

**CONTINUE ET PERMANENCE
DES SOINS LIBERAUX PENDANT
L'ETE 2003**

Rapport présenté par :

*Jean-Claude CUENAT, Christine DANIEL,
Roland OLLIVIER et Dr. Thérèse ROQUEL*

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n° 2003154
Décembre 2003*

Afin d'analyser la façon dont les médecins libéraux ont assurée la continuité et la permanence des soins libéraux pendant l'été 2003, la mission de l'IGAS a mené une enquête approfondie dans dix départements : Côte d'Or (21) ; Eure-et-Loir (28) ; Isère (38) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Rhône (69) ; Paris (75) ; Yvelines (78) Hauts-de-Seine (92) ; Seine-saint-Denis (93) et Val de Marne (94). Parallèlement, ont été utilisés plusieurs résultats d'enquêtes statistiques, principalement des statistiques *ad hoc* établies à la demande de la mission par la CNAMTS sur les dix départements enquêtés.

Trois constats majeurs ressortent de ces enquêtes :

- les médecins libéraux ont assuré la continuité des soins pendant les jours de semaine du mois d'août 2003 ;
- des difficultés ont été constatées pendant cette période pour l'établissement des certificats de décès en région parisienne et sur la fiabilité des tableaux de garde établis pour les nuits et les week-ends, qui ne reflètent pas nécessairement les présences médicales effectives ;
- les difficultés relatives à l'établissement et au respect des tableaux de garde des soirs et week-ends ne sont pas propres à la période de canicule.

1. La continuité des soins pendant les congés des médecins libéraux, organisée sur la base de l'article 47 du Code de déontologie, est une obligation individuelle des médecins, ce qui signifie qu'il n'y a pas d'obligation juridique pour un médecin d'informer quiconque sur ses dates de congés. Concrètement, soit les médecins recourent à un remplaçant – déclaré, dans ce cas de figure, auprès du Conseil départemental de l'ordre – soit les médecins se font remplacer par un confrère installé, qui lui-même renverra sa clientèle pendant ses propres congés. Si ce système ne permet pas de disposer d'une vue globale centralisée sur les médecins en congés, il aboutit à une bonne adaptation de la présence médicale aux flux de population pendant les périodes de départ en vacances.

Afin de mesurer la présence effective des médecins pendant les jours de semaine du mois d'août, la mission a utilisé les statistiques nationales et départementales d'activité de la CNAMTS. Ces éléments permettent d'affirmer qu'environ deux tiers des médecins étaient présents dans les départements ayant une composante rurale, alors qu'un médecin sur deux était présent dans les départements urbains. Cette distinction reflète les différences existant dans les départs habituels en vacances de l'ensemble de la population et apparaît cohérente avec les flux de population : en Ile de France, plus de 50 % environ de la population âgée de plus de 70 ans part en vacances, alors que ce pourcentage est de 34 % pour la population âgée de plus de 70 ans sur l'ensemble de la France. De plus, les médecins présents ont eu sur les deux premières semaines du mois d'août une activité en moyenne inférieure de 15 à 25 % à l'activité d'un mois normal de référence sans congés (mars 2003). Cette sous-activité du mois d'août est plus marquée dans les départements urbains – où pourtant le nombre de médecins présents est plus faible. Ce constat statistique rejoint les résultats des entretiens conduits par la mission, où la très grande majorité des médecins libéraux présents au mois d'août ont indiqué ne pas avoir été surchargés pendant cette période. Seules certaines des associations de médecins libéraux assurant des visites à domicile 24 heures sur 24 ont enregistré un surcroît d'activité, concentré sur les 20 premiers jours, se traduisant par une augmentation de 10 à 30 % des visites sur cette période.

En termes plus qualitatifs, les médecins généralistes libéraux n'ont pas effectué durant les 20 premiers jours d'août 2003 un nombre d'actes significativement supérieurs en direction des personnes âgées de 75 ans et plus que pendant la même période en août 2002. On observe même que dans certains départements, notamment les Hauts-de-Seine, le nombre des actes pour les plus de 75 ans a diminué de 5 % entre août 2002 et août 2003. En revanche, à l'intérieur de ce volume global d'actes stables, on observe que les médecins libéraux travaillant au sein des associations de médecins effectuant des visites à domicile 24 heures sur 24 ont augmenté de façon significative leur activité envers les patients les plus âgés. Par ailleurs, les enquêtes de la CNAMTS permettent d'observer que le nombre des actes réalisés par les médecins généralistes en faveur des enfants de 3 ans et moins a augmenté de 10 à 20 % selon les départements entre les vingt premiers jours du mois d'août 2002 et la même période de 2003. Les consultations pour déshydratation, telles qu'elles ont été mesurées par l'étude de la société IMS (Institut médical statistique) transmise à la mission, ont fortement progressé, passant de 13 000 à 65 000 entre le trimestre juin à août 2002 et le même trimestre 2003. Les prescriptions par les médecins généralistes des solutés massifs utilisés pour les perfusions ont également augmenté dans des proportions très importantes, de plus de 100 % dans la plupart des départements pour le mois d'août 2003. L'augmentation de ces prescriptions remontait toutefois au mois de juillet 2003, et même de juin 2003 dans certains départements.

De façon générale, l'adaptation de l'activité des médecins généralistes s'est produite sans prise de conscience de la catastrophe sanitaire en cours. En effet, le rapprochement des statistiques sur le nombre de décès observés et le nombre de médecins généralistes montre qu'il y a eu moins d'un décès en moyenne par médecin généraliste. Le caractère éclaté des cabinets médicaux rendait impossible leur participation à l'alerte. Les plus importantes associations les plus importantes fonctionnant 24 heures sur 24, notamment SOS Médecins et les Urgences médicales de Paris, font pour partie exception à cette règle du fait de leur mode d'organisation collectif. Elles n'étaient toutefois intégrées à aucun réseau d'alerte au moment de la canicule.

Aucun message d'alerte n'a été adressé aux médecins généralistes sur le caractère exceptionnel des pathologies d'hyperthermie observées pendant cette période. Les médecins hospitaliers, qui ont établi progressivement ce diagnostic face à l'afflux de malades présentant des symptômes comparables, ont élaboré des protocoles de prise en charge. Il n'y a toutefois aucun circuit organisé de communication entre médecins hospitaliers et libéraux et l'expérience acquise par les uns n'a pu être systématiquement transmise aux autres, même si des collaborations locales se sont parfois mises en place. De même, le réseau de messagerie électronique « DGS Urgent », auquel sont abonnés plus de 10 000 médecins, n'a transmis de message relatif à la canicule que le 23 août 2003. Le contenu de ce message ne comportait par ailleurs pas de recommandations sur la conduite thérapeutique à tenir et était de ce fait décalé par rapport aux besoins des généralistes. Si certains médecins libéraux ont malgré tout pris en charge de façon relativement précoce cette pathologie, notamment à travers les consignes transmises en maison de retraite lorsqu'ils y interviennent, aucune action systématique ou collective n'a été entreprise, notamment sur le diagnostic même d'hyperthermie ou sur la révision des prescriptions de neuroleptiques en cas de fièvre.

2. Des difficultés ont été constatées sur l'établissement des certificats de décès dans les départements enquêtés de la région parisienne, mais non dans les départements des autres régions. En effet, le volume des décès observés sur un nombre de journées très réduite, et les

conditions de ces décès en région parisienne, ont abouti à un afflux de demandes auxquelles les médecins libéraux ont pour partie répondu. A titre d'exemple sur Paris, SOS médecins a établi 117 certificats de décès sur la période du 1^{er} au 19 août 2003 (contre 7 en 2002 sur une période équivalente) ; les Urgences médicales de Paris ont établis 172 certificats de décès du 1^{er} au 31 août 2003 (contre 47 en août 2002). Ces associations ont cependant privilégié les réponses aux demandes de soins dans leur activité. De ce fait, dans un certain nombre de cas, les délais nécessaires pour établir des certificats de décès étaient tels que les services de police ont du faire appel à des médecins de l'institut médico-légal à Paris.

D'autres difficultés se sont révélées sur les tableaux de garde existants pour les nuits et les week-ends dans un certain nombre de secteurs de garde, ces tableaux ne reflétant pas nécessairement la réalité des présences médicales. Le résultat des enquêtes dans les dix départements conduit à les répartir en trois catégories :

- dans deux départements (Paris et Seine-saint-Denis), il n'existe pas de tableaux de garde nominatifs. La permanence des soins est en effet assurée exclusivement par des associations de médecins effectuant des visites à domicile 24 heures sur 24 sur l'ensemble du département. Les difficultés dans ce cas ont été liées à la saturation de certaines de ces associations pendant deux ou trois jours ;
- dans deux départements (Côte d'Or et Isère), les tableaux de garde existants présentent une fiabilité satisfaisante, les absences éventuelles étant connues ;
- dans les six autres départements, la situation est variable selon les secteurs de garde. Dans certains secteurs, plus ou moins nombreux selon les départements, les tableaux de garde sont incomplets ou peu fiables, voire inexistant. Les associations de garde rencontrées par la mission ont confirmé les grandes difficultés qu'elles rencontraient à établir des tableaux de garde dans un contexte où le nombre de médecins volontaires pour y participer était très faible. Or, des difficultés observées sur certains secteurs suffisent à porter atteinte au crédit de l'ensemble du système de garde.

De façon générale, la mission a constaté que les tableaux de garde existants ne reflètent pas nécessairement la réalité des présences médicales, attestée par les statistiques d'activité de la CNAMTS. Ce décalage a pu aboutir à la situation paradoxale de l'absence de sollicitation de médecins pourtant présents mais non répertoriés, alors même que les SAMU/centre 15 recevaient des appels beaucoup plus nombreux qu'habituellement et se retrouvaient, dans certains cas, sans effecteur libéral repéré.

3. Les difficultés relatives à l'établissement et au respect des tableaux de garde en août 2003 ne sont pas propres à la canicule. Tout d'abord, le dispositif juridique encadrant la permanence des soins est en pleine évolution depuis 2002. De nouveaux décrets ont été publiés le 15 septembre 2003. Résultat d'un compromis entre les positions initialement très contradictoires du conseil national de l'ordre des médecins et des syndicats de médecins, ces textes cherchent à concilier le devoir des médecins de participer aux gardes, rappelé à l'article 77 du code de déontologie modifié, et le volontariat dans l'organisation de ces mêmes gardes. Si ce volontariat échoue, les tableaux sont complétés par une intervention des conseils départementaux de l'ordre et des réquisitions préfectorales en dernier recours. Une seconde difficulté provient de la diminution continue du nombre de médecins volontaires pour assurer des gardes. Le nombre moyen de médecins ayant émis au moins un acte le dimanche est passé d'un peu plus de 15 000 sur les six premiers mois de l'année 2000 à 9 800 environ sur les six premiers mois de l'année 2003, soit une baisse de 37,6 % en quatre ans. Au demeurant, ce chiffre de 9800 omnipraticiens continue à représenter environ 20 % des effectifs des médecins

généralistes présents en semaine et surtout concerne un nombre de médecins beaucoup plus important que ceux inscrits sur un tableau de garde. Cela signifie qu'un certain nombre de médecins peuvent continuer à travailler le dimanche tout en ne s'inscrivant pas dans des tableaux de garde structurés. Cette difficulté renvoie aussi à une relative méconnaissance des systèmes de garde en ville par les usagers.

