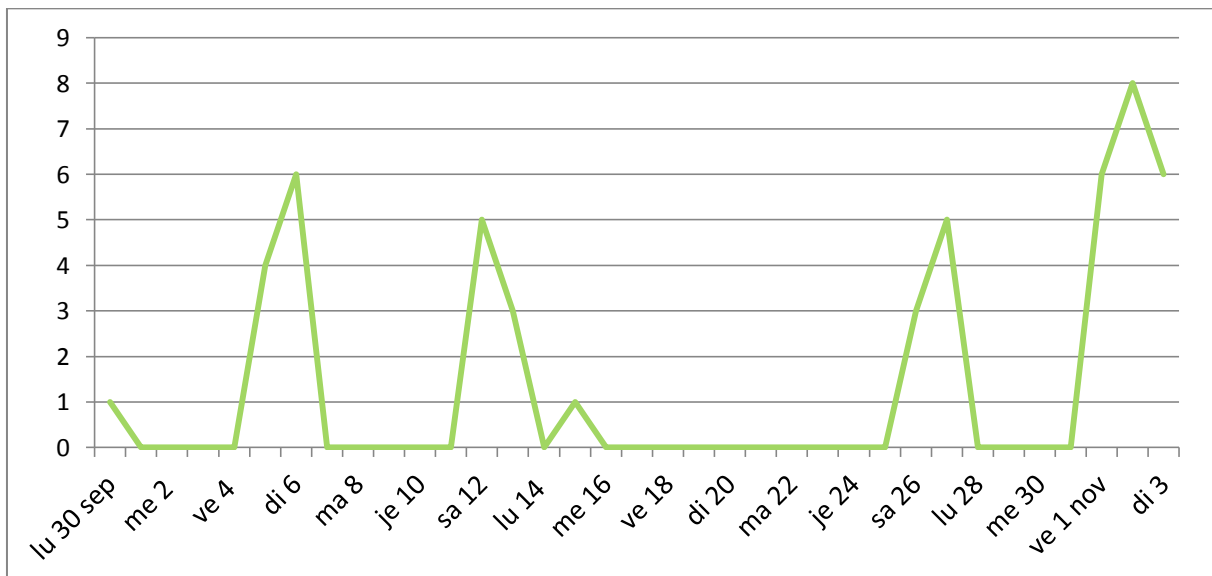
**Tableau 5** : Nombre d'actes par jour de semaine et calcul des moyennes journalières du 30 septembre au 3 novembre 2013.

	Nombre d'actes/ jour de semaine			Moyenne/jour de semaine		
	Total	Hors congés	Vacances	Totale	Hors congés	Vacances
Lundi	1	1	0	0,20	0,20	0
Mardi	1	1	0	0,20	0,20	0
Mercredi	0	0	0	0	0	0
jeudi	0	0	0	0	0	0
Vendredi	6	0	6	1,20	0	1,20
Samedi	20	9	11	4	1,80	2,20
Dimanche	20	9	11	4	1,80	2,20

Les weekends ont engendré 83,33% de l'activité comme nous pouvons le voir sur le Graphique 12. Celui du samedi 19 au dimanche 20 octobre a été effectué par le médecin qui n'a pas rempli cette partie du questionnaire.

28 actes ont eu lieu pendant les deux semaines de vacances de la Toussaint (18 octobre-03 novembre 2013) contre 20 pour le reste de la période (trois semaines). Le non recueil de données pendant le weekend du 19 au 20 octobre 2013 (début des vacances) n'a pas beaucoup influencé la tendance attendue. Les congés ont bien entraîné une hausse de l'activité de garde.

**Graphique 12** : Activité de garde des médecins des Vallées d'Ax du 30 septembre au 3 novembre 2013



Il est difficile de comparer ces chiffres avec ceux du CAU 15 et de l'ARS. En effet, le manque d'informations d'un des quatre médecins sous-estime d'environ 25% le nombre obtenu (27 sur tout le mois d'octobre).



## 2- Période du 21 juin au 20 juillet 2014

Ils se répartissent comme indiqué dans le tableau 6 :

66 actes ont été relevés sur les 30 jours de garde, dont :

- 37 en consultation et 29 en visite,
- 43 en période de jour, 11 en début de nuit et 12 en milieu de nuit.
- 60 étaient régulés et 6 ne l'étaient pas.

**Tableau 6:** Actes effectués par les médecins des vallées d'Ax durant les gardes du 21 juin au 20 juillet 2014.

Type d'acte	Régulé						Non régulé					
	CRD	CRN	CRM	VRD	VRN	VRM	F	MN	MM	MDD	MDN	MDI
Nombre	25	7	1	12	4	11	4	0	0	2	0	0

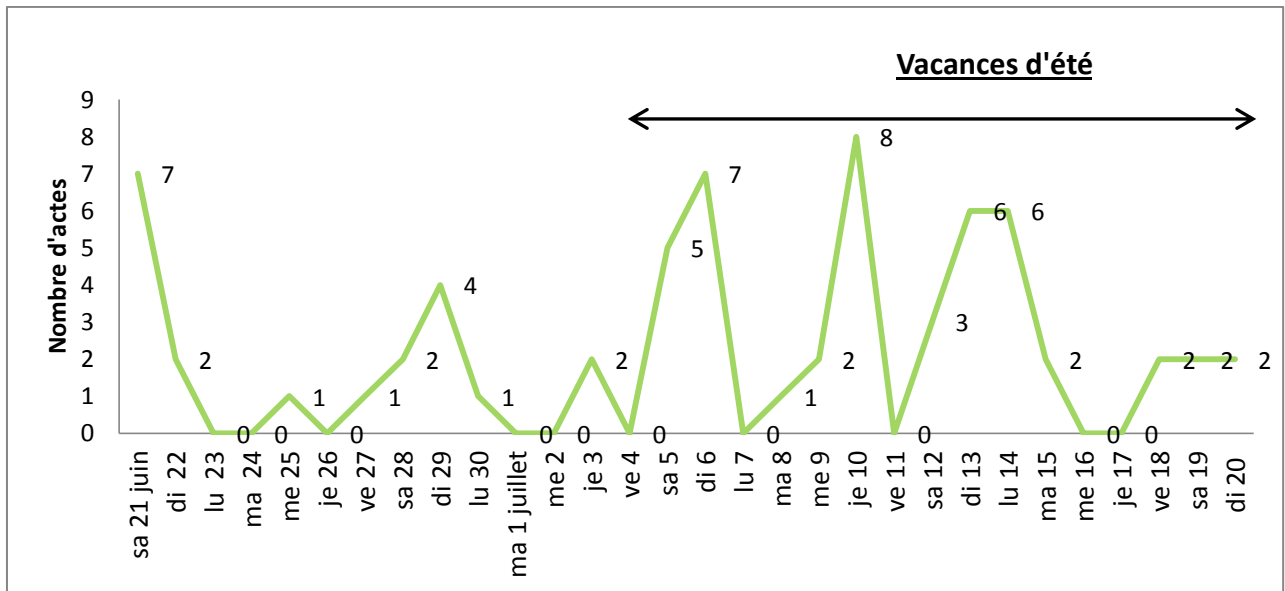
On a constaté une augmentation de l'activité de garde dès le début des vacances d'été. Elle l'était surtout aux dépens des jours ouvrables. (Cf. Tableau 7)

**Tableau 7 :** Nombre d'actes par jour de semaine et calcul des moyennes journalières du 21 juin au 20 juillet 2014.

	Nombre d'actes/ jour de semaine			Moyenne/jour de semaine		
	Total	Hors congés	Vacances	Totale	Hors congés	Vacances
Lundi	7	1	6	1,75	0,50	3
Mardi	3	0	3	0,75	0	1,50
Mercredi	3	1	2	0,75	0,50	1
jeudi	10	2	8	2,50	1	4
Vendredi	3	1	2	0,75	0,50	1
Samedi	19	9	10	3,80	4,50	3,33
Dimanche	21	6	15	4,20	3	5

La répartition sur la période est représentée sur le Graphique 13. Pendant la période de vacances il y a eu 46 interventions (2,88/jour) contre 20 le reste de la période(1,43/jour). Si on ne tient pas compte du weekend du 5 au 6/07/2014 (début des vacances), la tendance reste la même (34 contre 20).

**Graphique 13** : Répartition des actes de garde du 21 juin au 20 juillet 2014.



c- **Commentaires apportés par les médecins interrogés à la question 10** : (Cf. Annexe 7)

1- « Non la PDSA est globalement satisfaisante.

*Il m'arrive de ne pas facturer dans des situations comme les urgences souvent psychiatriques, les décès et jamais pour les titulaires de la CMU que je vois pourtant souvent en garde»*

2- « Compte de tenu de l'éloignement kilométrique de certains villages, le maintien de la tranche horaire de la nuit profonde semble indispensable.

*Je facture des actes de jours ouvrables à mes patients que je vois le samedi après-midi, même quand je suis de garde. »*

3- « Je propose qu'il y ait un tableau d'astreinte AMU parallèlement au tableau PDSA. Ce tableau AMU couvrirait les 24 heures. »

4- « 1)- Je suis peu appelée sur le créneau 00<sup>h</sup>-8<sup>h</sup>00 et je me pose la question du bien fondé de rester d'astreinte sur ce créneau horaire. Je souhaiterais que la PDSA ne soit effective que sur 20<sup>h</sup>-00<sup>h</sup> comme sur de nombreux secteurs où ils sont pourtant plus d'effecteurs.

2)- Insuffisance d'effecteurs PDSA sur notre secteur (4 au total) soit une à deux gardes /semaine + 1 garde de WE par mois.

*Je considère que je fais trop d'astreintes de PDSA sur un secteur où nous sommes les moins nombreux pour des gardes les plus lourdes au temps horaire sur l'Ariège ! »*

Il en est ressorti que tous sont une majorité pour le maintien de la PDSA telle qu'elle est. Un seul médecin souhaite que la nuit profonde soit supprimée du fait d'un petit volume de travail. L'éloignement de l'hôpital de proximité est l'argument évoqué pour le maintien de la nuit profonde.

La création d'une astreinte spécifique pour l'AMU est proposée en parallèle de celle de la PDSA.

« Le médecin correspondant du SAMU (MCS) est un médecin de premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des **territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes** et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. »<sup>28,29</sup>

### 3.2. ANNEE D'ACTIVITE 2002 :<sup>15</sup>

#### 3.2.1. Les données du CAU 112 :

##### a- Types de dossiers de régulation (DR)

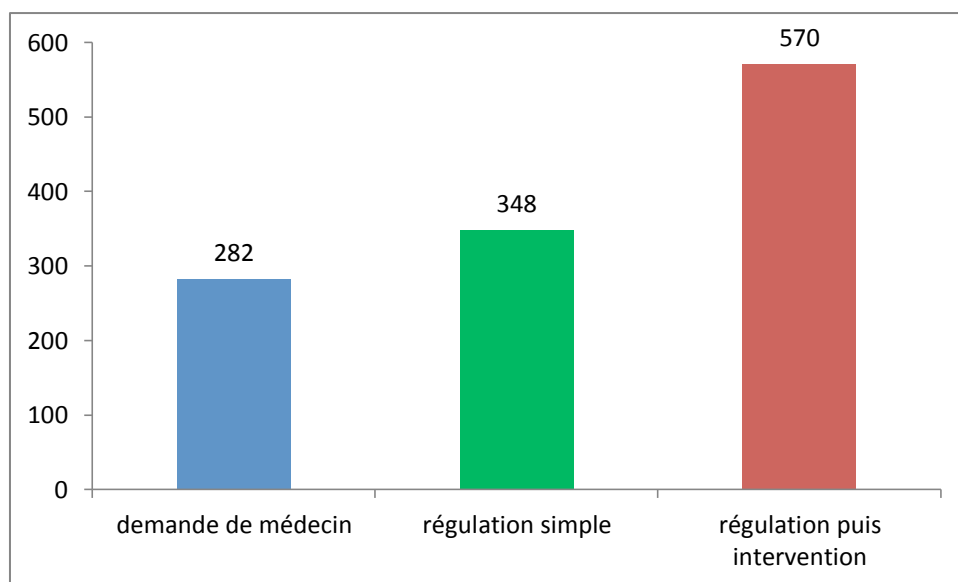
Les appels étaient classés en trois catégories: (Cf. Graphique 12)

- Demande de médecin,
- Régulation simple,
- Régulation puis intervention.