La mission a toutefois souligné deux évolutions positives sur la période récente. D'une part, dans neuf départements sur les dix visités par la mission, une régulation des appels est assurée par des médecins libéraux, en association avec le SAMU/centre 15. Elle constitue un puissant levier pour faire évoluer la permanence des soins. Garantissant une réponse aux appels des usagers et une orientation adéquate, ces systèmes ont permis d'impliquer à nouveau des médecins libéraux dans la garde. Les coopérations instaurées entre médecins libéraux et hospitaliers à cette occasion ont aussi des effets très positifs. D'autre part, Les expériences de maisons médicales de garde sont intéressantes, en particulier pour les week-ends où leur fréquentation par les patients apparaît importante dans la plupart des exemples observés par la mission.

4. Afin d'améliorer les capacités de réponse de la médecine libérale, notamment dans des situations de crise sanitaire, la mission a formulé trois propositions principales : l'intégration de la médecine libérale dans des réseaux d'alerte de façon beaucoup plus systématique que cela n'est le cas aujourd'hui ; la réaffirmation nationale des principes qui doivent guider la réorganisation de la permanence des soins, en préservant une autonomie locale dans les modalités de cette réorganisation, une renégociation du système conventionnel actuel des astreintes.

➤ Les propositions de la mission visent d'abord à insérer les médecins libéraux dans les systèmes d'alerte, qu'il s'agisse de faire remonter l'information sanitaire éclatée résultant de la pratique des médecins libéraux, ou de diffuser des messages à destination des médecins libéraux en cas de crise sanitaire.

Pour les alertes « montantes », plusieurs sources potentielles d'information existent : les associations de médecins libéraux de visite à domicile fonctionnant 24 heures sur 24 comme SOS médecins, qui disposent de statistiques relativement élaborées intégrant souvent les diagnostics établis par les médecins ; le réseau Sentinelles, qui fonctionne aujourd'hui déjà sur certaines pathologies ; des réseaux d'information mettant en commun les consommations de médicaments dans les officines pharmaceutiques... L'enjeu est de parvenir à organiser ces sources de façon réactive et prospective, pour qu'elles puissent envoyer un signal – qui doit ensuite être validé avant de déclencher l'alerte.

Pour les alertes « descendantes », l'outil existant « DGS urgent » semble intéressant, mais son alimentation en messages doit également être plus réactive, en y intégrant la possibilité par exemple de diffuser rapidement des protocoles de prise en charge autour de pathologies inhabituelles, voire exceptionnelles, et en prévoyant une possibilité de diffusion de l'information au niveau local.

➤ Une deuxième série de propositions de la mission vise à poursuivre la réorganisation en cours de la permanence des soins, en insistant sur les objectifs qui doivent la guider tout en conservant une autonomie locale dans les modalités choisies pour les gardes. Les principes qui doivent guider cette réorganisation sont notamment :

- le caractère essentiel de la régulation libérale des appels, qui doit se pratiquer dans les mêmes locaux que le SAMU/centre 15 et en lien étroit avec les régulateurs hospitaliers, tout en maintenant la possibilité de numéros de téléphone spécifiques ;
 - la nécessité de rendre les tableaux de garde existants fiables, en repérant les carences éventuelles, afin de ne pas altérer la crédibilité de l'ensemble du système de garde départemental ;
 - le maintien d'une souplesse d'organisation locale, notamment pour le choix des formules à privilégier selon les diverses tranches horaires de jour et de nuit ;
 - l'importance de campagnes d'information en direction du public, réalisées localement afin de permettre une identification claire des systèmes locaux de permanence des soins.
- Enfin, la mission propose une relance par l'assurance maladie de la négociation conventionnelle du système des astreintes, dans trois directions :
- un financement pérenne par l'assurance maladie de la rémunération des médecins régulateurs libéraux ;
 - la remise en cause du caractère systématique du forfait d'astreinte de 50 € ;
 - la mise en place d'un forfait d'astreinte d'un montant éventuellement plus élevé, réservée à certains territoires où les gardes entraînent des sujétions particulières pour les médecins.
- La base du décret du 28 novembre 2003 relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins pourrait être utilisée pour définir ces territoires.

Deux questions pour le moyen terme restent posées :

- celle de l'avenir du numéro « 15 ». Dans plusieurs départements en effet, celui-ci devient un numéro de garde, tout autant qu'un numéro d'urgence. Il n'est pas évident que cette évolution ait été perçue par la population dans ces départements, et de plus, cette évolution n'a pas affecté tout le territoire. L'orientation de la mission serait de réserver l'appel par le 15 à l'urgence en interconnectant le numéro d'appel de la régulation libérale avec le standard du SAMU. Il sera de toute manière nécessaire de se prononcer à terme sur le statut de ce numéro qui reste national : doit-il rester un strict numéro d'urgence, ou évoluer vers un numéro de garde et d'urgence ? La réponse à la question conditionne également la transition vers le 112 (numéro d'appel européen de caractère plus général que le 15) et la possibilité de campagnes nationales d'information du public ;
- celle de la pérennité d'un système de permanence de soins fondé sur le volontariat, dans un contexte sociologique où le nombre de médecins volontaires ne cesse de décroître. Une évaluation de l'impact des décrets du 15 septembre 2003 apparaît de ce point de vue nécessaire, la mission étant intervenue dans des délais trop brefs après leur publication pour porter une appréciation fondée.

Sommaire

Introduction.....	1
Précisions méthodologiques	4
1. La continuité des soins pendant les jours de semaine de la canicule a été assurée par les médecins libéraux, selon leurs modes d'exercice usuels.....	7
1.1 La continuité des soins, inscrite l'article 47 du Code de déontologie, relève de la responsabilité individuelle des médecins, sans obligation d'information.....	7
1.2 Les statistiques de la CNAMTS font apparaître une présence des médecins libéraux sur les jours de semaine adaptée aux flux de départ en vacances et une activité des médecins présents en moyenne inférieure à celle d'un mois normal sans congés.....	8
1.3 Beaucoup d'associations de médecins fonctionnant 24heures sur 24 ont fait face à une augmentation d'activité concentrée sur quelques jours.....	11
1.4 Les médecins libéraux ont pris en charge des nourrissons et des adultes présentant des pathologies liées à la déshydratation en nombre nettement plus important que lors des étés précédents.....	12
1.5 Une communication entre médecins hospitaliers et libéraux sur les hyperthermies et l'émission des messages d'alerte des autorités sanitaires compétentes auraient permis une prise en charge collective plus rapide de cette pathologie exceptionnelle auprès des personnes âgées.....	15
2. Des difficultés ont été constatées pour l'établissement des certificats de décès en région parisienne et pour l'organisation de la permanence des soins pendant les soirs et les week-ends du mois d'août dans certains secteurs de garde	19
2.1 L'augmentation brutale et concentrée du nombre des décès en région parisienne a été à l'origine de délais parfois importants dans l'établissement des certificats de décès	19
2.2 Les systèmes organisés de garde n'ont pas permis d'identifier l'ensemble des présences médicales pendant les périodes de permanences des soins	22
2.3 Quatre conseils départementaux de l'ordre, sur les dix départements visités, ont été amenés à intervenir spécifiquement auprès de leurs confrères ou des associations de garde à l'occasion de la canicule.....	28
2.4 Le Conseil national de l'ordre des médecins a indiqué à la mission que « 10 départements ont signalé des incidents mineurs et récurrents de complétude des tableaux de garde » sur 95 départements interrogés.....	31

3. Les difficultés que rencontre la permanence des soins ne sont pas propres à la canicule	32
3.1 Le dispositif juridique relatif à la permanence des soins, en pleine évolution depuis 2002, repose sur un compromis difficile entre devoir et volontariat.....	32
3.2 Le nombre de médecins volontaires pour participer à des gardes organisées est en diminution constante	37
3.3 Les différences de densité médicale ne constituent pas un élément explicatif concluant des disparités départementales observées	41
3.4 Un nombre important de patients s'adresse aux urgences hospitalières et ne dispose pas d'une information suffisante sur les recours possibles à la médecine libérale.....	42
3.5 Le système des astreintes mis en place par l'avenant conventionnel n° 10 ne constitue pas une réponse adaptée aux difficultés de la permanence des soins	43
3.6 L'existence d'une régulation libérale des appels constitue un levier essentiel pour améliorer la permanence des soins	46
3.7 Plusieurs expériences de maisons médicales de garde font apparaître des résultats satisfaisants, pour les patients comme pour les médecins.....	51
4 Les propositions de la mission visent à intégrer les médecins libéraux dans les dispositifs d'alerte et à réaffirmer les objectifs qui doivent guider une réorganisation de la permanence des soins adaptée aux particularités des différents départements.....	56
4.1 Intégrer la médecine libérale dans les dispositifs d'alerte et de prévention en cas de crise sanitaire	56
4.2 Se concentrer, au niveau national, sur les principes essentiels qui doivent guider la réorganisation de la permanence des soins.....	58
4.3 Renégocier le système conventionnel de paiement des astreintes, en assurant la rémunération des médecins libéraux régulateurs et en concentrant les paiements d'astreintes sur certains territoires.....	61
Conclusion.....	63

INTRODUCTION

L'inspection générale a été sollicitée par une lettre de mission du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées en date du 12 septembre 2003 afin de conduire « une enquête approfondie sur le fonctionnement de la permanence des soins, des congés et des remplacements en médecine de ville ». La lettre de mission est reproduite en annexe 1 du présent rapport.

Pour répondre aux interrogations du ministre, la mission s'est rendue dans dix départements (dont les sept mentionnés par la lettre de mission) en octobre et novembre 2003, et a utilisé les résultats de plusieurs études statistiques. Le détail de la méthodologie retenue est présenté dans l'encadré méthodologique qui suit cette introduction.

Dans ses investigations, et dans la rédaction du présent rapport, la mission a distingué deux sujets :

- d'une part la continuité des soins pendant l'été 2003, qui concerne la question des congés des médecins et la façon dont ils se font remplacer. La continuité des soins est une obligation individuelle des médecins, prévue par l'article 47 du Code de déontologie. Un médecin qui part en congés doit prévoir comment seront pris en charge ses patients pendant cette période mais il n'a aucune obligation d'en informer le conseil de l'ordre ou toute autre instance ou autorité¹;
- d'autre part la permanence des soins, qui renvoie à l'organisation des gardes hors des heures habituelles d'ouverture des cabinets, c'est-à-dire pendant la nuit, les dimanches et jours fériés. Le concours d'un praticien libéral à la permanence des soins était défini par l'article 77 du Code de déontologie, rédigé ainsi jusqu'au récent décret du 15 septembre 2003 : « dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. » Toutefois, ce dispositif juridique était en pleine évolution, puisque notamment les textes conventionnels signés en juin 2002 prévoyaient le versement d'un forfait d'astreinte de 50 €, payé à des médecins inscrits dans des tableaux de garde sur la base du volontariat. La canicule est ainsi intervenue dans ce contexte où le système de permanence des soins était en pleine réorganisation, aussi bien au plan juridique que dans sa mise en œuvre concrète.

Les constats établis par la mission distinguent ces deux volets renvoyant à la continuité des soins d'une part, et à la permanence des soins en dehors des heures habituelles d'ouverture des cabinets d'autre part.

¹ Juridiquement, la seule obligation d'information porte sur les médecins remplaçants, pour lesquels une information préalable du conseil départemental de l'ordre est obligatoire, conformément à l'article 65 du code de déontologie.

Les médecins généralistes ont assuré la continuité des soins pendant la canicule. En effet, les statistiques d'activité de la CNAMTS et les entretiens de la mission convergent pour faire apparaître une présence des médecins correspondant aux flux de départ en vacances de la population. L'activité des médecins libéraux présents en août 2003 est restée significativement plus faible que celle d'un mois habituel (mars 2003). En termes de pathologies, les médecins généralistes présents ont reçu des nourrissons en nombre nettement plus important en août 2003 qu'en août 2002 et ont pris en charge des adultes déshydratés de façon significativement plus importante que l'été 2002. En revanche, en l'absence de message d'alerte sanitaire ou de communication entre confrères hospitaliers et libéraux, les modalités de prise en charge des hyperthermies ont été très variables selon les endroits visités (**première partie**).

Deux types de difficultés ont été constatées pendant la période de canicule.

D'une part, des difficultés particulières sont apparues pour l'établissement des certificats de décès en région parisienne. En effet, le nombre très important de décès constatés sur un nombre réduit de jours a conduit à une saturation des capacités de réponse de la médecine libérale, en particulier à Paris. Les associations de médecins assurant des visites à domicile ont signé un nombre de certificats de décès beaucoup plus important que les autres années, mais, privilégiant les soins, elles ont connu à certains moments des délais d'intervention très longs. Dans ce contexte, la préfecture de police de Paris a pu être amenée à recourir aux médecins de l'Institut médico-légal pour établir des certificats de décès.

C'est dans le cadre de la permanence des soins qu'ont été constatées d'autre part, un certain nombre de difficultés relatives aux pratiques des médecins généralistes en dehors des heures habituelles d'ouverture des cabinets, la nuit, les dimanches et les jours fériés. A travers les enquêtes départementales, la mission a constaté qu'un certain nombre de tableaux de garde étaient soit incomplets, soit peu fiables, voire inexistantes sur certains secteurs. De façon générale, les tableaux de garde ne reflètent qu'imparfaitement la réalité des présences médicales la nuit et les jours fériés. On peut ainsi aboutir à la situation paradoxale que des médecins présents ne soient pas sollicités par le SAMU/centre 15 alors même que ce dernier reçoit des appels en nombre beaucoup plus important qu'habituellement (**deuxième partie**).

Ces difficultés ne sont pas propres à la canicule. Elles s'inscrivent d'abord dans un contexte de changements réglementaires et conventionnels importants.

Les nouveaux textes en cours de parution depuis juin 2002 tentent d'établir un compromis difficile entre l'affirmation du devoir de participation des médecins aux gardes et le volontariat dans l'organisation de la permanence des soins, avec une intervention du conseil départemental de l'ordre et du préfet en dernier recours si le volontariat n'aboutit pas. Ce nouveau cadre juridique est intervenu alors que le nombre des médecins généralistes volontaires pour s'inscrire dans des formes organisées de gardes est en baisse continue. Les difficultés constatées dans la confection de certains tableaux de garde au moment de la canicule ne sont donc pas propres à cette période mais structurelles.

La mission a également constaté que le système du forfait d'astreinte existant depuis 2002 ne permettait pas de répondre de façon satisfaisante à cette baisse du volontariat.

Deux évolutions positives méritent toutefois d'être soulignées : d'une part, le développement de systèmes de régulation libérale des appels aux côtés des SAMU/centre 15, qui constituent

un préalable nécessaire à la réorganisation de la permanence des soins, d'autre part l'expérimentation de nouvelles formules de maison médicale, qui pour certaines d'entre elles permettent de réorganiser une permanence des soins sur la base de consultations et non de visites **(troisième partie)**.

Dans ses propositions, la mission insiste sur le caractère indispensable de l'association des médecins libéraux aux dispositifs d'alerte. En effet, du fait de leur mode d'exercice majoritairement solitaire en cabinets indépendants, les médecins généralistes présents pendant la canicule ne pouvaient pas apprécier l'ampleur de la catastrophe en cours. Or, les premières difficultés lors d'une crise sanitaire apparaissent souvent chez les médecins de ville, avant même d'être ressenties par les urgences hospitalières. La médecine de ville, ainsi que les officines pharmaceutiques, constituent donc une source possible d'information. Les médecins libéraux peuvent également participer à la prise en charge en amont de certaines pathologies dès lors qu'ils sont alertés à temps et que des éléments médicaux relatifs à la conduite à tenir leur sont transmis. La mission formule également un certain nombre de propositions relatives à la réorganisation en cours de la permanence des soins, qui doit être poursuivie tout en respectant la diversité des situations locales **(quatrième partie)**.

PRECISIONS METHODOLOGIQUES

Afin d'analyser la façon dont la continuité des soins a été assurée pendant l'été 2003 par les médecins libéraux, la mission de l'IGAS a mené des enquêtes dans 10 départements et utilisé des données statistiques notamment en provenance de la CNAMTS. Les statistiques de la CNAMTS ont été produites à la demande de la mission pour rendre compte de la situation dans les dix départements enquêtés par ailleurs. Ces données ont été complétées par de nombreux entretiens au niveau national. La liste de l'ensemble des personnes rencontrées par la mission au niveau départemental et national figure en annexe 2.

1. Les enquêtes départementales

La mission s'est rendue dans dix départements, dont sept étaient définis par la lettre de mission. Cinq se trouvaient en région parisienne et cinq en dehors de la région parisienne :

- Côte d'Or (21)
- Eure-et-Loir (28)
- Isère (38)
- Meurthe-et-Moselle (54)
- Rhône (69)
- Paris (75)
- Yvelines (78)
- Hauts-de-Seine (92)
- Seine-Saint-Denis (93)
- Val de Marne (94).

Dans chacun des départements, la mission a rencontré les interlocuteurs suivants sur la base de grilles de questionnaire communes :

- préfecture et direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- conseil départemental de l'ordre des médecins
- syndicats de médecins représentatifs au niveau départemental
- associations de garde de médecins libéraux
- associations de médecins assurant des visites à domicile 24 heures sur 24
- associations de médecins régulateurs libéraux
- SAMU/centre 15
- un ou deux services d'urgence hospitaliers
- services départementaux de secours et d'incendie (SDIS) ou brigade des sapeurs pompiers de Paris pour l'Ile de France.

Elle a par ailleurs organisé des rencontres et entretiens spécifiques à certains départements :

- maison de retraite et associations de soins infirmiers à domicile à Lyon
- centre de santé municipal en Seine-Saint-Denis
- Pompes Funèbres Générales à Paris
- hôpital local et centre hospitalier gériatrique dans les Yvelines.

2. Les données statistiques nationales utilisées

Les principales données statistiques utilisées ont été fournies par la CNAMTS qui a réalisé, à la demande de la mission, deux études concernant les départements enquêtés :

- une étude relative à l'activité des médecins libéraux pendant le mois d'août 2003 qui permet notamment de comparer l'activité de cette période à celle d'août 2002 et à celle d'une semaine d'un mois normal sans congés (mars 2003) ; une synthèse de cette étude par la CNAMTS est reproduite en annexe 4 du rapport ;
- une étude relative à la fréquence des consultations pour les personnes âgées de 75 ans et plus, permettant notamment d'analyser le recours aux soins libéraux département par département en fonction de l'état de santé (distinction en fonction du critère ALD – affection de longue durée) ; la synthèse de cette étude de la CNAMTS est reproduite en annexe 5 du rapport.

D'autres données statistiques ont été plus ponctuellement intégrées par la mission :

- résultats de l'enquête INSERM sur la mortalité publiée en septembre 2003 ;
- résultats de l'enquête de l' InVS sur l'impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 (premiers résultats publiés dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°45-46 du 25 novembre 2003) ;
- enquête de la DREES sur le recours aux urgences parue en janvier 2003 ;
- enquêtes conduites par IMS Health (Institut Medical Statistique) sur les consultations des médecins libéraux pour déshydratation et les prescriptions de solutés de réhydratation, parue en novembre 2003 ;
- enquête Sentinelles réalisée par l'Unité 444 de l'INSERM.

3. Entretiens nationaux

Au niveau national, la mission a rencontré :

- M. DESCOURS, au titre de la commission qu'il préside,
- les directions du ministère concernées, DHOS, DGS, et DSS
- la CNAMTS
- les syndicats nationaux de médecins,
- l'ordre national des médecins,
- l'ordre national des pharmaciens.

L'ordre national des médecins a transmis à la mission une lettre présentant les résultats de son enquête menée en septembre 2003 auprès des conseils départementaux de l'ordre. Cette lettre est reproduite en annexe 8 du rapport.

4. Analyse des données quantitatives et précautions méthodologiques

Dans l'analyse des données quantitatives recueillies à partir de diverses sources, un certain nombre de précautions méthodologiques doivent être respectées.

La mission n'a pas effectué de travail d'enquête épidémiologique, ni sur les causes médicales des décès, ni sur les caractéristiques des personnes décédées (état de santé, âge, lieux d'habitation...). De même, elle n'a travaillé que sur une partie de l'offre de soins, à savoir les

médecins libéraux généralistes. Il serait donc erroné, d'un point de vue méthodologique, de tenter d'établir des corrélations entre les données quantitatives fournies sur la médecine libérale dans ce rapport, et des données sanitaires autres.

Les données fournies dans ce rapport permettent de rendre compte des moyens mis en œuvre par la médecine libérale généraliste pendant la période (nombre de médecins présents, nombre d'actes, répartition des actes...) mais non des résultats sanitaires que ces moyens ont permis d'atteindre. De même, les besoins ne sont appréhendés ici que de façon relativement grossière, à partir de statistiques sur les départs en vacances de la population qui sont anciennes (1999) et relativement agrégées. Leur mise en parallèle avec l'activité des médecins permet d'observer des tendances, mais non d'établir des corrélations.

Enfin, un certain nombre d'éléments ont été écartés du champ de la mission, même s'ils ont un impact sur l'organisation de la permanence des soins. Ainsi, la mission n'a pas étendu son champ d'investigation à d'autres acteurs de l'offre de soins libérale, notamment les infirmiers libéraux. Il en est de même de la question de la prise en charge des personnes âgées dans les maisons de retraite, qui fait l'objet d'une autre mission de l'Inspection générale des affaires sociales, réalisée à la demande du ministre du travail et des affaires sociales, M. Fillon. Ce thème n'est donc traité que de façon ponctuelle dans le rapport. Enfin, la question de la démographie médicale, qui conditionne souvent l'organisation de la permanence des soins, n'a pas été traitée ici en tant que telle.

Première partie

La continuité des soins pendant les jours de semaine de la canicule a été assurée par les médecins libéraux, selon leurs modes d'exercice usuels

1.1. La continuité des soins, inscrite l'article 47 du Code de déontologie, relève de la responsabilité individuelle des médecins, sans obligation d'information

Le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 modifié, portant Code de déontologie distingue :

- d'une part, la permanence des soins régie par l'article 77 de ce décret, qui concerne les services de garde de jour et de nuit, en dehors des heures habituelles d'ouverture des cabinets ;
- et d'autre part la continuité des soins régie par l'article 47 de ce même décret.

L'article 47 précise que « quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. Dans ce cadre, s'il se dégage de cette obligation, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. » Cet article n'a pas été modifié par les décrets du 15 septembre 2003 ; il constitue donc le support juridique de la continuité des soins aux malades pendant les périodes où le praticien libéral prend ses congés.

De façon concrète, les médecins utilisent trois possibilités pour remplir cette obligation :

- le recours à un remplaçant ;
- le renvoi de clientèle entre praticiens installés ;
- et, en milieu urbain essentiellement, le renvoi vers des associations de médecins assurant des visites à domicile 24 heures sur 24.

La part respective de ces trois formes de continuité des soins évolue dans le temps. Traditionnellement en effet, les médecins prenaient des remplaçants pendant leurs périodes de congés. Toutefois, plusieurs conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) ont indiqué qu'il devenait de plus en plus difficile pour les médecins installés de trouver des remplaçants, sachant que les prétentions financières de ces derniers devenaient de plus en plus importantes. Aucun élément statistique n'a toutefois été transmis à la mission pour appuyer ce constat. La pratique de remplacement la plus fréquemment décrite est celle d'un renvoi de la clientèle vers un confrère pendant les congés, ce même confrère faisant de même pendant ses vacances. Plusieurs médecins rencontrés ont ainsi indiqué qu'il leur arrivait fréquemment, pendant le mois d'août, de remplacer deux, trois voire quatre confrères, qui avaient transféré leurs appels, sans que cela ne pose, selon eux, de problèmes particuliers.