Par intervention on entendait celle des pompiers, des médecins libéraux, du SMUR ou d'une ambulance.

1200 fiches ont été enregistrées

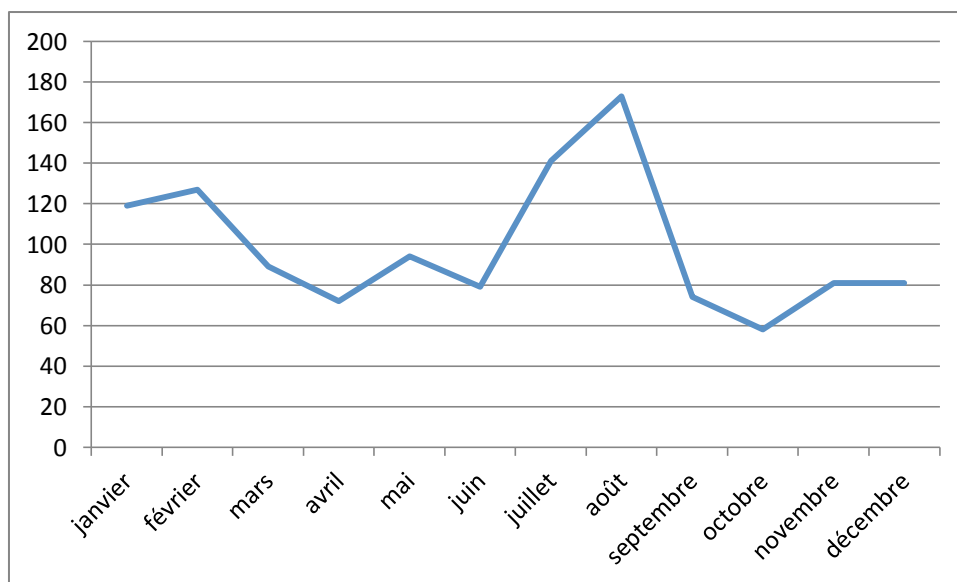
**Graphique 12** : répartition des appels en 2002.



##### b- Répartition mensuelle des appels : (Graphique 13)

La période de vacances scolaires d'été a engendré une augmentation de l'activité de régulation (Maximum de 173 appels en août 2002). Le pic des appels pendant les vacances d'hiver est enregistré en février (127 appels).

**Graphique 13** : Nombre mensuel d'appels du CAU 112 de Foix en 2002.

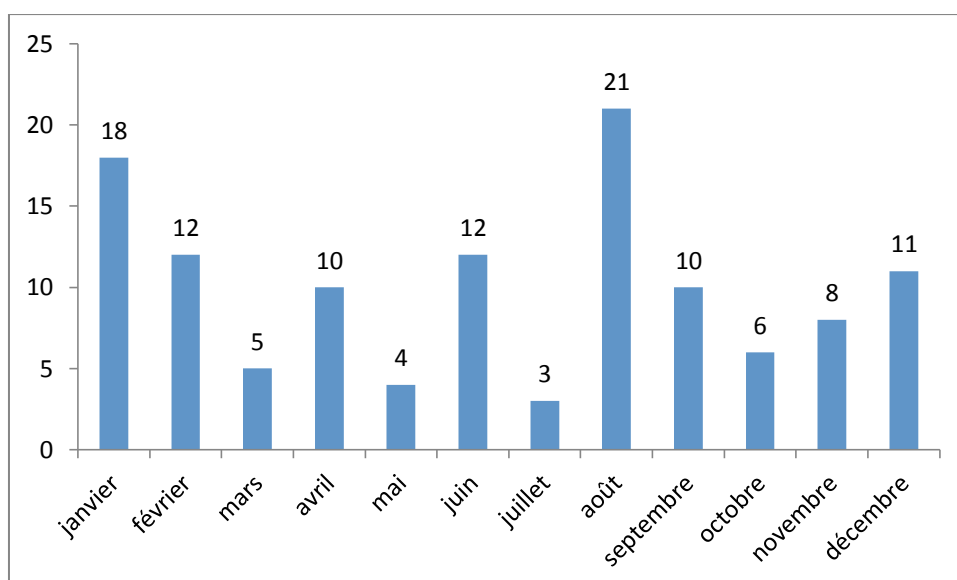


**c- Les sorties du SMUR de Foix (Cf. Graphique 14)**

120 sorties ont eu lieu sur le secteur étudié. Leur nombre était plus important les mois de janvier et d'août (respectivement 18 et 21).

De janvier à mai 2002, période de grève nationale de la PDSA, le nombre de sorties moyen par mois était de 9,80 alors qu'il était de 10,14 le reste des mois. Contrairement à ce que l'on pouvait attendre, l'absence d'effecteurs de PDSA n'a pas occasionné de hausse d'activité du SMUR.

**Graphique 14** : Nombre de sorties SMUR par mois en 2002.

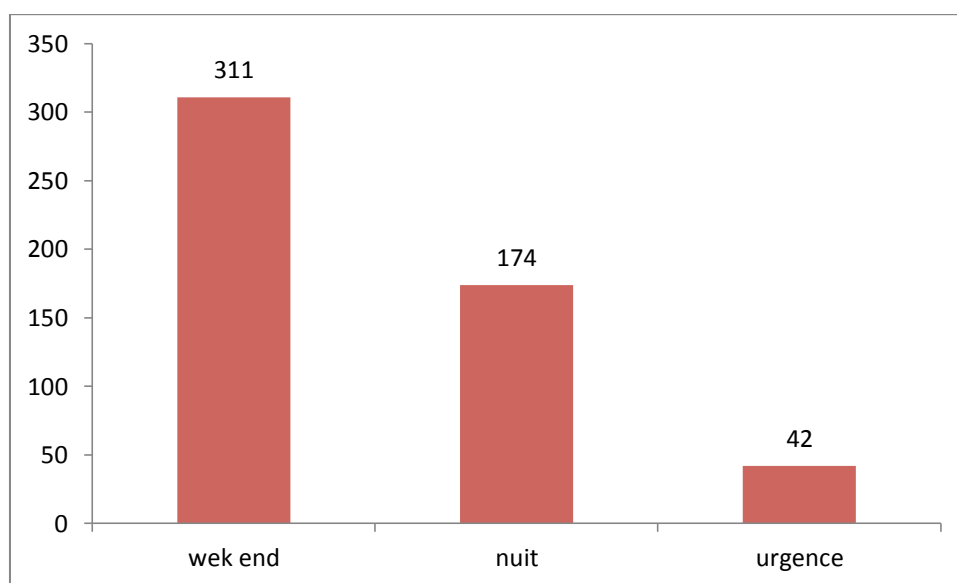


### 3.2.2. Les données de la CPAM 09 :

La CPAM avait fourni les RIAP des médecins des Vallées d’Ax. De ce fait, on n’a que le cumul annuel des paiements d’actes de garde reconnaissables par leur nomenclature. Néanmoins ce cumul est représentatif de la population globale (résidente et de passage) hormis ceux dépendant de régimes spéciaux d’assurance maladie.

Les majorations, au nombre de 628, concernaient les actes de PDSA et ceux effectués en urgence en dehors des heures de garde. Ce chiffre a été obtenu par extrapolation car la CPAM ne couvrait en 2002 que 84% de la population résidente. Il convient d’effectuer la démarche inverse (encadré 1) pour ensuite pouvoir comparer avec l’année 2013. Ainsi on obtient 527 majorations. (Cf. Graphique 15)

**Graphique 15** : Nombre d’actes majorés pris en charge par la CPAM 09 en 2002.



Noter que la période de weekend englobe les samedis de midi à 20h, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

La répartition des actes selon la période de la nuit n’a pas été analysée en 2002. Il faut rappeler encore que seul le cumul annuel est disponible, la répartition mensuelle n’a pas été communiquée. En somme, sur les 527 majorations, 485 sont liées à la permanence des soins ambulatoires de façon certaine.

**Encadré 1** : Extrapolation du RIAP pour la PDSA en 2002

La population de l’Ariège était couverte par la CPAM 09 à hauteur de 84%.

Le nombre de majorations en 2002 pour cette population était de 527.

Pour 100% de la population on aurait dû avoir  $527 \times 100 / 84$  majorations, soit 628 actes.

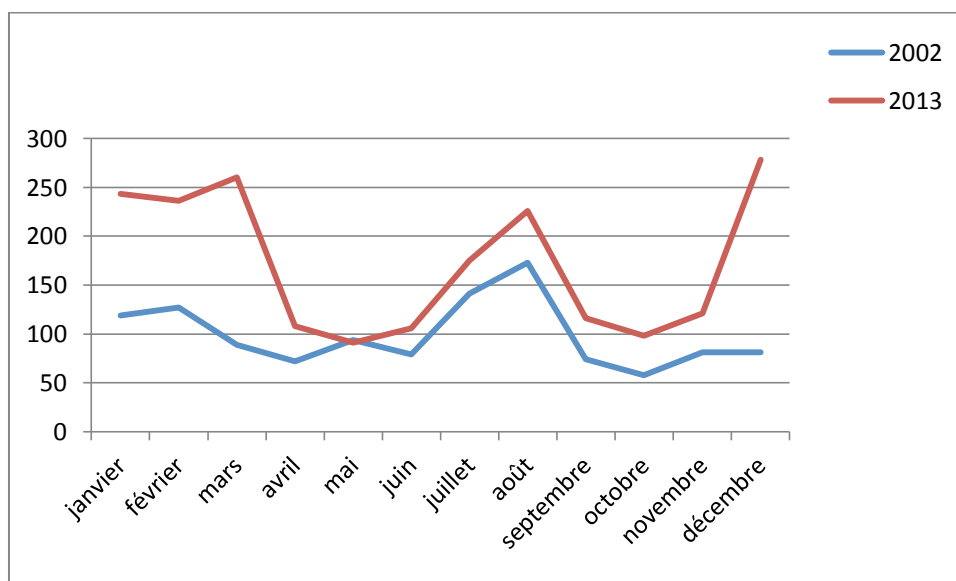
### 3.3. Etude comparative 2002/2013

#### a- L'activité de régulation :

L'activité de régulation est plus importante en 2013 qu'en 2002. Comme le montre le graphique 14, il y a un parallélisme global des tendances entre les deux années d'étude hormis les mois de mai, de décembre et de janvier à mars.

Les patients appellent plus le 15 en 2013 qu'en 2002 (2058 fiches en 2013 contre 1200 en 2002). Cela est probablement dû au changement des attitudes des usagers qui appellent moins souvent directement leurs médecins traitants. La grève de PDSA de novembre 2001 à mai 2002 n'a pas eu pour conséquence une plus grande sollicitation du CAU 112.

**Graphique 14** : CAU 112. Nombre de fiches par mois en 2002 et 2013.

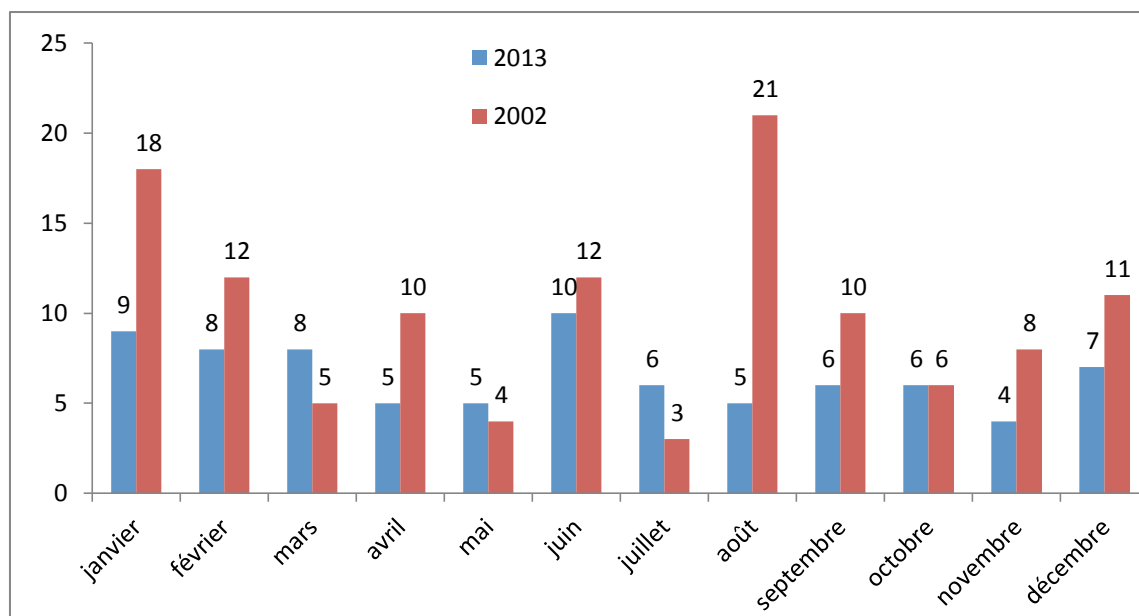


#### b- Les sorties SMUR :

Nous constatons que le nombre de sorties SMUR vers le secteur des Vallées d'Ax a baissé de 34,17% en 2013 par rapport à 2002 (79 contre 120). Les mois de janvier et d'août sont ceux où le nombre de sorties a le plus diminué (respectivement 50% et 76%). (Cf. Graphique 15).

En résumé, le SMUR a diminué ses interventions dans les Vallées d'Ax de plus d'un tiers de 2002 à 2013.

**Graphique 15** : Comparatif du nombre de sorties SMUR par mois entre 2002 et 2013.



**c- La PDSA :**

Le nombre total d’actes de PDSA, a été moins important en 2002 qu’en 2013 (485 contre 517). Rappelons que ces deux chiffres concernent seulement la population résidente et couverte par les trois régimes d’assurance maladie dominants. Aussi, il convient de rappeler que sur les 9 médecins assurant la PDSA en 2002, il ne reste que 4 en 2013.

Ainsi, si on compare le nombre d’actes par médecin participant aux gardes, on se rend compte que les praticiens ont vu plus de patients en 2013 qu’en 2002 (respectivement 129,25 et 53,88 patients/effecteur/année). (Cf. Tableau 8)

**Tableau 8** : Comparatif de l’activité de PDSA entre les années 2002 et 2013 dans les Vallées d’Ax.

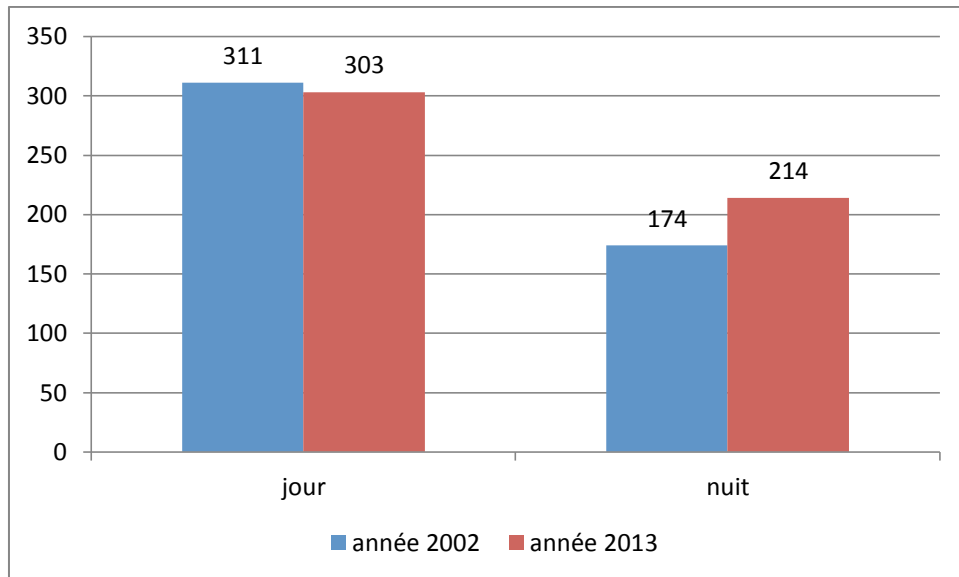
	Nombre de médecins	Nombre d’actes sur l’année	Nombre moyen d’actes par médecin/an	Actes de nuit par médecin/an
2002	9	485	53,88	19,33
2013	4	517	129,25	53,50

Nombre d’actes : 2002 : Données de la CPAM, 2013 : Données de l’ARS.

Sur la période de jour, les années 2002 et 2013 sont équivalentes (+8 actes en 2002). En revanche, les majorations de nuit ont été plus nombreuses en 2013(+40 actes). (Cf. Graphique 16 et Tableau 8).



**Graphique 16** : comparatif des actes de PDSA de jour et de nuit 2002/2013.



### **3.4. SYNTHÈSE DES RESULTATS :**

De 2002 à 2013 plusieurs changements ont eu lieu. Ils vont dans le sens des prévisions du conseil national de l'ordre des médecins.<sup>2</sup> La régulation a été renforcée ce qui a eu pour conséquences :

- Une diminution des interventions nette au profit des sorties du SMUR (-34,17%),
- Les effecteurs de PDSA ont vu s'élever leur charge de travail de 6,60%. Cela est imputé aux sollicitations de nuit,
- Une baisse de 2,57% du nombre de consultations et de visites en PDSA le jour.
- Du fait d'un tour de garde plus rapproché qu'en 2002, le médecin d'astreinte dans les Vallées d'Ax a vu plus du double (nombre multiplié par 2,40) de patients en 2013. De plus, il est sorti plus souvent en période de nuit.

#### **3.4.1. Estimation du volume réel de la PDSA**

##### **a- Au vu de l'ARS et du CAU15 :**

Comme on a pu le constater, il y a des différences nettes entre les chiffres de la régulation et ceux de l'ARS. Ainsi, en 2013, le centre 15 a orienté 657 appelants vers la médecine ambulatoire alors que l'ARS n'a répertorié que 517 majorations de garde dont seulement 282 étaient régulées. La différence est due :

- 1- aux patients ne dépendant pas de la CPAM, du RSI et de la MSA départementaux: résidents du bassin de santé sous régimes spéciaux et population de passage tous régimes d'assurance confondus,
- 2- Aux consultations et visites non régulées,

Les tarifications « hors garde » de certains médecins effecteurs donnent lieu à des remboursements conventionnels. Elles n'ont donc pas été comptabilisées.

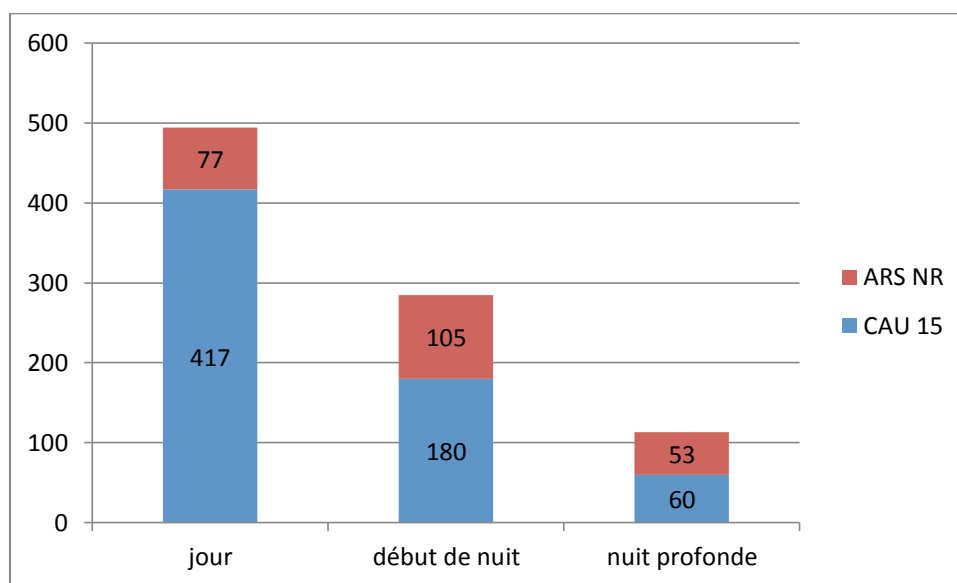
Nous pouvons aussi soustraire les actes non effectués après régulation. Cela peut être dû soit à une contre-régulation des médecins de terrain (simple conseil ou report de consultation/visite ou orientation téléphonique vers le CHIVA), soit du fait d'annulations par les appelants (disparition de l'état d'urgence ressenti ou orientation de leur propre chef vers une autre prise

en charge comme le CHIVA). Parfois le médecin n'émet pas de feuille de soins, cela sous-estime aussi la PDSA aux yeux de la CPAM et donc de l'ARS.

Les actes non effectués dans le bassin de santé étudié ne sont pas non plus repérables pour l'ARS.

En l'absence de données plus fiables (Les RIAP des médecins), on peut considérer les chiffres du CAU 15 comme les plus représentatifs du nombre d'actes régulés. Si on y ajoute les 235 majorations sans régulation, on obtient 892 sollicitations en PDSA pour 2013. Ce chiffre est à majorer du nombre d'utilisateurs non-résidents ou couverts par les régimes spéciaux. (Cf. Graphique 17 et Tableau 9)

**Graphique 17** : Compilation des données de l'ARS et du Centre 15 pour la PDSA en 2013.



ARS NR : Majorations en rapport avec les actes de PDSA Non Régulés.

Ainsi, l'évolution du volume de PDSA de 2002 à 2013 est revue à la hausse. Elle a augmenté de 42%. Ceci en tenant compte des chiffres extrapolés à toute la population des Vallées d'Ax en 2002 (628 au lieu de 485 majorations de garde).

En conclusion, plus de 892 consultations ou visites de garde ont eu lieu en 2013, ce qui porte le ratio pour chacun des 4 médecins à au moins 223 actes par an contre 89 en 2002 (chiffre de référence pour 2002 : 628 actes). Cela représente une progression de 150%.

## **b- Chiffres des médecins effecteurs versus chiffres corrigés de l'ARS et du CAU15 :**

La comparaison n'a été possible que sur le mois d'octobre 2013. Rappelons qu'un des médecins n'a pas renseigné son activité pour cette période.

Les médecins interrogés ont vu au moins 27 patients dont 26 étaient selon eux adressés par la régulation.

Le CAU 15 a lui adressé 38 patients vers les médecins généralistes.

L'ARS a comptabilisé 23 remboursements en rapport avec des actes régulés.

**Tableau 9** : Comparaison des données des différents acteurs de la PDSA pour Octobre 2013.

	MG	CAU 15	ARS	Chiffre corrigé
Régulé	26	38	23	-
Non régulé	1	-	14	-
Total	27	38	37	52

Il ressort de cette comparaison que :

- 1- Au moins 3 patients vus par les médecins appartenaient à la population « de passage » (26 moins 23),
- 2- L'ARS a surévalué le nombre d'actes « Non régulés » (14) ou les médecins les ont effectués mais ne les ont pas déclarés (seulement 1 sur le mois),
- 3- Dans les limites des données recueillies, les médecins n'ont pas facturé plus d'actes régulés que le centre 15 ne leur a adressé de patients.

Les médecins ont tous déclaré appliquer la NGAP/CCAM pendant leurs gardes. Ils ont par ailleurs avoué ne pas toujours dresser de feuille de soins (situations d'urgence, patients habituels, CMU) ou facturer des actes « non de garde ». Cela sous-estime aussi les chiffres qu'ils ont fournis.

### **3.4.2. Effets du renforcement de la régulation du centre 15:**

De 2002 à 2013, le nombre d'appels a été multiplié par un facteur 1,72 (1200 contre 2058). Les prises en charge en PDSA ont suivi la même évolution (multipliées par un facteur 1,42 en considérant les chiffres corrigés en 2013 (892) et ceux extrapolés en 2002 soit 628). Quant au nombre de sorties SMUR, il a baissé d'un tiers.

Sur les 892 interventions des médecins libéraux en 2013, seulement 64,23 % avaient fait l'objet d'une régulation préalable par le centre 15.

### **3.4.3. Pérennité de la PDSA de nuit :**

Pour avoir le vrai nombre d'interventions de nuit en PDSA nous avons additionné les appels orientés par le Centre 15 en médecine libérale et le nombre d'interventions recensées par l'ARS au titre des majorations non régulées. On obtient le chiffre de 398. (Cf. Graphique 17 et Tableau 10)

#### **a- Nuit Profonde :**

**Au vu des données de l'ARS**, en moyenne, les médecins des Vallées d'Ax ont été sollicités 14 fois chacun entre minuit et 6h. Seulement 3 des 56 interventions étaient régulés par le SAMU-Centre15.