La dernière pratique de renvoi vers une association de médecins assurant des visites 24 heures sur 24 a été décrite comme minoritaire.

« L'enquête flash » réalisée par MG France, suite à la canicule, auprès de ses adhérents confirme ces tendances. Sur 223 réponses apportées par des médecins généralistes participant au réseau de MG, 37 % des médecins précisent qu'ils ont recours à un remplaçant pour assurer la continuité des soins durant leurs congés, 38 % à un médecin du cabinet de groupe, et 25 % à un confrère du secteur. Par ailleurs cette enquête montre que 193 médecins, soit 60% des médecins répondants, utilisent le répondeur pour donner l'information aux patients, les autres (40 %) apposant une affiche à la porte de leur cabinet.

Plus généralement, en dehors de la difficulté à trouver des remplaçants notamment en milieu rural, cette question de la continuité des soins ne présente pas de difficultés pour les médecins eux-mêmes, qui jugent la situation actuelle satisfaisante. Le caractère libéral de la pratique médicale renvoie selon eux à la liberté de s'organiser et de prendre ses congés au moment choisi.

Les conseils départementaux de l'ordre détiennent les informations relatives aux médecins remplaçants, conformément à l'article 65 du décret du 6 septembre 1995 qui stipule « qu'un médecin ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement et par un confrère inscrit au tableau de l'ordre ou par un étudiant remplissant les conditions prévues par l'article L. 359 du code de la santé publique Le médecin qui se fait remplacer doit en informer préalablement, sauf urgence, le conseil de l'ordre dont il relève en indiquant les nom et qualité du remplaçant ainsi que les dates et la durée du remplacement. Le remplacement est personnel. Le médecin remplacé doit cesser toute activité médicale libérale pendant la durée du remplacement. » Les conseils départementaux n'ont en revanche pas connaissance, dans la plupart des cas, des arrangements entre confrères et des renvois de clientèle.

Dans l'un des départements enquêtés par la mission (Côte d'Or), le Conseil départemental de l'ordre avait décidé de recueillir en 1999 auprès de l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes leurs dates de congés pour la période estivale et de les publier dans la presse locale. Cette information ayant coïncidé avec de nombreux cambriolages de cabinets de médecins généralistes, l'expérience a été limitée aux seuls spécialistes. Les dates de congés ne sont plus transmises qu'au centre 15. Sur les 10 départements enquêtés, il s'agit toutefois du seul exemple recensé, les autres conseils départementaux de l'ordre renvoyant cette question à l'organisation individuelle des médecins dans un cadre libéral.

1.2. Les statistiques de la CNAMTS font apparaître une présence des médecins libéraux sur les jours de semaine adaptée aux flux de départ en vacances et une activité des médecins présents en moyenne inférieure à celle d'un mois normal sans congés

S'il n'existe aucune organisation institutionnelle coordonnée des congés des médecins, et de ce fait aucune information centralisée sur les départs en vacances des médecins, les statistiques d'activité élaborées par la CNAMTS permettent d'approcher la part des médecins en vacances, puisqu'elles rendent compte, quotidiennement, des praticiens libéraux ayant émis des actes – consultations ou visites dans le cas des médecins libéraux.

**Nombre d'omnipraticiens présents sur un jour de semaine
(comparaison août 2003/août 2002 et août 2003/mars 2003)**

	Mardi 13 août 2002	Mardi 12 août 2003	Mardi 18 mars 2003	Evolution du nombre de praticiens présents entre Août 2003 et Août 2002	Part des praticiens présents en août 2003 par rapport aux praticiens présents en mars 2003
Côte d'Or	341	350	444	+ 2,6 %	79 %
Eure et Loir	194	184	276	- 5,2 %	67 %
Isère	645	648	993	+ 0,5 %	65 %
Meurthe-et-Moselle	569	554	652	- 2,6 %	85 %
Rhône	656	658	1 201	+ 0,3 %	55 %
Paris	948	925	1 657	- 2,4 %	56 %
Yvelines	532	546	885	+ 2,7 %	62 %
Hauts-de-Seine	476	459	944	- 3,6 %	49 %
Seine-Saint-Denis	503	489	850	- 2,7 %	58 %
Val-de-Marne	460	483	879	+ 4,9 %	55 %
MOYENNE FRANCE	38 582	38 601	49 976	+0,1 %	77 %

Source : CNAMTS, ERASME, exploitations départementales demandées par la mission

Ce tableau montre en premier lieu que le nombre des omnipraticiens ayant émis au moins un acte pendant la journée choisie ici (un mardi de la seconde quinzaine du mois d'août) a été tout à fait comparable en août 2002 et en août 2003. L'analyse départementale montre que les variations par département sont minimales par rapport à ce constat national.

Si l'on compare cette fois le mois d'août 2003 avec une période « normale » d'activité du mois de mars 2003 (sans vacances scolaires, ni grève, ni jours fériés), on constate une différence plus marquée entre des départements mixtes, ayant une composante rurale marquée, et les départements à dominante urbaine :

- dans les départements à composante rurale marquée, le nombre des généralistes présents en août 2003 représente entre 65 et 87 % des médecins présents la semaine témoin du mois de mars – ou, autrement dit, entre 13 et 35 % des omnipraticiens selon les départements ont été absents de leur cabinet à cette période;
- dans les six départements urbains de l'enquête, en revanche, on constate qu'environ un médecin sur deux est absent de son cabinet – toujours en se référant au mois de mars 2003.

Les données calculées ici pour un mardi sont très comparables si l'on prenait d'autres jours de la semaine (cf. annexe 4 reprenant la note de la CNAMTS sur les statistiques d'activité des médecins libéraux pendant la canicule par département).

Ces chiffres sont à regarder en parallèle aux taux de départ en vacances de l'ensemble de la population, notamment en Ile de France. Ils montrent que les taux de départ en vacances des médecins mesurés à partir des actes émis se rapprochent de ceux de l'ensemble de la population et ne sont pas en décalage y compris avec les taux de départ en vacances des personnes plus âgées. Le fait que les médecins s'absentent plus dans les zones urbaines comme l'Ile de France présente également des caractéristiques similaires à celle de l'ensemble de la population française en termes de départs en vacances. Le comportement des

généralistes ne semble pas très différent de celui du reste de la population. Il n'est toutefois pas possible ici d'établir de véritables corrélations, dans la mesure où la mission ne disposait que des données de 1999 sur les vacances des Français.

Taux de départ en vacances en % en 1999

	Eté	Hiver	Ensemble Total sur l'année
Ensemble de la population, France entière	57 %	28 %	62 %
Plus de 70 ans, France entière	34 %	15 %	38 %
Plus de 70 ans, Ile de France	51 %	18 %	56 %

Source : enquête INSEE, enquête « vacances », octobre 1999

Par ailleurs, l'annexe 4 fournie par la CNAMTS montre que le nombre d'actes effectués en août 2003 est très comparable à celui des actes effectués en août 2002 : d'un point de vue global, il n'y a pas eu d'inflexion significative de l'activité des médecins généralistes entre ces deux étés.

En même temps, l'activité des médecins libéraux présents pendant les jours de semaine du mois d'août 2003 demeure moins soutenue que celle d'une période normale de l'année. On peut comparer, pour le montrer, le nombre moyen d'actes effectués les jours de semaine pour la première et la deuxième semaine du mois d'août 2003 – par référence à une semaine du mois de mars 2003, sans congés ni grèves (pour la seconde semaine d'août, on a pris une comparaison n'incluant pas le vendredi 15 août, férié).

Nombre moyen d'actes par omnipraticien pendant les deux premières semaines du mois d'août 2003, comparativement à l'activité d'une semaine du mois de mars 2003 (jours de semaine non fériés uniquement)

	Nombre d'actes du 4 au 8 août 2003	Nombre d'actes du 17 au 21 mars 2003	Rapport août/mars 2003 (en %)	Nombre d'actes du 11 au 14 août 2003	Nombre d'actes du 17 au 20 mars 2003	Rapport août/mars 2003 (en %)
Côte d'Or	64	78	- 18 %	55	61	- 9 %
Eure et Loir	80	96	- 17 %	70	75	- 7 %
Isère	68	74	- 9 %	57	58	- 1 %
Meurthe-et-Moselle	76	86	- 12 %	67	68	- 2 %
Rhône	58	74	- 22 %	40	58	- 32 %
Paris	47	60	- 22 %	40	48	- 17 %
Yvelines	60	87	- 31 %	50	69	- 28 %
Hauts-de-Seine	53	77	- 32 %	45	61	- 27 %
Seine-Saint-Denis	73	101	- 28 %	65	80	- 19 %
Val-de-Marne	59	82	- 29 %	50	65	- 23 %

Source : CNAMTS, ERASME, exploitations départementales demandées par la mission

Deux conclusions majeures ressortent de ce tableau :

- d'une part, l'activité au mois d'août 2003 des médecins présents est restée, quel que soit le département, inférieure à l'activité de la semaine de référence du mois de mars 2003 ; cela signifie que les médecins présents n'ont pas été surchargés pendant cette période ;

-
- d'autre part, on constate que la différence d'activité est nettement plus marquée dans les départements de Paris et de la couronne parisienne que dans les autres départements.

Les entretiens menés par la mission vont dans le même sens que ce constat statistique. Les médecins présents au mois d'août n'ont pas indiqué avoir eu une surcharge d'activité particulière, par rapport aux autres mois d'août. Pour eux, cette période demeure usuellement moins active que les autres périodes de l'année, spécialement les périodes hivernales où ils sont confrontés par exemple à des épidémies de grippe ou des épidémies de gastro-entérites. Aucun des médecins exerçant en cabinet rencontrés par la mission n'a indiqué avoir reçu un nombre d'appels tels qu'il ait dû renoncer à certaines consultations ou visites Plusieurs médecins avaient apporté leurs carnets de rendez-vous à l'appui de leurs dires.

1.3 - Beaucoup d'associations de médecins fonctionnant 24 heures sur 24 ont fait face à une augmentation d'activité concentrée sur quelques jours

La mission a rencontré dans tous les départements où elles existent les associations de médecins assurant des visites à domicile 24 heures sur 24, certaines d'entre elles étant affiliées à la Fédération SOS médecins, d'autres n'étant pas adhérentes et fonctionnant pour certaines sur des principes différents, notamment dans leur lien au SAMU.

Les seuls médecins libéraux à avoir vu leur activité augmenter significativement sont ces associations de médecins effectuant des visites à domicile 24 heures sur 24. Encore convient-il de nuancer ce constat : toutes ces associations n'ont pas augmenté dans les mêmes proportions leur nombre de visites, parfois faute de médecins en nombre suffisant. Pour un même département, la mission a pu constater que certaines associations qui ont eu la possibilité de faire appel à des confrères d'astreinte comme SOS médecins avaient vu leur activité augmenter significativement, d'autres ayant connu une activité finalement comparable à celle enregistrée en août 2002 . L'annexe 6 décrit de façon détaillée le fonctionnement de ces associations dans les différents départements et la façon dont elles sont intervenues pendant la période de canicule en termes quantitatifs et qualitatifs.