**Au vu du Centre 15**, chacun des 4 médecins a été sollicité 15 fois en période de nuit profonde en 2013.

**Au vu des données corrigées**, la moyenne est passée à 28,25 (113 interventions).

Cela montre que pour les urgences de nuit profonde, la population des Vallées d'Ax continue à appeler directement son médecin traitant.

**Au vu des médecins interrogés**, l'éloignement du centre hospitalier de proximité rend les interventions après minuit inévitables. Bien qu'elles soient peu nombreuses, le danger que cela peut représenter pour la population doit faire réfléchir à la mise en place d'une première ligne de prise en charge des urgences vitales. Le MCS a sa place dans un secteur comme les Vallées d'Ax qui répond à la définition donnée par le Ministère de la Santé.<sup>28</sup>

#### **b- Début de nuit :**

De 20h à minuit et de 6h à 8h, les médecins des Vallées d'Ax ont vu chacun en moyenne selon l'ARS, 39,50 patients en 2013. Parmi eux, 26,25 ne sont pas adressés par la régulation.

Le Centre 15 les a sollicités 45 fois chacun

Le cumul des actes régulés et non régulés a été de 71,25 par médecin.

**Tableau 10** : Nombre d'actes par médecin de garde en période de nuit en 2013.

	Nombre total d'actes				Moyenne par médecin en 2013		
	ARS		CAU15	Cumul	ARS	CAU15	Corrigée
	R	NR					
<b>Début de nuit</b>	53	105	180	285	39,50	45	<b>71,25</b>
<b>Nuit Profonde</b>	3	53	60	113	14	15	<b>28,25</b>
<b>Toute la Nuit</b>	56	158	240	398	63,50	60	<b>99,50</b>

Le Cumul égale la somme des patients régulés par le CAU 15 et des majorations en « NR ».

Pour les médecins interrogés, il n'y a aucune opposition au maintien de cette partie de la PDSA.

## 4. DISCUSSION

### 4.1. LIMITES DE L'ETUDE

#### 4.1.1. Qualité des données :

Les informations délivrées par le centre de régulation des appels urgents peuvent être considérées comme exhaustives. Elles le sont pour ce qui est de la classification des appels et le nombre d'interventions du SMUR. Elles ne sont toutefois pas le reflet de l'activité réelle du médecin de garde en soins de proximité qui semble être sollicité directement par les usagers.

Les données de la CPAM 09 en 2002 sont aussi fiables. Elles étaient basées sur les RIAP. Une extrapolation a tout de même été faite pour généraliser à toute la population.

L'outil de recueil de données de l'ARS introduit plusieurs biais. Il ne peut savoir si un acte donné a été effectué dans ou en dehors du lieu de résidence du patient. Les consultations ou visites au bénéfice de personnes non résidentes ne lui sont pas repérables. De même pour celles des patients dépendant des régimes spéciaux d'assurance maladie.

#### 4.1.2. Le recueil de données :

Il semble difficile, comme on a pu le constater au travers des informations fournies par les différents acteurs de la PDSA dans les Vallées d'Ax :

- La CPAM a eu des difficultés d'anonymisation des relevés SNIR. Il s'agit pourtant de l'information la plus proche de la réalité de l'activité des professionnels de santé. Elle n'a donc pas pu nous les communiquer. Notre étude a souffert de ce manque.
- L'ARS n'a pas la capacité nécessaire pour quantifier l'activité réelle des médecins. En effet elle ne dispose que des remboursements de la CPAM, de la MSA et du RSI. De plus, comme on l'a expliqué, ils ne concernent que la population autochtone. La population de passage n'est pas négligeable au vu de l'observatoire du tourisme des Vallées d'Ax. La

patientèle thermale réputée fragile et les activités accidentogènes de montagne peuvent potentiellement donner lieu à des soins, y compris urgents.

- Les médecins interrogés n'ont pas tous gardé une trace de leur activité de garde. Le manque d'informatisation des dossiers patients en est en partie responsable. On a aussi noté que les données qu'ils ont fournies ne sont pas corroborées par l'ARS.

La durée de recueil des données auprès des 4 médecins n'est pas suffisamment longue pour avoir un aperçu du volume et de la nature de leur activité de garde.

- Le Centre de régulation n'a pas le monopole des appels urgents. Les actes non régulés relevés par l'ARS sont le reflet d'un shunt du système par de nombreux usagers.

#### **4.2. INTERETS DE CE TRAVAIL**

La conjoncture économique pousse les autorités à ajuster le financement du secteur de la santé. Notre enquête a montré qu'en 11 ans, la part de la PDSA a nettement augmenté dans le secteur étudié à l'image de toute la France.<sup>30</sup> L'implication gouvernementale dans l'amélioration des soins dans les zones rurales, en l'occurrence la permanence des soins, doit trouver toute sa place dans les Vallées d'Ax. Ce territoire montagneux, vaste, à fort attrait touristique est loin de son hôpital de rattachement. Pour y assurer les soins les plus urgents, des financements adaptés aux besoins réels doivent être mis en place.

L'attractivité de ce bassin de santé pour de nouveaux médecins ne peut que diminuer. Comme l'a pointé le CNOM dans son rapport sur la PDSA en 2013,<sup>2</sup> la politique de réduction des territoires de PDS et la suppression des effectives en nuit profonde vont orienter de plus en plus de jeunes médecins vers les zones les moins chargées de gardes.

On a pu démontrer par cette étude que la charge de travail des médecins des Vallées d'Ax a augmenté. Cela résulte de la désertification médicale de leur secteur qui contraste avec une sollicitation plus élevée en période d'astreinte. Ces mêmes médecins sont majoritairement favorables au maintien de la PDSA y compris en nuit profonde. Cela va dans le sens de l'étude menée par le CNOM.<sup>2</sup>



### 4.3. PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

Du fait d'un temps d'intervention du SAMU supérieur à 30 minutes, la création d'une prise en charge primaire de l'AMU (MCS) dans le bassin de santé des Vallées d'Ax pourrait rendre des services précieux dans bien des situations d'urgence. Des médecins formés à cet effet exercent sur place.

En 2014 un nouveau médecin s'est installé dans le secteur étudié. Il est diplômé en médecine d'urgence, ce qui porte le nombre de médecins susceptibles d'assurer une astreinte de Médecin Correspondant du SAMU à trois. Cela allègera le médecin effecteur de la PDSA de certaines urgences vitales.

Pour un jeune médecin qui souhaiterait s'installer dans les Vallées d'Ax, il est rassurant de savoir qu'un confrère compétent est affecté aux cas les plus graves.

La mise en place fin 2014 d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ne suffira pas pour attirer de nouveaux médecins. La perspective de travail en groupe est certes attractive<sup>32</sup> mais l'organisation de la PDSA au sein d'une MSP ne sera pas différente de l'actuel dispositif en place.

Le recueil de données est perfectible afin de mieux évaluer les besoins des Vallées d'Ax. La mise en place courant 2014 du numéro d'appel 3966 devrait aider à mieux différencier l'AMU de la PDSA dans la région Midi-Pyrénées.<sup>31</sup>

Pour ce qui est de l'ARS, sa base de données devrait être celle des RIAP des professionnels de santé, notamment pour la PDSA.

## 5. CONCLUSION

La communauté de communes des Vallées d'Ax est une région touristique attractive. En revanche, sa densité médicale a baissé en 11 ans. Elle est inférieure à la moyenne départementale. L'afflux de vacanciers et de curistes accentue ce manque relatif de médecins.

La Permanence des Soins Ambulatoires y est assurée par seulement 4 médecins omnipraticiens en 2013. Ils assument la tranche horaire de minuit à 6 heures et comptent majoritairement continuer sur ce mode malgré la lourdeur de la tâche. En effet, de 2002 à 2013 leur effectif a baissé et leur charge globale de travail durant les gardes a augmenté. Cette hausse d'activité est plus notable en période de nuit.

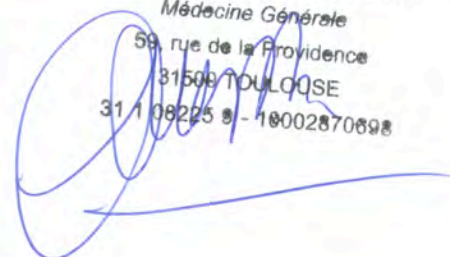
L'éloignement du centre hospitalier de rattachement du bassin de santé rend indispensable le maintien de l'astreinte de soins urgents de premiers recours en nuit profonde.

Un temps de parcours du SMUR supérieur à 30 minutes peut contribuer à la perte de chances de patients en détresse vitale. Un médecin correspondant du SAMU pourrait dans certaines situations parer à cet éloignement du SMUR.

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
J.P. VINEL



le 6/3/2014  
Professeur Stéphane OUSTRIC  
Médecine Générale  
59, rue de la Providence  
31500 TOULOUSE  
31 1 08225 8 - 18002870898



## 6. LISTE DES ABREVIATIONS

AMU : Aide médicale Urgente

ARS : Agence Régionale de Santé

CAU : Centre d'Appel d'Urgence

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CHIVA : Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

MCS : Médecin Correspondant du SAMU

NGAP : Nomenclature Générale des Actes des Praticiens

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoire

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

SNIR : Système National Inter-régimes des professions de santé

## 7. BIBLIOGRAPHIE

- 1- Sénat, Journal Officiel *Question écrite n° 03459 de M. André Vallini (Isère - SOC) : Conditions de travail des médecins en zone rurale* [En Ligne]. Publié le 06/12/2012. p2789. Consulté le 05/05/2014. URL : <http://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ121203459.html>
- 2- ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur *L'ETAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE, AU 31 DECEMBRE 2013* [En Ligne]. Janvier 2014. Consulté le 12/05/2014. URL : [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds\\_cncom2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds_cncom2014.pdf)
- 3- ARS Midi-Pyrénées. *Arrêté fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires en Midi-Pyrénées* [En Ligne]. Publié le 26/10/2012. Consulté le 23/01/2014. URL : [http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0\\_INTERNET\\_ARS\\_MIP/ACTEURS\\_EN\\_SANTE/PROFESSIONNELS/PDSA/ARRETE\\_ARS-PDSA-2012-16\\_et\\_CC\\_PDSA\\_20121026.pdf](http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/ACTEURS_EN_SANTE/PROFESSIONNELS/PDSA/ARRETE_ARS-PDSA-2012-16_et_CC_PDSA_20121026.pdf)
- 4- SEGOUIN C, BRÉCHAT P-H, DAVID S *et al. Sélection des étudiants en médecine: une procédure influencée par la liberté d'accès aux études et l'égalité des chances*. La Presse Médicale [En ligne], Octobre 2007, n°10, Tome 36, cahier 1, p 1371-1377. Consulté le 20 juin 2014. DOI: 10.1016/j.lpm.2007.02.021. Disponible sur: [www.masson.fr/revues/pm](http://www.masson.fr/revues/pm)
- 5- Ministère de la santé. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins* [En Ligne]. 22/01/2003. Consulté le 05/02/2014. URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_descours.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf)
- 6- Article R. 6315-4 du Code de la Santé Publique.

- 7- RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES. *Sécurité Sociale 2013. Chapitre XII : La Permanence des Soins* [En Ligne]. Septembre 2013. p337.Consulté le 20/06/2014. URL : [http://www.ccomptes.fr/content/download/60184/1493582/file/rapport\\_securite\\_sociale\\_2013\\_permanence\\_des\\_soins.pdf](http://www.ccomptes.fr/content/download/60184/1493582/file/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf)
- 8- Ministère de la Santé. CIRCULAIRE N° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS)
- 9- Loi N° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. URL : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=9B629D55330DF25759A47908C404D47B.tpdjo11v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000512206&dateTexte=20140908](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=9B629D55330DF25759A47908C404D47B.tpdjo11v_3?cidTexte=JORFTEXT000000512206&dateTexte=20140908)
- 10- Blémont P, Favier C. Permanence des soins et système des urgences en France. Paris : Berger-Levrault, Avril 2012. 346p
- 11- DREES. IRDES. *Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine, études et résultats* [En Ligne]. juin 2011. n° 764. Consulté le 25/07/2014. URL: <http://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/er764.pdf>
- 12- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- 13- POIROT-MAZERES I. Territorialisation et accessibilité des soins In *La territorialisation des politiques de santé : Actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011 par le centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'Etat de l'université Montesquieu-Bordeaux IV*. 2012. Les études hospitalières. P.129-152.
- 14- CIRCULAIRE N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération.