Le mode d'exercice particulier des structures de visites à domicile explique pour partie cette progression d'activité. En effet, les effectifs des médecins nécessaires sur chacune des tranches horaires et sur les différents jours de la semaine sont évalués pour chaque période de l'année par référence à l'activité des années précédentes. Il y a donc une modulation permanente des effectifs présents en fonction de la demande des patients, avec par exemple, une présence de médecins plus importante l'hiver pendant les périodes d'épidémie, ou encore les week-ends pour assurer la relève des cabinets médicaux fermés. En outre, une majorité des associations rencontrées par la mission disposent de médecins d'astreinte qu'elles peuvent mobiliser en cas d'augmentation brutale d'activité sur une période donnée. Plusieurs d'entre elles ont été amenées à y recourir certaines journées du mois d'août. SOS Médecins 75 a également augmenté le nombre des standardistes certaines journées. Ces associations offrent ainsi une réactivité et une souplesse d'intervention qui permet pour partie d'absorber une demande supplémentaire exceptionnelle. Un généraliste travaillant dans un cabinet médical isolé ne dispose pas des mêmes moyens pour adapter en permanence son activité à la demande. L'analyse plus fine des personnes reçues et des pathologies montre aussi que ces associations ont joué en août 2003 un rôle particulier dans la prise en charge des personnes âgées. L'annexe 6 décrit de façon plus détaillée le fonctionnement des différentes associations

de visite à domicile 24 heures sur 24 et la façon dont elles se sont adaptées à la période de canicule.

**Evolution quantitative de l'activité de quelques associations de médecins
assurant des visites à domicile 24 heures sur 24**

Dijon (21)	<u>SOS Médecins Dijon</u> 1 117 visites en août 2002 1 461 visites en août 2003, soit une progression de 30,8 %
Nancy (54)	<u>SOS Médecins Nancy</u> 1 051 visites en août 2002 1 537 visites en août 2003, soit une progression de 46,2 %
Paris (75)	<u>Urgences Médicales de Paris (UMP)</u> 2 505 visites en août 2002 3001 visites en août 2003, soit une progression globale de 20 % <u>SOS Médecins Paris</u> 17 166 visites du 28 juillet au 19 août 2002 17 595 visites du 28 juillet au 19 août 2003, soit une progression de 2,5 % <u>Gardes Médicales de Paris</u> 1 486 visites en août 2002 1 326 visites en août 2003, soit une baisse d'activité de 11 %
Lyon (69)	<u>SOS Lyon Médecins</u> 4865 visites en août 2002 5335 visites en août 2003 soit une augmentation d'activité de 9,7%
Yvelines (78)	<u>SOS Yvelines</u> 3 931 visites en août 2002 4 176 visites en août 2003, soit une progression de 6,2 %
Seine-Saint-Denis (93)	Service d'Urgence médicale (SUR) : Activité en augmentation de 3% en août 2003 faute d'effectifs en nombre suffisant

Source : statistiques des quelques associations transmises à la mission

Aucune de ces structures, malgré l'augmentation très forte de leur activité sur la période, n'ont eu le réflexe de signaler ce phénomène à l'autorité de tutelle, pas plus qu'elles n'ont signalé le caractère inhabituel des pathologies rencontrées. Leur non intégration dans les réseaux d'alerte existants constitue certainement l'une des explications de cette absence de contacts.

1.4 Les médecins libéraux ont pris en charge des nourrissons et adultes présentant des pathologies liées à la déshydratation en nombre nettement plus important que lors des étés précédents

Si la comparaison de l'activité entre août 2002 et août 2003 est en volume relativement comparable pour les médecins libéraux, la répartition de l'activité en fonction de l'âge des patients fait apparaître une progression significative du nombre d'actes dispensés aux enfants de 3 ans et moins. Cette progression apparaît particulièrement significative dans les départements de la couronne parisienne, avec une progression de 19 % des actes pour les moins de 3 ans dans les Hauts de Seine si l'on compare les 20 premiers jours des mois

d'août 2003 avec ceux d'août 2002, atteignant même 20,5 % en Seine-Saint-Denis pour la même période.

**Evolution du nombre d'actes pour des patients âgés de moins de 3 ans
entre août 2002 et août 2003**

	Nombre d'actes pour les patients de moins de 3 ans du 1 ^{er} au 18 août 2003 / Nombre d'actes pour les patients de moins de 3 ans du 2 au 19 août 2002
Côte d'Or	+ 10,2 %
Eure et Loir	+ 11,4 %
Isère	+ 11,9 %
Meurthe-et-Moselle	- 0,8 %
Rhône	+ 12,9 %
Paris	+ 7,6 %
Yvelines	+ 10,9 %
Hauts-de-Seine	+ 19,1 %
Seine-Saint-Denis	+ 20,5 %
Val-de-Marne	+ 16,6 %

Source : CNAMTS, Erasme, exploitations départementales demandées par la mission, nov.2003

En revanche, l'analyse des actes pour les autres tranches d'âge de la population ne fait pas apparaître de tendance significative. Notamment, l'analyse de l'évolution des actes dispensés aux patients âgés de 75 ans et plus ne met pas en évidence une évolution de l'activité comparable entre tous les départements. On observe toutefois des différences entre ces départements, avec deux situations extrêmes : les Hauts-de-Seine, où le nombre d'actes dispensés aux plus de 75 ans a diminué de 4,5 % entre août 2003 et août 2002 et Paris, où apparaît en revanche une progression de 5,6 % du nombre d'actes dispensés aux plus de 75 ans sur la période. La mission n'a pas d'explication immédiate à fournir pour rendre compte de telles variations.

**Evolution du nombre d'actes pour des patients âgés de 75 ans et plus
entre août 2002 et août 2003**

	Nombre d'actes pour les patients âgés de plus de 75 ans du 1 ^{er} au 18 août 2003 / Nombre d'actes pour les patients âgés de plus de 75 ans du 2 au 19 août 2002
Côte d'Or	+ 3,8 %
Eure et Loir	- 4,2 %
Isère	- 0,7 %
Meurthe-et-Moselle	+ 4,4 %
Rhône	+ 1,1 %
Paris	+ 5,6 %
Yvelines	+ 0,5 %
Hauts-de-Seine	- 4,5 %
Seine-Saint-Denis	- 0,1 %
Val-de-Marne	+ 1,4 %

Source : CNAMTS, Erasme, exploitations départementales demandées par la mission, nov. 2003

L'une des explications que l'on peut avancer quant à cette différence de prise en charge, renvoie à l'effet conjugué du mode d'exercice de la médecine de ville et de la demande des patients. La médecine libérale est en effet organisée autour d'une réponse à la sollicitation de ses patients. Les parents ayant des enfants de moins de 3 ans présentant des signes de fièvre ont tendance à se déplacer rapidement pour consulter un médecin. En revanche, de l'avis d'une grande majorité des omnipraticiens rencontrés par la mission, les personnes âgées ont moins recours au système de santé lorsque leur médecin traitant est absent et est remplacé par un confrère qu'elles ne connaissent pas. Elles diffèrent leur visite au cabinet médical, sauf en cas de réelle urgence, où c'est alors l'entourage qui les prend en charge.

A contrario il faut souligner que, si en moyenne, il n'y a pas eu de progression significative du nombre d'actes en ville pour les patients âgés de 75 ans et plus, les associations de médecins assurant des visites 24 heures sur 24 ont elles, fait face à une augmentation significative de leur activité pour cette même catégorie de population. Cette augmentation s'explique aussi par le mode d'intervention à domicile, que peuvent privilégier les personnes âgées qui rencontrent des difficultés de déplacement – ou leur entourage.

Prise en charge des patients âgés par les associations de visite à domicile 24h/24 **Quelques données statistiques**

SOS Médecins Dijon (21)	Visites patients âgés de plus de 70 ans : 147 en août 2002 332 en août 2003, soit une progression de 225 %
SOS Médecins Paris (75)	Visites patients âgés de plus de 75 ans 2032 du 28 juillet au 19 août 2002 3069 du 28 juillet au 19 août 2003, soit une progression de 51 %
Urgences médicales de Paris (75)	Visites patients âgés de plus de 70 ans : 1056 en août 2002 1479 en août 2003, soit une progression de 40 %

Source : statistiques transmises par les associations à la mission

La mission a par ailleurs rencontré la société IMS Health (Institut medical statistique) qui a réalisé une étude sur l'activité et les prescriptions des médecins libéraux pendant la période de canicule, à la demande du syndicat MG France. Deux sources statistiques distinctes (qui sont des enquêtes permanentes et non des enquêtes réalisées spécialement à l'occasion de la canicule) ont été utilisées pour cette étude :

- une première étude porte sur les motifs de consultations. Elle a été réalisée auprès d'un panel de 835 médecins (400 généralistes et 435 spécialistes), dont les prescriptions sont suivies régulièrement sur une base trimestrielle. Les résultats obtenus par extrapolation à partir de ce panel font apparaître que les médecins libéraux ont réalisé 65 000 consultations pour déshydratation sur trois mois entre juin et août 2003, contre respectivement 13 000 consultations pour ce motif entre juin en août 2002 et 14 000 consultations pour ce même motif entre juin et août 2001 ;

- une seconde étude a été réalisée auprès d'un réseau de 10 200 pharmacies de ville sur la délivrance des médicaments pendant cette période. Ont été analysées précisément les classes de médicaments K 01 de solutions pour perfusions et l'évolution de leur prescription mensuelle par des médecins libéraux entre janvier 2000 et septembre 2003 (K01A3 : solutions salines isotoniques ; K01B1 : chlorure de sodium isotonique ; K01B3 : perfusions d'hydrates de carbone). Les résultats font d'abord apparaître une prescription permanente de ce type de solutés importante dont IMS Health estime qu'elle représente une prise en charge continue de 150 000 à 200 000 personnes. Les chiffres témoignent également d'une progression très marquée de la vente de ces solutés massifs pendant l'été 2003, qui remonte d'ailleurs pour certains départements au mois de juin 2003 et non au seul mois d'août 2003. Les cartes reproduites en annexe 10 permettent de suivre, département par département, la progression de la vente de ces solutés prescrits par les médecins libéraux entre mai 2003 et septembre 2003.

Ces données illustrent le fait que les médecins libéraux, tout en ayant eu une activité en volume constante entre les mois d'août 2002 et d'août 2003, ont, dans leur pratique, augmenté la part relative des diagnostics de déshydratation et contribué à la prise en charge de ces pathologies à travers une augmentation importante des prescriptions de perfusions de solutés massifs. Il demeure toutefois impossible de rapporter ces données à l'ensemble des besoins sur le territoire.

1.5 – Une communication entre médecins hospitaliers et libéraux sur les hyperthermies et l'émission de messages d'alerte des autorités sanitaires compétentes auraient permis une prise en charge collective plus rapide de cette pathologie exceptionnelle auprès des personnes âgées

Ces éléments statistiques reconstruits *a posteriori*, sur les consultations de nourrissons ou encore sur les prescriptions de solutés massifs illustrent la façon dont la médecine de ville a réagi à la canicule.

Toutefois, la plupart des médecins rencontrés par la mission ont déclaré ne pas avoir mesuré l'ampleur de la catastrophe sanitaire en cours. Pour beaucoup, la prise de conscience est venue de signaux extérieurs à leur propre pratique professionnelle, le plus souvent des médias (images télévisées, rubriques nécrologiques dans les journaux locaux...). Beaucoup de médecins ont indiqué qu'ils n'avaient pas constaté de décès en nombre important dans leur patientèle, ni enregistré de phénomène épidémiologique massif susceptible de les alerter.

Statistiques de décès et effectifs de généralistes par région

	Décès observés du 1 ^{er} au 20 août 2003	Décès attendus du 1 ^{er} au 20 août 2003	Surmortalité du 1 ^{er} au 20 août 2003 (1) – (2)	Nombre d'omnipraticiens actifs au 31/12/2002
Ile de France	8 506	3 639	4 866	10 257
Dont :				
- Paris	1 910	843	1 066	2 706
- Yvelines	815	392	423	1 217
- Hauts-de-Seine	1 295	496	799	1 234
- Seine-Saint-Denis	949	365	584	1 079
- Val-de-marne	1 202	444	758	1 070
Bourgogne	1 477	885	592	1 556
Centre	2 441	1 203	1 237	2 195
Rhône-Alpes	3 524	2 335	1 188	5 740
France entière	41 621	26 818	14 802	60 976

Source des données de mortalité : INSERM, Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques, D. Hémon et E. Jouglu, rapport remis le 25 septembre 2003

Source des données sur les médecins généralistes : CNAMTS, SNIR 2002

L'absence de perception par les médecins libéraux de l'importance des décès est corroborée par la confrontation des données statistiques. Le rapport quantitatif entre le nombre de décès et le nombre de généralistes montre qu'il n'était pas possible, au niveau d'un cabinet de généraliste isolé, d'appréhender la gravité du problème et partant, la surmortalité en train de se produire. Les données présentées dans ce tableau doivent être utilisées avec précaution et ne peuvent être corrélées immédiatement. En effet, les décès observés incluent des décès à l'hôpital de personnes qui pouvaient être préalablement hospitalisées ou hébergées dans des structures médicalisées d'hébergement pour personnes âgées : ces décès sont invisibles pour les médecins libéraux. Ils incluent également, probablement dans une proportion bien moindre, des décès de personnes n'ayant aucun contact avec des médecins libéraux. Par ailleurs, les données présentées sont celles de l'ensemble des omnipraticiens, et il faudrait ramener les chiffres à la moyenne des omnipraticiens présents. Les colonnes des décès comme la colonne des médecins sont donc surestimées, si l'on cherche à rapprocher des deux données.

En toute hypothèse, si l'on prend l'ensemble des décès observés (et non la seule surmortalité), quelle que soit la région, on constate que chaque médecin généraliste pris isolément n'a eu connaissance que d'un nombre très faible de décès, avec une moyenne significativement inférieure à un décès par médecin. Ce chiffre est en concordance avec la teneur des entretiens menés par la mission, où les généralistes ont tous indiqué n'avoir eu soit aucun décès dans leur clientèle soit un ou deux, parfois prévisibles compte tenu de l'état de santé des patients. La dispersion numérique de la médecine de ville rendait impossible sa participation à l'alerte.

Seuls les médecins regroupés dans des entités suffisamment importantes comme SOS médecins à Paris (plus de 150 médecins regroupés) disposaient d'éléments statistiques susceptibles de concourir au déclenchement de l'alerte et de révéler l'ampleur des difficultés

en cours. Ces structures n'étaient toutefois pas intégrées dans des réseaux d'alerte au moment de la canicule.

Un autre élément a contribué au caractère souvent tardif de la prise de conscience du problème : à savoir le caractère exceptionnel et très inhabituel des pathologies d'hyperthermie qui se sont manifestées au moment de la canicule. Pour les médecins hospitaliers confrontés à la gravité de la situation, les diagnostics d'hyperthermie ont été établis, selon les endroits, entre le 7 août et le 11 août. Dans un premier temps, les augmentations brutales de fièvre constatées chez les patients âgés ont été généralement attribuées à des causes infectieuses. Ce n'est que dans un second temps, notamment après les résultats des examens sanguins, que l'infection a pu être écartée et le diagnostic d'hyperthermie posé. Par la suite, des protocoles ont été définis, notamment par les SAMU et les services d'urgence de la région Ile-de-France, entre le 9 et le 11 août 2003 (protocoles de refroidissement des patients remis à la mission). Toutefois, ces protocoles n'ont pas été diffusés en direction des généralistes. Dans le cas de Paris, l'AP-HP avec le SAMU avait convoqué la presse écrite et télévisée le 11 août 2003, mais les messages médicaux de traitement de l'hyperthermie n'ont pas été particulièrement repris, alors que les media se sont fait l'écho de l'ampleur des décès.

Aucun message spécifique sur cette pathologie n'a non plus été adressé aux généralistes par les autorités sanitaires.

Le réseau « DGS Urgent », qui est un système d'information électronique destiné aux professionnels de santé, a vu son nombre d'abonnés fortement progresser depuis sa mise en place (225 professionnels de santé abonnés en mai 2003 ; 14 433 professionnels abonnés en août 2003, dont 13 300 médecins). Trois messages ont été envoyés aux professionnels de santé pendant le mois d'août 2003 par le biais de ce réseau : l'un le 11 août 2003 sur la légionellose à Montpellier, l'autre le 22 août sur la leptospirose et le troisième le 23 août sur les effets pathologiques différés de la canicule :

« L'Institut de veille sanitaire a informé ce jour, la direction générale de la Santé d'une augmentation perceptible chez les personnes âgées de pathologies témoignant d'effets différés de la canicule. Il s'agit de troubles cardiovasculaires (maladie thromboembolique, insuffisance cardiaque avec œdème pulmonaire), de troubles métaboliques suite à une réhydratation importante sans apport concomitant de sel, d'infections urinaires, de troubles du comportement, voire de décompensation psychiatrique. La vigilance reste de mise dans l'entourage des personnes âgées (notamment poly médicamenteuses), même après disparition des fortes chaleurs. »

Ce message est le seul à avoir été délivré au sujet de la canicule. Outre son caractère tardif, il faut souligner son inadaptation à la situation puisqu'il ne contient aucun élément relatif à une conduite à tenir.

Dans ce contexte, et face à une pathologie d'hyperthermie à laquelle la quasi-totalité des médecins hospitaliers rencontrés par la mission ont indiqué avoir été confrontés sous cette forme, pour la première fois de leur carrière professionnelle, les capacités de réactions de la médecine de ville ont été obérées.

Les associations 24 heures sur 24 ont aussi participé à la prise en charge des personnes âgées. Les médecins de l'association urgence médicale de Paris (UMP) ont dispensé des conseils pratiques systématiques dans toutes les maisons de retraite où ils étaient amenés à intervenir, notamment :

- en cas de fièvre, interdiction de toute prescription de neuroleptique, quel que soit le motif ;
- en cas d'insuffisance cardiaque traitée par diurétiques, augmentation de l'apport d'eau mais sans diminution de leur posologie

SOS médecins avait rédigé le 12 août 2003 à l'intention de son personnel de standard une liste de conseils à prodiguer aux patients souffrant de la canicule :

- surveillance : température, maux de tête, vomissements, vertiges
- conduite à tenir : faire boire, faire baisser la température, humidifier l'environnement, prise d'antipyrétiques, repos dans une pièce aérée non confinée

Mais les réactions des médecins libéraux ne se sont manifestées qu'à un niveau strictement local voire individuel, sans transmission de protocoles systématiques. Plusieurs services d'urgence ont ainsi signalé que des patients encore sous traitement de neuroleptiques ou de diurétiques sont arrivés aux services d'urgence et souffrant de fortes fièvres. L'existence de messages d'alerte sanitaire, notamment sur ces prescriptions, aurait favorisé une prise en charge en amont plus précoce des personnes âgées – qu'elles soient à domicile ou en établissement.

La médecine de ville ne constitue toutefois qu'un maillon dans la chaîne de prise en charge de cette population. Elle n'avait pas la capacité de gérer intégralement les mesures de prévention. A titre d'exemple, on peut citer un département où le SAMU a pris l'initiative de distribuer, par les fourgons de la Croix-Rouge, de la glace dans toutes les maisons de retraite. Une telle action ne peut évidemment être mise en œuvre par un médecin libéral isolé. De même, les responsables des services d'urgence ont insisté sur le fait que les malades arrivant chez eux ne relevaient plus de la médecine de ville vu la gravité de leur état. Or, les pathologies d'hyperthermie peuvent se déclencher très brutalement chez les patients, ne permettant pas nécessairement une prise en charge en amont par la médecine de ville.

Ainsi, une diffusion large de messages à destination des médecins généralistes, mais aussi des hospitaliers, sur les caractéristiques liées au diagnostic d'hyperthermie, et des conduites thérapeutiques à tenir, aurait permis une sensibilisation précoce des médecins libéraux et une prise en charge individuelle plus adaptée de cette pathologie. Elle aurait pu contribuer également à la prise de mesures collectives en faveur des populations plus spécifiquement concernées.

Deuxième partie

Des difficultés ont été constatées pour l'établissement des certificats de décès en région parisienne et pour l'organisation de la permanence des soins pendant les soirs et les week-ends du mois d'août dans certains secteurs de garde

Si les médecins libéraux ont été présents en nombre suffisant pendant le mois d'août, la canicule a fait ressortir deux problèmes particuliers :

- d'une part, face à l'accroissement très important en volume du nombre de décès, concentré sur quelques journées, les procédures classiques d'établissement des certificats de décès ont très difficilement fonctionné, spécialement en Ile de France. Les médecins présents ont de plus privilégié les soins par rapport à l'établissement de ces certificats, ce qui a abouti à des délais parfois très longs dans l'obtention de ces documents ;
- d'autre part, pendant les soirs et les week-ends, plusieurs SAMU/centre 15 ont cherché à joindre des médecins de garde sans succès. Ces difficultés, réelles, renvoient non pas à une absence totale de médecins sur ces plages horaires, comme le montrent les statistiques de la CNAMTS, mais au fait que les tableaux de garde peuvent se révéler soit incomplets, soit peu fiables, voire inexistantes. Les tableaux de garde, dans plusieurs secteurs de garde, n'ont pas permis d'identifier correctement les médecins effectivement présents, ce qui a directement pesé sur la capacité du SAMU/centre 15 à y recourir.

A l'occasion de la canicule, quatre des conseils départementaux de l'ordre sur les dix rencontrés par la mission avaient entamé des actions particulières de mobilisation de leurs confrères, sur sollicitation de la DDASS ou de la préfecture. Le conseil national de l'ordre des médecins a quant à lui réalisé une enquête auprès de l'ensemble des conseils départementaux de l'ordre et indique que 85 départements ont répondu n'avoir rencontré aucune difficulté particulière pendant cette période alors que 10 départements ont connu des incidents mineurs et récurrents (cf. annexe 8).

2.1. L'augmentation brutale et concentrée du nombre des décès en région parisienne a été à l'origine de délais parfois importants pour l'établissement des certificats de décès

Lors des enquêtes dans les dix départements, la mission a systématiquement interrogé les différents acteurs sur la question des certificats de décès. De ces entretiens, il apparaît qu'aucune difficulté particulière n'a été signalée dans les cinq départements de province où la mission s'est rendue (Côte d'Or, Eure-et-Loir, Isère sauf le cas particulier de Bourgoin Jallieu où la Société Mobile d'Urgence Médicale a signalé des problèmes, Meurthe-et-Moselle, Rhône).

Par ailleurs, dans l'ensemble des départements, il a été souligné que les difficultés les plus importantes ont concerné les retards dans l'inhumation des corps, du fait de l'encombrement

des Pompes funèbres, et de grandes difficultés dans la conservation des corps, encore aggravées par la chaleur.

Pour autant, l'établissement des certificats de décès a posé de réelles difficultés, d'ampleur variée, dans les cinq départements d'Ile de France enquêtés où le volume des décès a été en valeur absolue le plus important (8 506 décès observés en Ile de France, soit une surmortalité de 4 867 personnes, représentant le tiers de la surmortalité observée sur la France entière). Dans ces cinq départements, les médecins interrogés eux-mêmes, et spécialement les médecins ayant un cabinet en ville, ont indiqué que l'établissement des certificats de décès leur posait de réelles difficultés dès lors qu'il s'agissait d'établir un certificat pour des personnes qui n'étaient pas habituellement leurs patients.