- 15- RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES. *Sécurité Sociale 2013. Chapitre XII: La Permanence des Soins* [En Ligne]. Septembre 2013. p342. Consulté le 25/07/2014. URL: [http://www.ccomptes.fr/content/download/60184/1493582/file/rapport\\_securite\\_sociale\\_2013\\_permanence\\_des\\_soins.pdf](http://www.ccomptes.fr/content/download/60184/1493582/file/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf)
- 16- ORDRE DES MEDECINS. Conseil Départemental de l'Ariège.
- 17- CAUSSANEL-QUINTANA A. *La Permanence des Soins dans des vallées ariégeoises d'accès difficile. A propos d'une étude de l'activité médicale dans les cantons d'Ax-Les-Thermes et Les Cabannes en 2002 et 2004.* Thèse de doctorat de Médecine Générale. Université Paul Sabatier- Toulouse III Faculté de médecine. 2005. 101p.
- 18- ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE. *LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN RÉGION MIDI- PYRÉNÉES, Situation en 2013* [En Ligne]. Les Atlas Régionaux de la démographie médicale en France. 3<sup>ème</sup> édition, p10-13. Consulté le 10/04/2014. URL : [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi\\_pyrenees\\_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi_pyrenees_2013.pdf)
- 19- INSEE. *Recensement de la population, Arrondissements - cantons - communes 09 Ariège. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2014* [En Ligne]. date de référence statistique : 1er janvier 2011. Consulté le 20/07/2014. URL : <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2013/pdf/dep09.pdf>
- 20- ARS Midi-Pyrénées. Projet Régional de santé. Diagnostic 2011. D'après les données de l'Institut National de l'Information Géographique et Forestière.
- 21- Conseil Régional Midi-Pyrénées Service des Formations Sanitaires et Sociales Région Midi-Pyrénées. *Diagnostic territorial de l'Ariège Domaine du Sanitaire et du Social (septembre 2009)* [En Ligne]. Consulté le 10/08/2014. Disponible sur : [http://www.cariforef-mp.asso.fr/files/orefm/Diagnostics-territoriaux-sanitaire/Diagnostic\\_Sanitaire\\_et\\_Social\\_Ariege.pdf](http://www.cariforef-mp.asso.fr/files/orefm/Diagnostics-territoriaux-sanitaire/Diagnostic_Sanitaire_et_Social_Ariege.pdf)

- 22- Office de tourisme des Vallées d'Ax. Bilan 2013 : Données de l'Office de Tourisme des Vallées d'Ax et du Tableau de bord économique COMETE. Disponible sur : <http://blog-vallees-ax.com/wp-content/uploads/2014/04/Bilan-touristique-2013.pdf>
- 23- Tableau de bord économique Comète. Réseau pyrénéen. Vallées d'Ax.
- 24- DUCASSE J-L, MARDEGAN P, RICARD-HIBON A et al. Groupe Interface Samu de France (commission évaluation-audit) et Société Française de Médecine d'Urgence (Commission évaluation-qualité). Activité des Samu-Centre 15, Définitions et standardisation des données. Version finale du 24/03/2009. Disponible sur : [http://www.sfmou.org/documents/File/referentielsSFMU/donnees\\_regulationV1\\_apl-drv1.pdf](http://www.sfmou.org/documents/File/referentielsSFMU/donnees_regulationV1_apl-drv1.pdf)
- 25- Site internet de l'Union Nationale des Régimes Spéciaux. Consulté le 20/06/2014. Disponible sur : <https://www.unrs.fr>
- 26- Ministère de l'Education Nationale, De l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. *Communiqué de presse de Vincent PEILLON et de George PAU-LANGUEVIN du 23/11/2012. Calendrier de l'année scolaire 2013-2014*[En ligne]. Consulté le 10/06/2014. Disponible sur : [www.education.gouv.fr](http://www.education.gouv.fr)
- 27- L'Assurance Maladie. *CCAM en ligne, Tarification détaillée* [En Ligne]. (Consulté le 11/06/2014). Disponible sur : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- 28- Ministère chargé de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins. *Médecins correspondants du SAMU : guide de déploiement (Juillet 2013)* [En ligne]. p7. Consulté le 10/01/2013. Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_MCS\\_31-07-13.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf)
- 29- Art. R. 6123-28. du Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

- 30- RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES. *Sécurité Sociale 2013. Chapitre XII : La Permanence des Soins* [En Ligne]. Septembre 2013. p346. Consulté le 10/09/2014. URL: [http://www.ccomptes.fr/content/download/60184/1493582/file/rapport\\_securite\\_sociale\\_2013\\_permanence\\_des\\_soins.pdf](http://www.ccomptes.fr/content/download/60184/1493582/file/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf)
- 31- ARS Midi-Pyrénées. (28 mai 2014) *Dossier de presse. Mise en service du 3966 le lundi 2 juin 2014 à 20h : Un nouveau numéro pour contacter un médecin de garde la nuit, le weekend et les jours fériés partout en Midi-Pyrénées* [En Ligne]. Consulté le 27/07/2014. Disponible sur : [http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0\\_INTERNET\\_ARS\\_MIP/ACTU/3966/DP\\_ARS\\_3966ALLO\\_DOCTEUR\\_28052014.pdf](http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/ACTU/3966/DP_ARS_3966ALLO_DOCTEUR_28052014.pdf)
- 32- TEXIER, H. *Etude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des Internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine* [En Ligne]. Thèse de doctorat de Médecine Générale. Université Bordeaux 2. 2013. p105. Consultée le 15/09/2014. URL : [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/95/46/06/PDF/Med\\_generale\\_2013\\_Texier.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/95/46/06/PDF/Med_generale_2013_Texier.pdf)



## **7. ANNEXES**

## **Annexe 1 : CNOM. Rapport sur la PDS en 2013.**

Paris le 5 février 2014

### **COMMUNIQUE**

#### **Rapport annuel de la permanence des soins**

**Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a publié la 11ème édition de son rapport annuel sur la permanence des soins (PDS) en médecine générale. Il démontre une nouvelle fois que les médecins ont globalement assumé leurs responsabilités malgré une tendance à l'érosion du volontariat dans un contexte où se confirme la diminution du nombre de territoires en PDS.**

#### **Une diminution du nombre de territoires en PDS**

Les résultats du rapport annuel sur la permanence des soins permettent en premier lieu d'observer une volonté des ARS d'aller de façon plus ou moins concertée avec les Conseils départementaux vers une poursuite de la diminution du nombre de territoires de PDS et un allègement du dispositif en nuit profonde :

- Seuls 1764 territoires de PDS persistent fin 2013, contre 1910 fin 2012,
- L'effectif a entièrement disparu au-delà de minuit dans 22 départements et, sur la France entière, elle s'y arrête dans 61% des territoires (contre 55% en 2012). La prise en charge des patients est alors assurée par les praticiens des Urgences et les médecins des centres de régulation.

#### **Une érosion du volontariat**

Seuls 2/3 des départements rapportent un taux de volontaires supérieur à 60% (contre près de 75% fin 2012). De plus, sur près d'un tiers des territoires, il y a moins de 10 volontaires pour assurer la PDS.

Cette désaffection s'explique principalement par la démographie de la profession en baisse, par une pyramide des âges inversée, mais aussi par la création de territoires d'effectif trop vastes et une reconnaissance encore insuffisante de cette mission de service public. D'autres raisons peuvent aussi être invoquées, comme les risques encourus, le défaut de couverture assurancielle et les difficultés pour d'autres praticiens (retraités, salariés) à y participer.

Ce phénomène ne s'inverse pas malgré l'instauration de nouvelles formes d'organisation par des systèmes plus «intégrés» autour de Maisons Médicales de Garde, de transports agréés et d'effecteurs mobiles. Le but de ces nouvelles organisations vise pourtant à maintenir un volontariat suffisant. Par ailleurs la multiplication du nombre de patients en EHPAD, sur des

territoires où l'offre de soins en visite tend à se réduire, devra conduire à la mise en place de solutions originales ou inspirées de ce qui se fait chez nos voisins.

### **Des missions hors du champ de la PDS**

Parmi les problèmes les plus lourds à gérer pour les médecins de la PDS on retrouve l'établissement des certificats de décès et l'examen médical des personnes en garde à vue. Or ces deux missions sont officiellement hors du champ de la PDS. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins demande donc que ces actes médico-administratifs soient assurés par des dispositions à implémenter localement, et qui ne reposeraient pas sur le médecin de la PDS.

### **Les recommandations du CNOM**

Face à l'érosion du volontariat, des réflexions sur la possibilité de soutenir l'implication des médecins volontaires pour la PDS doivent être initiées, que ce soit autour de la professionnalisation de l'effectif, du développement de la télémédecine ou encore du renforcement de coopérations interprofessionnelles.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle à cet effet aux pouvoirs publics que :

- Si la PDS leur semble toujours être une mission essentielle, elle doit bénéficier de budgets adaptés aux objectifs affichés et arrêtés, et non basés sur une logique comptable. Il faut par ailleurs veiller à une complémentarité entre les différentes structures existantes au service des patients.
- Pour une meilleure efficacité, ce dispositif doit être global (depuis la régulation jusqu'à la délivrance des prescriptions, en passant par une effectif de terrain adaptée aux besoins et la mise en place des solutions de transport nécessaires) visible et compréhensible par tous les usagers. Cela nécessite la concrétisation de leurs engagements et la mise en place de larges campagnes d'information vers le grand public assurant la lisibilité du bon usage de la PDS.

*La PDS a pour objectif de répondre aux demandes de soins non programmés de la population toutes les nuits, ainsi que les week-end et jours fériés. Son action s'inscrit en parallèle de l'aide médicale urgente (AMU) qui prend en charge les détresses vitales et repose sur les services d'accueil des Urgences (SAU) et les équipes mobiles d'intervention. Son organisation est régionalisée depuis 2010 et placée sous la responsabilité des Directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) qui, entre 2012 et 2013, ont chacun publié un cahier des charges régional opposable.*

Presse : Evelyne Acchiardi - 01 53 89 32 80

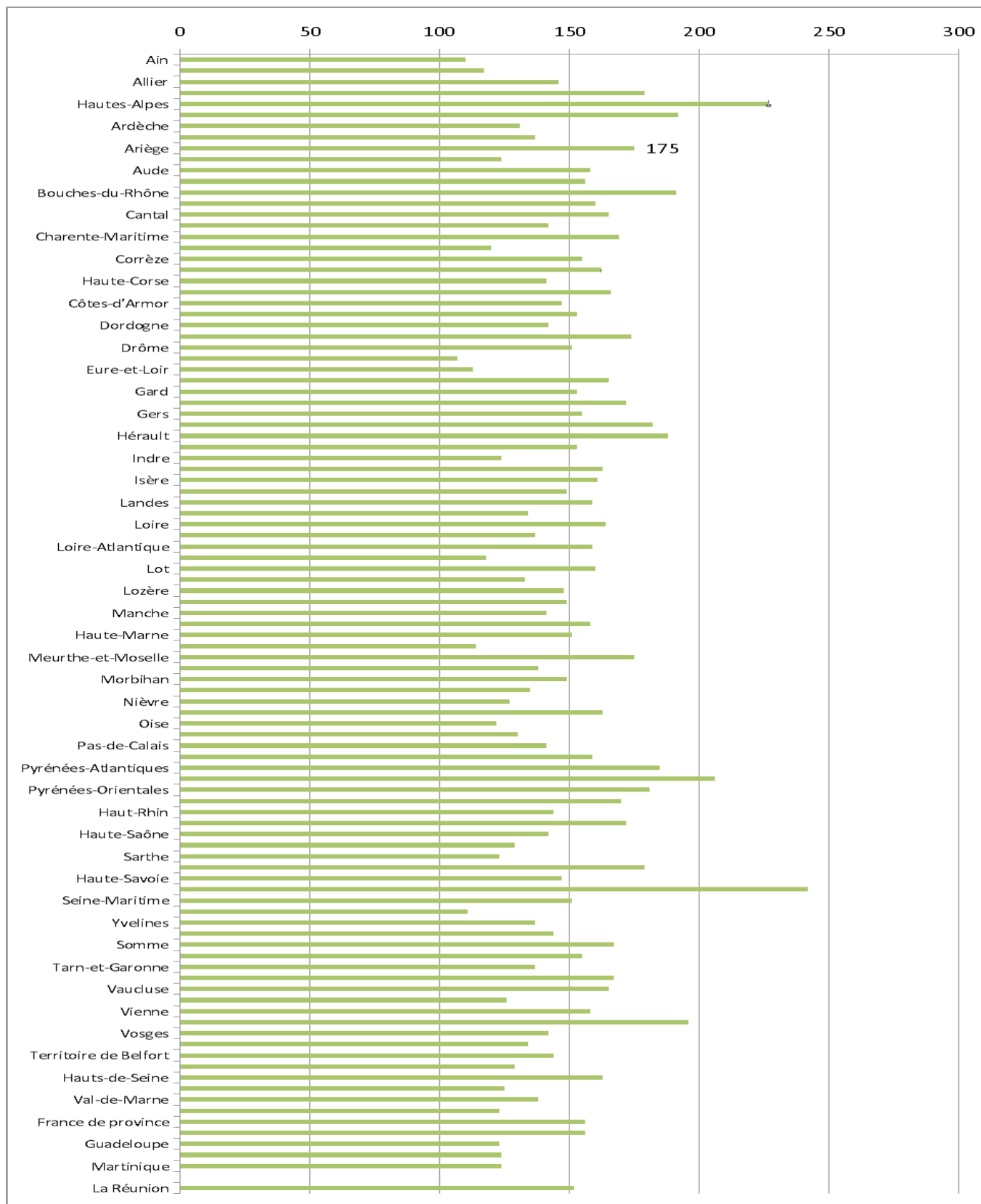
**Ce communiqué ainsi que l'intégralité de l'enquête sont disponibles sur notre site : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)**