Plusieurs types de difficultés ont été indiquées à la mission :

- en premier lieu, il paraît très difficile à un médecin d'abandonner sa consultation, avec des patients dans la salle d'attente, pour aller établir un certificat de décès. Ceci est d'autant plus vrai que l'établissement d'un tel certificat peut prendre du temps, à la fois pour examiner le patient et répondre à la famille ;
- ensuite, le contenu même des certificats de décès, notamment la partie relative aux causes du décès, n'est pas toujours simple à remplir, surtout pour un patient inconnu. ;
- de même, le médecin doit se prononcer sur la présence ou non d'un pacemaker (information nécessaire en cas d'incinération), question sur laquelle il peut être difficile de répondre en l'absence de famille ; il engage sa responsabilité en cas de mention inexacte portée sur l'imprimé ;
- les médecins remplaçants non thésés ne sont pas habilités à remplir ces certificats ;
- un autre problème est relatif à la rémunération de ces actes. Lorsque les défunts faisaient partie de leur clientèle, beaucoup de praticiens ont tendance à ne rien demander, à leur entourage considérant qu'il s'agit d'une question d'éthique. Dans les autres cas, et particulièrement si les médecins sont sollicités de façon importante et répétée, la question se pose en des termes différents. Il existe un certain flou sur les modalités de paiement et des pratiques très différentes d'un endroit à l'autre ;
- enfin, dans un certain nombre de cas rares spécifiques à la période de canicule, l'état de décomposition des corps était tel du fait de la chaleur que des médecins ont pu refuser d'établir les certificats de décès.

Dans le cas de Paris, il faut y ajouter un problème particulier de distribution des formulaires de certificats de décès par les mairies d'arrondissement qui a pu ponctuellement contribuer à majorer les difficultés rencontrées. Les deux principales associations de visites à domicile (SOS médecins et l'UMP) n'ont eu aucune difficulté à se procurer des formulaires dans la mesure où elles les demandent directement à la DASS de Paris qui les leur transmet en liasses importantes. En revanche, les médecins de ville s'adressent aux mairies d'arrondissement pour obtenir des certificats de décès et celles-ci, aux dires de plusieurs des généralistes rencontrés par la mission, ne fourniraient dans ce cas les formulaires « qu'au compte goutte », un par un ou au maximum cinq formulaires à la fois. Cela contraint donc les médecins à repasser régulièrement dans ces mairies pour récupérer des formulaires. Interrogée sur le point, la DASS de Paris ne comprend pas cette attitude des mairies d'arrondissement dans la mesure où les certificats leur sont envoyés en grand nombre et sans rupture de stocks, y compris pendant l'été.

Ces éléments conjugués ont pu conduire certains médecins, de façon ponctuelle, à ne pas répondre à une sollicitation pour établir un certificat de décès pour un patient qu'ils ne connaissaient pas.

Mais dans l'ensemble (hors PARIS), les médecins libéraux exerçant dans des cabinets individuels ont été peu sollicités pour établir des certificats de décès et étaient de toute façon mal identifiés par les services de police. L'enquête effectuée par le réseau Sentinelles auprès des médecins généralistes appartenant à ce réseau confirme ce point (cf. annexe 9).

Pour autant, notamment à Paris où ces statistiques sont disponibles, les associations de médecins 24h sur 24 ont été amenées à établir un nombre de certificats médicaux beaucoup plus important que les années précédentes. Ces associations, en particulier SOS médecins, ont indiqué à la mission qu'elles avaient aussi privilégié les demandes de soins par rapport aux sollicitations portant sur des certificats de décès. De ce fait, des délais parfois importants étaient nécessaires pour répondre aux demandes qui leur parvenaient. Toutefois, SOS Médecins n'a pas été en mesure de fournir à la mission des données chiffrées indiquant le nombre de cas dans lequel les délais indiqués ont conduit à une absence de réponse.

Nombre de certificats de décès établis par les associations 24 heures sur 24

	Nombre de certificats de décès 2002	Nombre de certificats de décès 2003
SOS Médecins Paris	du 1 ^{er} au 19 août 2002 : 7 certificats établis	du 1 ^{er} au 19 août 2003 117 certificats établis (maximum : 34 certificats le 13 août 2003)
UMP Paris	du 1 ^{er} au 31 août 2002 47 certificats établis	du 1 ^{er} au 31 août 2003 172 certificats établis (maximum : 29 certificats le 12 août 2003)
GMP Paris	non fourni	Du 7 au 18 août 90 demandes de certificats de décès dont 23 le 13 août, une partie a été renvoyée vers les UMP
SOS 92	Du 2 au 19 août 2002 37 demandes de certificats 34 certificats effectués	Du 2 au 19 août 2003 125 demandes de certificats 94 certificats effectués
SOS Médecins Grenoble	non fourni	Du 2 au 19 août 2003 23 certificats établis

Sources : statistiques transmises par les associations à la mission

Ces éléments sont concordants avec les informations transmises par la préfecture de police. (cf. annexe 7 questionnaire auprès de la Direction de la police urbaine de Proximité relatif à l'établissement des certificats de décès pendant la période de canicule).

Interrogée par la mission, la préfecture de police a précisé le cadre dans lequel elle est amenée à solliciter les médecins libéraux et les difficultés spécifiques qu'elle a pu rencontrer. Les cas où il est fait appel à un médecin libéral s'inscrivent dans la procédure d'envoi des corps à l'Institut médico-légal par mesure d'hygiène ou de décence. Cette procédure est utilisée en cas de décès manifestement d'origine naturelle, lorsqu'il s'avère impossible de faire procéder aux obsèques de manière habituelle en raison de l'absence de toute famille sur place ou lorsque l'exiguïté des lieux, l'état du corps, les conditions atmosphériques rendent impossible le maintien du corps sur place. En période normale, ces cas sont exceptionnels, estimés à moins d'une intervention par jour par la préfecture de police de Paris et cette activité ne pose

aucune difficulté particulière, tant sur le plan de l'activité des services de police que des médecins.

La préfecture de police a eu un pic brutal d'interventions qui s'est produit au cours de la période du 11 au 20 août 2003 durant laquelle 437 interventions au total ont eu lieu pour des décès. Cet accroissement d'activité a été encore plus sensible pour les envois à l'Institut médico-légal par mesure d'hygiène et de décence, qui ont concerné 182 décès sur cette seule période. Dans tous ces cas, la médecine libérale a effectivement répondu. En revanche, la préfecture de police a indiqué que, dans un certain nombre de cas (qui n'a pas été chiffré), elle avait souhaité utiliser cette procédure et n'avait pu le faire en raison de l'impossibilité de disposer dans des délais utiles du certificat nécessaire. Dans ces cas, les officiers de police judiciaire ont dû ouvrir une procédure d'enquête décès selon les formes de l'article 74 du code de procédure pénale et donc faire appel aux médecins de l'Institut médico-légal pour établir les certificats de décès.

Enfin, la préfecture de police a indiqué à la mission qu'il s'était produit plusieurs cas où le médecin, venu sur place, a refusé de rédiger le certificat médical soit compte tenu de l'état du corps soit du fait qu'il ne connaissait pas les antécédents médicaux du défunt. La préfecture de police a souligné que « jamais une situation comparable n'avait été soumise aux services de la préfecture de police. Aucun pic de décès de cette importance n'avait été constaté et les opérations consécutives aux décès ont toujours pu, avant cette période critique, être diligentées dans des conditions normales. » (cf. annexe 7).

En dehors de Paris, des difficultés ont également été signalées dans des maisons de retraite des Yvelines, où la délivrance des certificats de décès a pu prendre deux ou trois jours.

2.2. Les systèmes organisés de garde n'ont pas permis d'identifier l'ensemble des présences médicales pendant les périodes de permanence des soins

2.2.1 Les statistiques de la CNAMTS permettent de mesurer précisément le nombre de médecins présents les dimanches 10 et 17 août 2003

Les statistiques d'activité de la CNAMTS permettent de mesurer précisément le nombre de médecins présents les dimanches 10 août et 17 août, à travers le nombre de médecins ayant émis au moins un acte.

**Nombre d'omnipraticiens présents le dimanche 10 août 2003
(comparaison août 2003/août 2002 et août 2003/mars 2003)**

	Dimanche 11 août 2002	Dimanche 10 août 2003	Dimanche 23 mars 2003	Evolution du nombre de médecins présents entre août 2003 et août 2002	Nombre de présent présents en août 2003/ nombre de médecins présents en mars 2003
Côte d'Or	79	79	85	- 0,4 %	93 %
Eure et Loire	44	43	58	- 2,5 %	74 %
Isère	119	138	183	+ 16,4 %	76 %
Meurthe-et-Moselle	104	93	119	- 10,7 %	78 %
Rhône	143	148	223	+ 3,2 %	66 %
Paris	278	258	302	- 7,1 %	85 %
Yvelines	188	144	220	- 23,4 %	65 %
Hauts-de-Seine	103	93	157	- 9,5 %	59 %
Seine-Saint-Denis	171	92	214	- 46,1 %	43 %
Val-de-Marne	96	129	177	+ 34,5 %	73 %
MOYENNE FRANCE	9 504	9 177	10 993	- 3,4 %	83 %

Source : CNAMTS, ERASME, exploitations départementales demandées par la mission, nov. 2003

**Nombre d'omnipraticiens présents le dimanche 17 août 2003
(comparaison août 2003/août 2002 et août 2003/mars 2003)**

	Dimanche 18 août 2002	Dimanche 17 août 2003	Dimanche 23 mars 2003	Evolution du nombre de médecins présents entre août 2003 et août 2002	Nombre de présent présents en août 2003/ nombre de médecins présents en mars 2003
Côte d'Or	78	66	85	- 15,3 %	78 %
Eure et Loire	48	36	58	- 25,9 %	61 %
Isère	149	113	183	- 24,3 %	62 %
Meurthe-et-Moselle	114	79	119	- 30,6 %	66 %
Rhône	171	127	223	- 25,5 %	57 %
Paris	248	202	302	- 18,7 %	67 %
Yvelines	162	124	220	- 23,4 %	56 %
Hauts-de-Seine	96	63	157	- 34,0 %	40 %
Seine-Saint-Denis	172	92	214	- 46,2 %	43 %
Val-de-Marne	89	88	177	- 1,6 %	50 %
MOYENNE FRANCE	9 754	7 933	10 993	- 18,7 %	72 %

Source : CNAMTS, ERASME, exploitations départementales demandées par la mission, nov. 2003

Les deux tableaux font toutefois apparaître une différence significative entre les deux dimanches. La présence des médecins libéraux était en effet nettement plus importante le dimanche 10 août que le dimanche 17 août 2003.

On retrouve les différences déjà observées pour la semaine entre départements à dominante urbaine et départements ayant une composante rurale dans la comparaison entre l'activité des médecins un dimanche du mois d'août et leur activité un dimanche du mois de mars 2003. La différence la plus forte s'observe dans les Hauts-de-Seine et en Seine-Saint-Denis, où l'effectif présent en août est environ de 40 % celui observé au mois de mars 2003.

Le tableau suivant montre toutefois que le rapport entre le nombre de médecins travaillant la semaine et le nombre de médecins travaillant le dimanche est comparable en mars 2003 et en août 2003, de l'ordre de 20 % dans la plupart des départements. Deux départements sont en dessous de la moyenne, les Hauts-de-Seine et la Meurthe et Moselle, alors que deux départements sont au dessus de la moyenne, Paris et les Yvelines.