## **Annexe 2** : correspondance des initiales des médecins du tableau 1 et leurs lieux

d'exercices :

<b>Initiales</b>	<b>Nom et Prénom</b>	<b>Adresse professionnelle</b>
DR B. R.	DR BALISTA ROBERT	28, rue François Mansart. 09110 Ax-Les-Thermes
DR B-P. C.	DR BERTRAND-PEYRONNE CLAIRE	2, place Saint Jérôme. 09110 Ax-Les-Thermes
DR G. H-A.	DR GAY HERVE-ANTOINE	3, rue Gaspard Astrié. 09110 Ax-Les-Thermes
DR G. P.	DR GRANDCLAUDE PATRICK	7, rue Gaspard Astrié. 09110 Ax-Les-Thermes
DR L. J-P.	DR LANGLADE JEAN-PAUL	Parc du Santoulis. 09250 Luzenac
DR L. D.	DR LE MEITOUR DOMINIQUE	Rue Principale. 09310 Les Cabannes
DR M. M.	DR MARQUES MICHEL	Résidence Le Bristol. 1, rue du Moulinas. 09110 Ax-Les-Thermes

**Annexe 3** : Nombre de médecins par 100000 habitants par département en 2013. Source : INSEE.



Le nombre de médecins pour 100 000 habitants est calculé par rapport aux estimations de population au 01/01/2013. Sources : - Drees ; Adeli, Finess , - Insee ; Estimations de population.

## Annexe 4

### Arrêté fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires en Midi-Pyrénées. ARS/PDSA/n° 2012

#### ORGANISATION ET A LA GESTION DES TABLEAUX DE GARDE

#### Département de l'Ariège

Les médecins inscrits au tableau de l'ordre et participant au dispositif d'effecton défini par le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire sur le territoire départemental contribuent à l'organisation de tours de garde selon les spécificités de fonctionnement décrites dans les tableaux suivants.

Un tour de garde est organisé en lien avec le département de l'Aude (zone de Quérigut).

Leur implantation géographique est schématisée sur la carte ci-après.

Les médecins participants et le CDOM contribuent à la gestion des tableaux d'astreinte selon ces spécifications et dans le respect des principes énoncés dans le cahier des charges régional.

#### Spécificités des tours de garde non saisonniers

Localisation des points de consultation	Caractéristiques	Nombre maximal d'astreintes par période			
		Diurnes	Nuit 20h-0h	Nuit 0h-8h Semaine	Nuit 0h-8h D&JF
<b>Saint-Girons</b> ou à proximité (communes du bassin de St-Girons et de La-Bastide-de-Sérou)	Tour(s) de garde de type effecton mixte (EM) Implantation : cabinets libéraux - MMG de St-Girons La prise en charge des visites inévitables est assurée, sur l'ensemble des périodes d'astreinte, par les médecins participants selon une couverture géographique convenue entre eux.	3	3	0	3
<b>Pamiers</b> ou à proximité (communes du bassin de Pamiers, du Mas-d'Azil et de Daumazan)	Tour(s) de garde de type effecton mixte (EM) Implantation : cabinets libéraux La prise en charge des visites inévitables est assurée : -sur les périodes diurnes ou de début de nuit (20h-0h), par les médecins participants selon une couverture géographique convenue entre eux, -en nuit profonde (0h-8h) les samedis, D&JF ou ponts, par le médecin d'astreinte pour les patients résidant à plus de 30 minutes du SAU le plus proche au sein du bassin de Pamiers ou du bassin de Lavelanet.	4	5	0	1
Bassin de <b>Lavelanet</b> (hors Quérigut*) <i>*Le canton de Quérigut relève d'une organisation inter-régionale (Aude).</i>	Tour(s) de garde de type effecton mixte (EM) Implantation : cabinets libéraux La prise en charge des visites inévitables est assurée sur l'ensemble des périodes d'astreinte par les médecins participants selon une couverture géographique convenue entre eux. Elle peut également être assurée sur certaines périodes et certaines zones par les médecins d'astreinte du bassin de Pamiers.	2	2	0	0
Bassin de <b>Foix</b>	Tour(s) de garde de type effecton mixte (EM) Implantation : cabinets libéraux	3	4	1	2

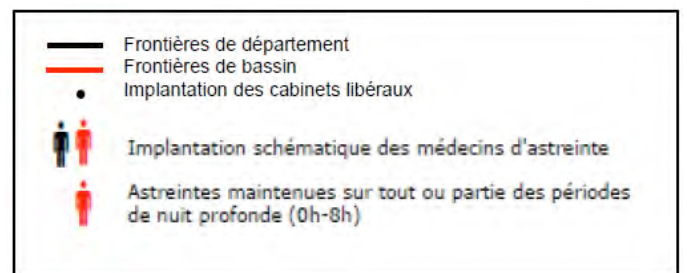
	<p>La prise en charge des visites inévitables est assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sur les périodes diurnes ou de début de nuit (20h-0h), par les médecins participants selon une couverture géographique convenue entre eux,</li> <li>- en nuit profonde (0h-8h) les jours de semaine, pour les zones situées à plus de 30 minutes du SAU à partir des communes d'Ax-les-Thermes, Luzenac, Les Cabannes.</li> <li>-en nuit profonde (0h-8h) les samedis, D&amp;JF ou ponts, pour les zones situées à plus de 30 minutes du SAU à partir des communes de Foix, Ax-les-Thermes, Luzenac, Les Cabannes.</li> </ul>				
Commune de <b>Quérigut</b>	<p>Tour de garde <b>interdépartemental</b> de type effecton mixte (EM)  Implantation : cabinets libéraux – commune de Quérigut ou d'Axat (Aude).  Un tableau unique fait état des astreintes assurées par les médecins des différents départements.</p>	1	1	1	1

## Implantation schématique des points de consultation :



## Nombre maximale d'astreintes par période

Zones	Diurnes	Nuit 20h-0h	Nuit 0h-8h Semaine	Nuit 0h-8h D&JF
<b>Saint-Girons</b>	3	3	0	3
<b>Pamiers</b>	4	5	0	1
<b>Lavelanet</b>	2	2	0	0
<b>Foix</b>	3	4	1	2
<b>Quérigut</b>	1	1	1	1



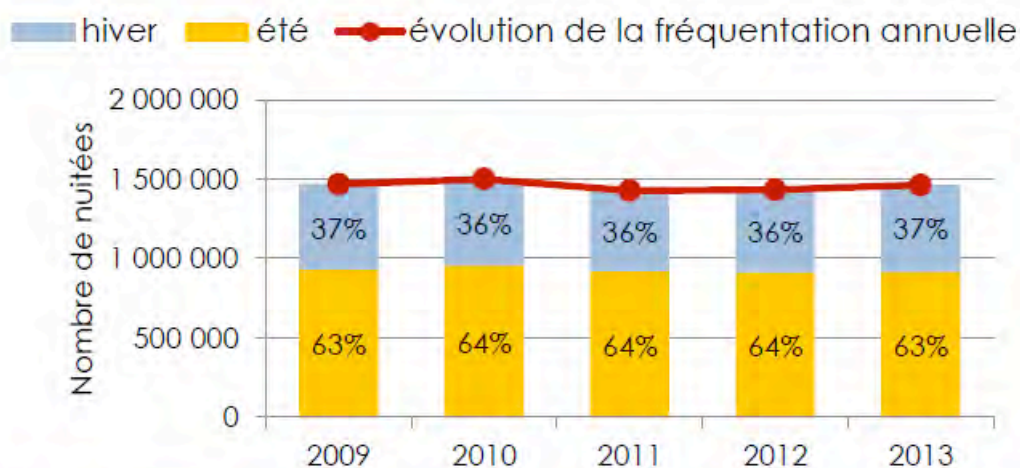


**Annexe 5** : Liste des communes des Vallées d'Ax. Source: INSEE.

Nom de commune	Code INSEE	Nom de commune	Code INSEE
Albiès	09004	Tignac	09311
Appy	09012	Unac	09318
Ascou	09023	Vaychis	09325
Aston	09024	Vèbre	09326
Aulos	09028	Verdun	09328
Axiat	09031	Vernaux	09330
Ax-les-Thermes	09032		
Bestiac	09053		
Bouan	09064		
Les Cabannes	09070		
Caussou	09087		
Caychax	09088		
Château-Verdun	09096		
Garanou	09131		
L'Hospitalet-près-l'Andorre	09139		
Ignaux	09140		
Larcac	09155		
Larnat	09156		
Lassur	09159		
Lordat	09171		
Luzenac	09176		
Mérens-les-Vals	09189		
Montaillou	09197		
Orgeix	09218		
Orlu	09220		
Pech	09226		
Perles-et-Castelet	09228		
Prades	09232		
Savignac-les-Ormeaux	09283		
Senconac	09287		
Sinsat	09296		
Sorgeat	09298		

**Annexe 6** : Nombre de nuitées dans les Vallées d’Ax de 2009 à 2013. Source : Tableau de Bord Economique du réseau Comète.\*

### VALLEES D'AX poids de l'été depuis 2009



Nuitées	2009	2010	2011	2012	2013
Hiver	538 700	542 600	507 100	519 400	544 500
Eté	930 000	958 400	921 200	913 200	918 700
Année	1 468 700	1 501 000	1 428 300	1 432 600	1 463 200

\* COMETE est une société de conseils qui intervient auprès d'une large clientèle des sphères publiques et privées dans le milieu du développement : collectivités locales, exploitants de services publics, décideurs et opérateurs, associations d'élus et socioprofessionnels.

## **Annexe 7:** Questionnaire adressé aux médecins participant à la PDSA en 2013 et 2014 dans les Vallées d'Ax. (Document au format Word)

**Kamal HAMMOUM**

**Interne en médecine générale**

**Université Paul Sabatié. Toulouse.**

Dans le cadre de ma thèse de Doctorat en médecine Générale, j'effectue une étude rétro- et prospective de l'activité des médecins participant à la permanence des soins ambulatoires dans les cantons d'Ax-Les-Thermes et Les Cabannes.

Vous êtes interrogé parce que vous participez à la Permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Vous voudrez bien renseigner le questionnaire qui suivra ainsi que les deux tableaux à partir de votre activité de garde durant les périodes du 30 septembre au 3 novembre 2013 et du 21 juin au 20 juillet 2014.

1- Vous êtes :

Un homme  Une femme

2- Êtes-vous :

Médecin pompier   
Titulaire d'un diplôme de médecine d'urgence

3- Êtes-vous équipé (e):

D'un Electrocardiographe   
D'oxygène   
De Drogues de réanimation   
De matériel de perfusion   
D'un véhicule à 4 roues motrices

4- Vous êtes volontaire pour la participation à la PDSA sur les tranches horaires suivantes (cochez la ou les cases correspondantes) :

8h-20h   
20h-00h et 6h-8h   
00h-6h

5- Comptez-vous participer à la PDSA dans les cinq prochaines années ?

Oui  Non

Si Non, pour quelle raison ?

Départ à la retraite   
Dérogation liée à l'âge ou à l'état de santé   
Pénibilité de la mission

6- Appliquez-vous systématiquement la nomenclature générale des actes des praticiens pour les actes de PDSA (cf. Tableau en annexe)?

Oui

Non

7- En 2013, avez-vous été sollicité(e) par le CAU 112 pour :

Une détresse vitale d'origine traumatique

Une détresse vitale cardiovasculaire

Une détresse vitale respiratoire

Une détresse vitale neurologique

Une détresse vitale d'origine allergique

Un état aigu d'agitation

8- Avez-vous refusé d'intervenir en 2013 suite à un appel régulé par le 112 ?

Oui

Non

Si Oui, pour quelle raison ?

Conditions climatiques (neige ...)

Engorgement des voies de circulation

Situation ne relevant pas de la PDSA

Epuisement

9- Vous faites-vous remplacer durant vos congés ?

Oui

Non

Si oui, votre remplaçant(e) régulier(ère) :

Effectue toutes vos gardes

Effectue une partie de vos gardes

Ne participe pas aux gardes

10- Avez-vous des remarques particulières ou des propositions afin d'améliorer l'organisation de la PDSA dans les vallées d'Ax ?

Veillez renseigner les deux tableaux suivants. Le nombre de lignes est prévu en fonction du nombre moyen de gardes par médecin et pour la période étudiée. Vous pouvez, si nécessaire, en ajouter d'autres.

<b>Actes de Garde du 30 septembre au 3 novembre 2013</b>												
Régulés						Non régulés						
En Consultation			En Visite			En Consultation			En Visite			
jour	nuit	Milieu de nuit	jour	nuit	Milieu de nuit	jour	nuit	Milieu de nuit	Jour	Nuit	Milieu de nuit	
DATES												

<b>Actes de Garde du 21 juin au 20 juillet 2014</b>												
Régulés						Non régulés						
En Consultation			En Visite			En Consultation			En Visite			
jour	nuit	Milieu de nuit	jour	nuit	Milieu de nuit	jour	nuit	Milieu de nuit	Jour	Nuit	Milieu de nuit	
DATES												

**Annexe** : Nomenclature des actes effectués en période de PDSA.

### **Tarifs en garde : synthèse**

(Majorations à ajouter aux actes)

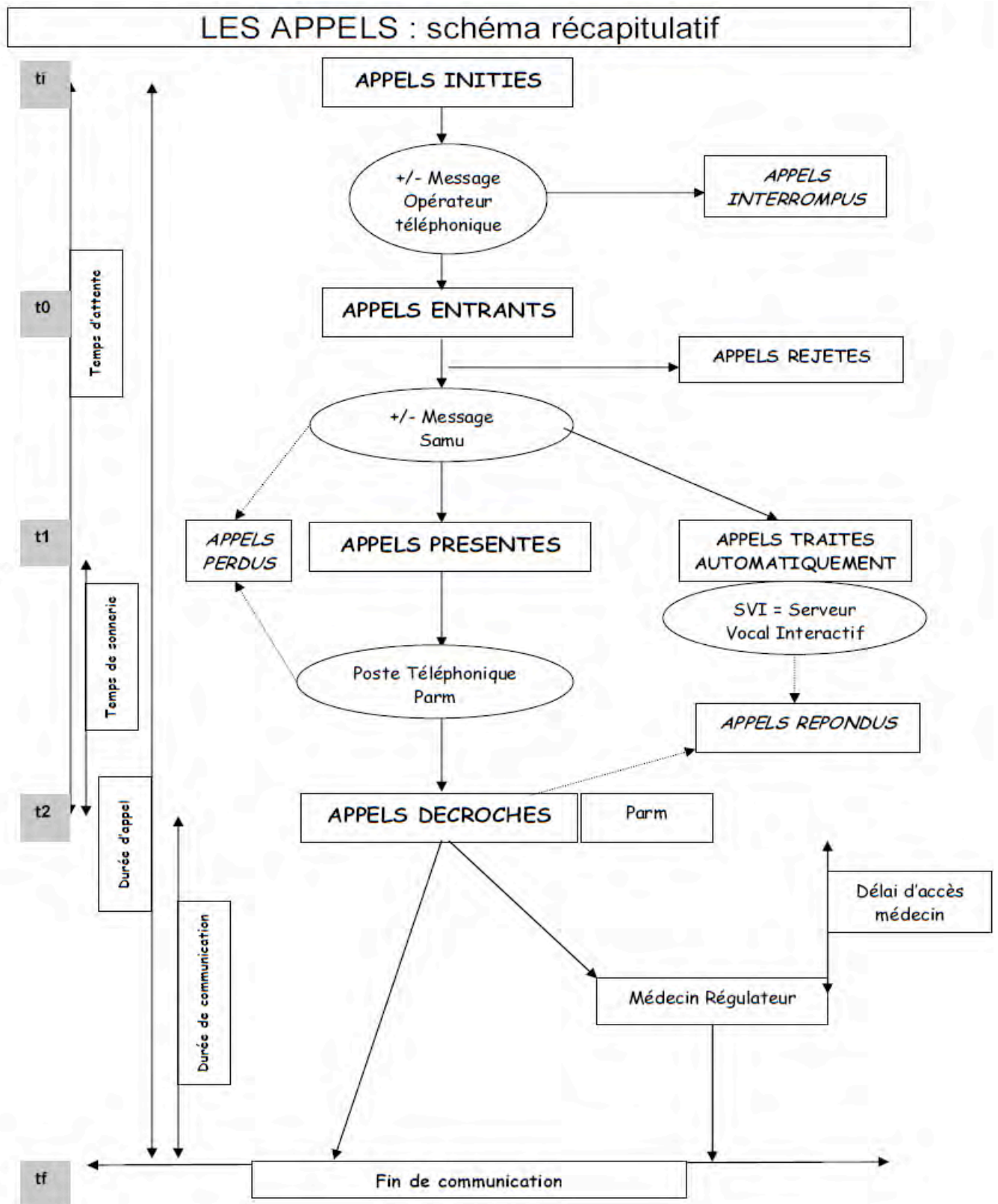
<b>Garde régulée</b>									
<b>Paiement à l'acte</b>		<b>Dimanche et férié (de 8 h à 20 h) Samedi AM (12h à 20h)</b>		<b>Samedi AM (arrêté préfectoral non signé) (de 12 h à 20 h)</b>		<b>Nuit de 20 h à minuit et de 6 h à 8 h</b>		<b>Nuit de minuit à 6 h</b>	
	Au cabinet	CRD (26,50)		F (19,06)		CRN (42,50)		CRM (51,50)	
	En visite	VRD (30)		F (19,06) + ID (3,50)		VRN (46)		VRM (59,50)	
Paiement forfaitaire de l'astreinte		50 € par tranches de 4 h		0		50 € de 20 h à minuit		100 € de minuit à 8 h	
<b>Garde non régulée</b>									
<b>Paiement à l'acte</b>	Au cabinet	Consulta tion	Acte technique	Consulta tion	Acte technique	Consulta tion	Acte technique	Consulta tion	Acte technique
		F (19,06)	F (19,06)	F (19,06)	F (19,06)	N (35)	P (35)	MM (40)	S (40)
<b>Paiement à l'acte</b>	En visite	MDD (22,60)	F (19,06) + ID (3,50)	MDD (22,60)	F (19,06) + ID (3,50)	MDN (38,50)	P (35) + ID (3,50)	MDI (43,50)	S (40) + ID (3,50)
		0		0		0		0	
Paiement forfaitaire de l'astreinte		0		0		0		0	

*A noter que les actes d'un médecin non officiellement de garde mais effectués en contact avec le SAMU sont majorables comme en garde régulée.*

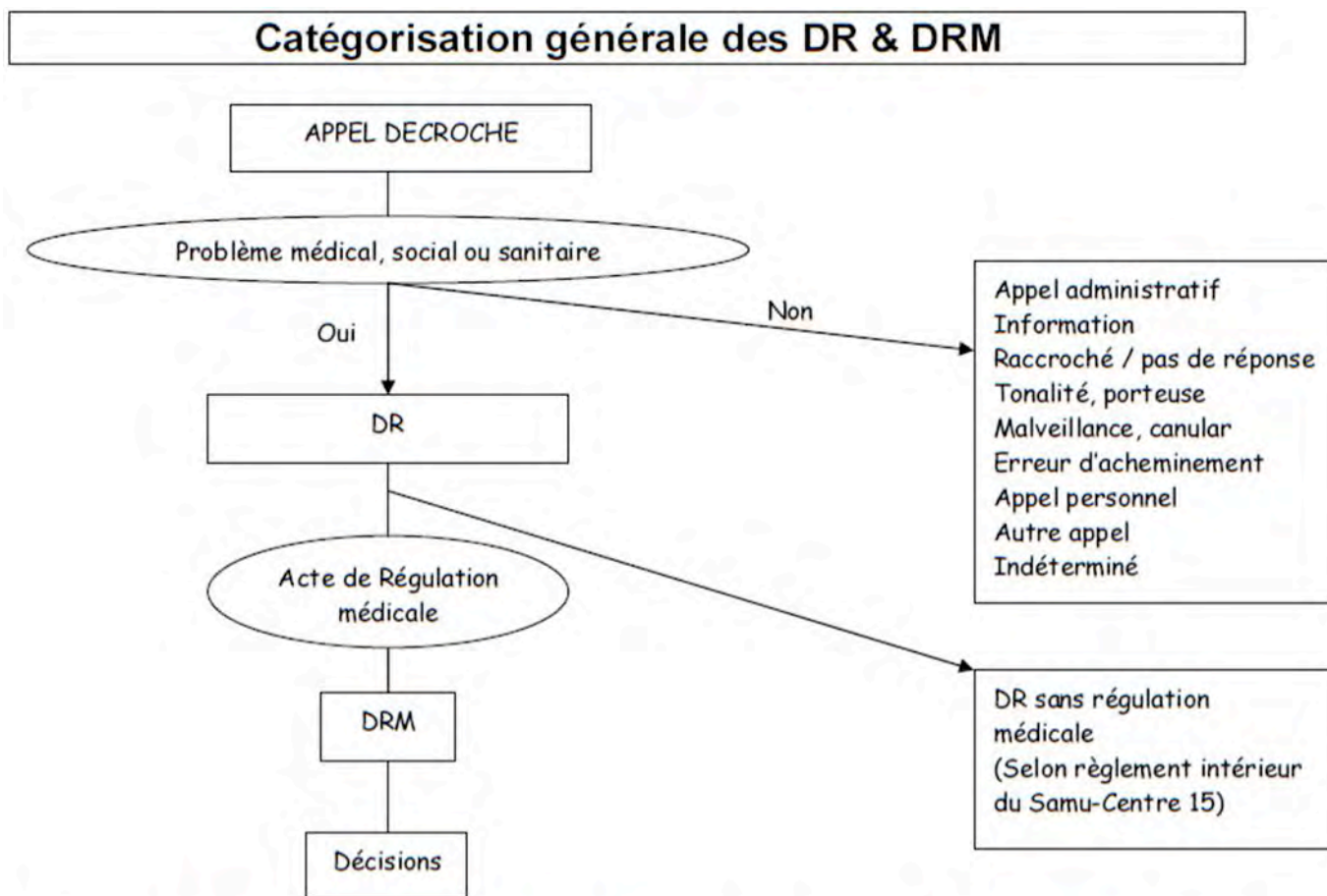
*A contrario, les actes non régulés effectués par un médecin officiellement de garde ne sont majorables que comme en garde non régulée (F, S, P, etc.)*

Source: site Internet du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes. Disponible sur:  
[http://www.snjmg.org/infos/page\\_nomenclature/nomenclature\\_des\\_actes\\_medicaux\\_snjmg.html](http://www.snjmg.org/infos/page_nomenclature/nomenclature_des_actes_medicaux_snjmg.html)

**Annexe 8 :** Cheminement des appels vers le centre 15. Source : Activité des Samu-Centre 15 : Définitions et standardisation des données. SAMU de France et Société Française de Médecine d'Urgence. 24/03/2009.



**Annexe 8 Bis** : Catégorisation des Dossiers de Régulation et des Dossiers de Régulation Médicale.  
(Même source que l'Annexe 8)



**Catégorisation des décisions au niveau d'un DRM**

Décisions avec envoi de moyens

- Primaire
  - Médecin
    - Généraliste
    - Pompier
    - MCS
    - Association de médecins (SOS, ...)
  - Transports non médicalisés
    - Ambulance privée
    - VSAV
    - Autres
  - SMUR
  - Autres moyens (infirmière, kinésithérapeute, force de l'ordre, ...)
- Secondaire
  - Transfert intra hospitalier
    - TIH médicalisé
    - Infirmier (TIH)
    - TIH non médicalisé
  - Transfert inter hospitalier
    - TIH médicalisé
    - Infirmier (TIH)
    - TIH non médicalisé
  - Evasan, rapatriement, retour domicile
    - médicalisé
    - infirmier
    - non médicalisé

Décisions sans envoi de moyens

- Conseil simple
- Conseil thérapeutique, PMT
- Aller consulter (SU, MMG, ...)
- Sans suite



## Annexe 9:

Les régimes spéciaux d'assurance maladie, accident de travail et maladie professionnelle et vieillesse. Source: L'Union Nationale des Régimes Spéciaux (UNRS).

RÉGIME	ORGANISME	SIGLE	RISQUE MALADIE	RISQUE AT/MP	RISQUE VIEILLESSE
Régime des Militaires	Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale	CNMSS	X	X	
Régime de la SNCF	Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF	CRPSNCF	X	X	X
Régime des Clercs et employés de Notaire	Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires	CRPCEN	X		X
Régime de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris	Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris	CCIP	X		
Régime de la RATP	Unité Protection et Prestations Sociales de la RATP	PEPS RATP	X	X	
Régime de la RATP	Caisse de Retraite du Personnel de la RATP	CRP RATP			X
Régime des Marins	Etablissement National des Invalides de la Marine	ENIM	X	X	X
Régime des Industries Electriques et Gazières	Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières	CAMIEG	X		
Régime des Industries Electriques et Gazières	Caisse Nationale des Industries Electriques et Gazières	CNIEG			X
Régime des Cultes	Caisse d'Assurance Vieillesse et Maladie des Cultes	CAVMC	X		X
Régime du Sénat	Caisse autonome de Sécurité sociale du Sénat	CASS SENAT	X		X
Régime des Mines	Caisse des Dépôts et Consignations-Retraites de Mines	CDC			X
Régime des Mines	Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines	CANSSM	X	X	
Régime des Ouvriers des Etablissements Industriels de l'Etat	Caisse des Dépôts et Consignations	CDC			X
Régime des agents des collectivités locales	Caisse des Dépôts et Consignations	CDC			X
Régime de l'Assemblée Nationale	Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale	FSS Assemblée Nationale	X		X
Régime des personnels de l'Opéra National de Paris	Caisse de Retraites des Personnels de l'Opéra de Paris				X
Régime de la Comédie Française	Comédie Française				X
Régime du Port autonome de Bordeaux	Caisse de Prévoyance du Personnel Titulaire du Port Autonome de Bordeaux			X	

## Annexe 10: Nomenclature des Données de l'ARS. PDSA 2013.

Cumul 2013 : Données DCIR (RG+MSA+RSI) - année 2013 en date de soins - extraction au 31/05/2014

Variable	Régulés/non régulés	C/V	Période	Colonne
Département				DPT
Code commune				CDCOM
Nom commune				NOMCOM
Bassin de rattachement de la commune				BASSIN
Mois de soins				MOIS
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes non régulés (NR)	Consultations (C)	Férié (F)	NR-C-F-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes non régulés (NR)	Consultations (C)	Fin de nuit (M)	NR-C-M-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes non régulés (NR)	Consultations (C)	Début de nuit (N)	NR-C-N-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes non régulés (NR)	Visites (V)	Férié (F)	NR-V-F-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes non régulés (NR)	Visites (V)	Fin de nuit (M)	NR-V-M-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes non régulés (NR)	Visites (V)	Début de nuit (N)	NR-V-N-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes régulés (R)	Consultations (C)	Férié (F)	R-C-F-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes régulés (R)	Consultations (C)	Fin de nuit (M)	R-C-M-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes régulés (R)	Consultations (C)	Début de nuit (N)	R-C-N-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes régulés (R)	Visites (V)	Férié (F)	R-V-F-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes régulés (R)	Visites (V)	Fin de nuit (M)	R-V-M-HON
HON=Honoraire (actes+Majorations)	Actes régulés (R)	Visites (V)	Début de nuit (N)	R-V-N-HON
NBR = Nombre	Actes non régulés (NR)	Consultations (C)	Férié (F)	NR-C-F-NBR
<b>NBR = Nombre</b>	<b>Actes non régulés (NR)</b>	<b>Consultations (C)</b>	<b>Fin de nuit (M)</b>	<b>NR-C-M-NBR</b>
NBR = Nombre	Actes non régulés (NR)	Consultations (C)	Début de nuit (N)	NR-C-N-NBR
NBR = Nombre	Actes non régulés (NR)	Visites (V)	Férié (F)	NR-V-F-NBR
<b>NBR = Nombre</b>	<b>Actes non régulés (NR)</b>	<b>Visites (V)</b>	<b>Fin de nuit (M)</b>	<b>NR-V-M-NBR</b>
NBR = Nombre	Actes non régulés (NR)	Visites (V)	Début de nuit (N)	NR-V-N-NBR
NBR = Nombre	Actes régulés (R)	Consultations (C)	Férié (F)	R-C-F-NBR
<b>NBR = Nombre</b>	<b>Actes régulés (R)</b>	<b>Consultations (C)</b>	<b>Fin de nuit (M)</b>	<b>R-C-M-NBR</b>
NBR = Nombre	Actes régulés (R)	Consultations (C)	Début de nuit (N)	R-C-N-NBR

	(R)	(C)		
NBR = Nombre	Actes régulés (R)	Visites (V)	Férié (F)	R-V-F-NBR
<b>NBR = Nombre</b>	<b>Actes régulés (R)</b>	<b>Visites (V)</b>	<b>Fin de nuit (M)</b>	<b>R-V-M-NBR</b>
NBR = Nombre	Actes régulés (R)	Visites (V)	Début de nuit (N)	R-V-N-NBR

**Source:** ARS Midi-Pyrénées. Tableau et son titre non modifiés.

## 9. RÉSUMÉ

HAMMOUM KAMAL

### **Permanence des Soins Ambulatoires et Aide Médicale Urgente dans le secteur de santé des Vallées d’Ax. Etat des lieux de 2013**

Toulouse le 21 octobre 2014.

---

Les Vallées d’Ax est un bassin de santé de la Haute Ariège qui attire toute l’année une importante population de passage. En revanche, il est sous doté en omnipraticiens. La permanence des soins est une charge considérable de l’exercice des quatre médecins qui l’y assurent. Ils sont mobilisables après minuit alors que la tendance est à la réduction des territoires de garde en nuit profonde à l’échelle nationale. Du fait de l’éloignement du service des urgences départemental, ils peuvent être confrontés à des situations relevant de l’aide médicale urgente.

Afin de quantifier leur activité de garde, nous avons mené une étude observationnelle rétrospective sur l’année 2013 puis nous avons comparé nos résultats avec ceux de l’année 2002. Une exploration prospective sur un mois en 2014 a été réalisée en marge.

Bien que les données obtenues soient incomplètes, nous avons observé de façon certaine une augmentation de 150% des sollicitations des quatre omnipraticiens en période de garde, plus accentuée la nuit et pendant les vacances scolaires. A contrario, l’activité du SMUR a baissé de 34,17%.

Les quatre médecins inclus dans cette étude sont majoritairement pour le maintien de l’astreinte de soins primaires, y compris la nuit profonde. Pour optimiser les chances des patients en détresse vitale, le secteur de santé des Vallées d’Ax est éligible à la mise en place d’une garde de médecin correspondant du SAMU. La méthode de quantification de la permanence des soins utilisée par les autorités de santé est inadaptée à cette zone touristique.

---

#### **MEDECINE GENERALE**

---

**Mots-clés :** Médecine Générale, Permanence des Soins Ambulatoires, Aide médicale urgente, Vallées d’Ax, Zone blanche, Médecin correspondant du SAMU.

---

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

---

**Directeurs de Thèse:** M. le Docteur MARQUÈS Michel, M. le Docteur BOYER Pierre.

## 10. RÉSUMÉ EN ANGLAIS

HAMMOUM Kamal

### **Ambulatory Care Permanence and Urgent Medical Aid in the health sector of Les Vallées d’Ax. Current situation in 2013**

Toulouse. 21<sup>st</sup> October 2014

---

Les Vallées d’Ax is a health pool of Haute Ariège region which attracts all year long an important visiting population. However, this region is under endowed with general practitioners. The Care Permanence is a considerable task for the four doctors who insure it. They could be mobilized after midnight while the tendency, on a national scale, is toward a reduction of deep night guard territories. Because of the departmental emergency service estrangement, these four doctors could be confronted with situations falling under the Urgent Medical Aid competence.

To quantify their activity of guard, we led a retrospective observational study over the year of 2013, then we compared our results with those of year 2002. A forward-looking exploration over a month in 2014 was also realized in margin.

Although the obtained data are incomplete, we observed with certainty an increase of 150% general practitioners requests during guard periods, more stressed at night and in scholar holidays. On the other side, the activity of the mobile emergency unit fell with 34.17%.

The four doctors included in this study mainly agree with the preservation of the primary care duty, including deep night. To optimize the chances of the patients in vital distress, the Vallées d’Ax sector of health is eligible for the implementation of an emergency medical service corresponding doctors guard. The method of quantification of the Care Permanence used by the health authorities is unsuitable for this tourist area.

---

#### **GENERAL MEDICINE**

**Keywords:** General Medicine, Ambulatory Care Permanence, Urgent Medical Aid, Vallées d’Ax, Rural physicians, Emergency Medical Service Corresponding Doctor.

---

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

**Supervisors:** Doctor MARQUÈS Michel, Doctor BOYER Pierre.

**HAMMOUM KAMAL**

**Permanence des Soins Ambulatoires et Aide Médicale Urgente dans le secteur de santé des Vallées d’Ax. Etat des lieux de 2013**

Toulouse le 21 octobre 2014.

---

Les Vallées d’Ax est un bassin de santé de la Haute Ariège qui attire toute l’année une importante population de passage. En revanche, il est sous doté en omnipraticiens. La permanence des soins est une charge considérable de l’exercice des quatre médecins qui l’y assurent. Ils sont mobilisables après minuit alors que la tendance est à la réduction des territoires de garde en nuit profonde à l’échelle nationale. Du fait de l’éloignement du service des urgences départemental, ils peuvent être confrontés à des situations relevant de l’aide médicale urgente.

Afin de quantifier leur activité de garde, nous avons mené une étude observationnelle rétrospective sur l’année 2013 puis nous avons comparé nos résultats avec ceux de l’année 2002. Une exploration prospective sur un mois en 2014 a été réalisée en marge.

Bien que les données obtenues soient incomplètes, nous avons observé de façon certaine une augmentation de 150% des sollicitations des quatre omnipraticiens en période de garde, plus accentuée la nuit et pendant les vacances scolaires. A contrario, l’activité du SMUR a baissé de 34,17%.

Les quatre médecins inclus dans cette étude sont majoritairement pour le maintien de l’astreinte de soins primaires, y compris la nuit profonde. Pour optimiser les chances des patients en détresse vitale, le secteur de santé des Vallées d’Ax est éligible à la mise en place d’une garde de médecin correspondant du SAMU. La méthode de quantification de la permanence des soins utilisée par les autorités de santé est inadaptée à cette zone touristique.

---

**MEDECINE GENERALE**

---

**Mots-clés:** Médecine Générale, Permanence des Soins Ambulatoires, Aide médicale urgente, Vallées d’Ax, Zone blanche, Médecin correspondant du SAMU.

---

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

---

**Directeurs de Thèse:** M. le Docteur MARQUÈS Michel, M. le Docteur BOYER Pierre.