**Rapport entre les effectifs présents un mardi et les effectifs présents un dimanche,
respectivement pour les mois de mars 2003 et août 2003**

	Mardi 18 mars 2003	Dimanche 23 mars 2003	Dimanche/ Mardi (mars)	Mardi 12 août 2003	Dimanche 17 août 2003	Dimanche/ Mardi (août)
Côte d'Or	444	85	19,1 %	350	66	18,9 %
Eure et Loire	276	58	21,0 %	184	36	19,3 %
Isère	993	183	18,4 %	648	113	17,4 %
Meurthe-et-Moselle	652	119	18,2 %	554	79	14,3 %
Rhône	1 201	223	18,5 %	658	127	19,4 %
Paris	1 657	302	18,2 %	925	202	21,8 %
Yvelines	885	220	24,8 %	546	124	22,7 %
Hauts-de-Seine	944	157	16,6 %	459	63	13,8 %
Seine-Saint-Denis	850	214	25,2 %	489	92	18,9 %
Val-de-Marne	879	177	20,1 %	483	88	18,2 %
MOYENNE FRANCE	49 976	10 993	22,0 %	39 473	7 933	20,1 %

Source : CNAMTS, ERASME, exploitations départementales demandées par la mission

2.2.2 L'analyse détaillée des tableaux de garde existant en août 2003 confirme les disparités départementales et montre que les systèmes organisés de garde ne rendent pas nécessairement compte des présences médicales

Même si des médecins étaient présents et ont réalisé des actes y compris les jours fériés, ces médecins n'étaient pas nécessairement identifiés par les tableaux de garde. C'est de là que sont venues les principales difficultés rencontrées pendant les périodes de permanence des soins.

Les enquêtes départementales conduites par la mission ont en effet permis de préciser, dans les différents départements, la façon dont étaient élaborés les tableaux de garde et leur fiabilité. Le tableau qui suit synthétise les principaux résultats, établis à partir des documents transmis par les conseils départementaux de l'ordre, des entretiens avec les associations de garde et des entretiens avec les SAMU/centre 15 et les associations de régulateurs libéraux quand elles existaient.

Bilan des tableaux de garde

	Existence de tableaux de garde pour tous les secteurs au CDOM	Fiabilité des tableaux de garde	Présence d'associations de médecins assurant des visites 24h/24
Cote d'Or (21)	24 tableaux de garde complets et 8 tableaux de garde partiels (en général, gardes de week-ends assurées) transmis à la mission sur les 37 secteurs de garde redéfinis en février 2003 par arrêté préfectoral	Fiabilité des tableaux assurée en général. Des difficultés connues dans des cantons ruraux avec peu de médecins.	OUI sur une partie du département (Dijon et Beaune)
Eure-et-Loir (28)	15 tableaux nominatifs de garde transmis à la mission, dont 6 ne comprennent que les samedi et dimanche, sur un nombre total de secteur indéterminé (sectorisation en pleine redéfinition à partir des 29 secteurs cantonaux initiaux)	Fiabilité des tableaux variable selon les secteurs	NON, pas d'associations assurant des visites à domicile 24h/24
Isère (38)	Tableau de garde départemental quasi-complet transmis à la mission, correspondant aux 72 secteurs de garde redéfinis en octobre 2002 par le CODAMU	Tableaux fiables	OUI sur une partie du département - SOS médecins (agglomération grenobloise) - Société mobile d'urgence médicale (agglomération de Bourgoin-Jallieu)
Meurthe-et-Moselle (54)	Tableau incomplet : il existe 43 secteurs, 24 tableaux de secteurs sont complets, 14 sont incomplets incluant des cabinets tournants de week-end	Fiabilité variable	OUI sur l'agglomération Nancéenne par SOS médecins
Rhône (69)	53 secteurs de garde comme avant Tableaux annuels de garde. Sur l'agglomération Lyonnaise, les libéraux n'assurent une garde que de 20 heures à minuit depuis 1995. Après 20h, renvoi des appels sur le centre15. Plusieurs secteurs n'ont pas garde. Une maison médicale de garde fonctionne depuis un an et cinq en cours d'ouverture.	Fiabilité variable selon les secteurs	OUI sur l'agglomération Lyonnaise par SOS Médecins
Paris (75)	Aucun tableau de garde nominatif transmis au CDOM en l'absence de sectorisation. Chacune des associations a sa propre sectorisation.	Sans objet	OUI sur tout le département : - SOS Médecins - Urgences médicales de Paris (UMP) - Gardes médicales de Paris (GMP)
Yvelines (78)	Tableaux de garde incomplets, sectorisation en cours. Décalage entre les tableaux fournis par le CDOM et la réalité de la présence des médecins	Fiabilité des tableaux très variable selon les secteurs. Secteurs sans effecteurs	OUI sur une partie du département - SOS Médecins Yvelines (ne couvre pas le sud-ouest semi-rural)
Hauts-de-Seine (92)	Tableaux partiels établis pour une partie des 30 anciens secteurs. Nouvelle sectorisation de 18 secteurs définie en novembre 2002 pas encore opérationnelle.	Fiabilité des tableaux très variable selon les secteurs. Beaucoup de renvois vers SOS 92	OUI sur tout le département : - SOS Paris - SOS 92
Seine-Saint-Denis (93)	Pas de tableau de garde transmis, l'ancienne sectorisation en 31 secteurs de garde ayant disparu, seules 2 associations de garde continuant à fonctionner	Sans objet	OUI sur tout le département : - SOS Paris - Service urgence médicale (SUR)
Val de Marne (94)	4 tableaux de garde transmis à la mission par le Conseil départemental de l'ordre sur les 19 secteurs ; les tableaux sont parfois envoyés directement au SAMU	30 à 100 % des gardes selon les secteurs renvoyées vers les associations 24h/24, à l'exception des SAMI (maisons médicales)	OUI sur tout le département : - SOS Paris - Médecins à domicile - Médigardes

Ce tableau permet de dégager trois catégories de départements.

1/ Dans deux des départements enquêtés (Paris et Seine-Saint-Denis), il n'existe plus depuis plusieurs années de tableaux de garde établis par des associations de garde sectorisées localement. Dans ces deux départements, la permanence des soins est assurée par des associations de visites à domicile, qui fonctionnent 24 heures sur 24 (et non sur les seules plages horaires de la permanence des soins) et qui couvrent l'ensemble du département : il y a donc de fait un secteur unique de garde. La couverture de l'ensemble du département par ces associations, leur bonne identification par le public et le SAMU/centre 15 offrent une réponse alternative à la demande des usagers, d'autant que les effectifs de médecins de ces associations sont adaptés selon l'évolution de la demande des patients sur les différentes tranches horaires et les journées. Des difficultés peuvent survenir lorsque ces associations sont saturées. L'analyse des données de SOS médecins Paris, qui a fourni des statistiques à la mission sur les délais d'attente, montre qu'effectivement pendant la canicule, les journées du lundi 11 août, du mardi 12 août et du mercredi 13 août ont été les plus difficiles, avec des délais moyens d'attente qui ont atteint respectivement pendant ces trois journées 3 heures 10, 3 heures et 2 heures 40 (cf. données de SOS médecins en annexe). On doit cependant signaler que ces pics d'attente n'ont pas été atteints sur la journée du dimanche, où le nombre de médecins présents était d'ailleurs plus important.

2/ Dans deux autres départements (Isère et Côte d'Or), il existe une sectorisation claire, commune à tous les acteurs locaux et connue de tous, sur la base de laquelle sont établis des tableaux de garde reconnus comme fiables par les acteurs. Cela ne signifie pas que, ponctuellement, certains secteurs ne soient pas pourvus, notamment en milieu rural, ou encore que certains médecins n'effectuent pas ponctuellement une garde prévue. Mais ces incidents restent minoritaires, et surtout clairement identifiés et connus (par exemple, en Côte d'Or, deux ou trois secteurs ruraux connaissent des difficultés structurelles à remplir les tableaux de garde). De ce fait, les incidents, s'ils existent, n'affectent pas la crédibilité de l'ensemble du système de garde.

3/ Dans les six autres départements (Eure-et-Loir, Meurthe-et-Moselle, Rhône, Yvelines Hauts-de-Seine, Val de Marne), la situation est plus complexe. D'une part, des processus de resectorisation sont en cours. De ce fait, bien souvent, les acteurs locaux peuvent avoir chacun en tête une sectorisation propre, qui n'est pas partagée par tous. Plus fondamentalement, ces hésitations sur la sectorisation traduisent des implications très diverses des associations de garde selon les secteurs. La fiabilité des tableaux de garde est donc très variable selon les secteurs et les modes d'organisation de la garde. De plus, en agglomération lyonnaise, les gardes de nuit ne sont assurées que jusqu'à minuit, laissant au delà de cette heure la responsabilité de la permanence des soins à SOS Médecins.

Quelques exemples de disparités constatées dans ces départements peuvent être fournis.

Dans le Val-de-Marne, la situation apparaît très différente entre les secteurs engagés dans la réalisation de maisons médicales de garde, où le processus s'accompagne dans certains cas – mais pas toujours – d'une remobilisation des médecins pour assurer la garde et d'autres secteurs traditionnels, où les renvois des gardes vers les associations de visites à domicile – en particulier vers l'association Médecins à Domicile, qui fonctionne avec une convention avec le SAMU/centre 15 – sont de plus en plus fréquents.

Dans le département des Hauts-de-Seine, la mission a pu constater que les présidents des Amicales de médecins avaient au moins trois attitudes différentes (le constat ne prétendant pas à l'exhaustivité) :

- certains refusent purement et simplement d'établir des tableaux de garde, face à l'absence de volontaires. Ils indiquent n'avoir aucun moyen de pression sur leurs confrères et ne pas être en mesure d'établir un tel tableau. Ils préfèrent donc s'abstenir plutôt que d'établir un tableau soit reposant sur un très petit nombre de médecins, soit impliquant tous les médecins recensés mais ne présentant aucune fiabilité dans la mesure où certains refusent de fait les gardes. Ils considèrent en outre que l'obligation de faire des visites entre minuit et 8 heures du matin, spécialement pour des femmes dans certaines cités, est devenue exorbitante au regard des problèmes d'insécurité ;
- d'autres présidents essaient de continuer à faire vivre le système ancien de gardes, en convoquant régulièrement leurs confrères, en conduisant un travail de persuasion très lourd. Malgré cela, ils se retrouvent avec un contingent de volontaires de moins en moins important
- une troisième catégorie d'Amicales établit des tableaux de garde *a priori*, sans consulter les confrères, pour une durée souvent d'une année complète, en retenant un ordre alphabétique. Les médecins inscrits ne sont donc pas réellement volontaires. *De facto*, beaucoup réagissent en transférant leur téléphone vers SOS 92 les jours où ils sont de garde. Le tableau de garde apparaît alors largement en discordance avec la réalité des prises de garde.

Cette analyse peut être rapportée à la mesure de l'activité des médecins, très contrastée entre les différents départements, reflétant pour partie les différences dans le mode d'organisation des gardes.

Le tableau qui suit, tiré des exploitations départementales réalisées par la CNAMTS pour la mission, rend compte de l'activité de consultations des médecins pendant les deux premiers dimanches du mois d'août. La comparaison entre les mois d'août 2003 et d'août 2002 fait apparaître de très fortes différences entre départements.

Evolution des consultations et visites entre les deux premiers dimanches du mois d'août 2003 et les deux premiers dimanches du mois d'août 2002

	Dimanche 10 août 2003/ Dimanche 11 août 2002	Dimanche 17 août 2003/ Dimanche 18 août 2002
Côte d'Or	30,9%	14,7%
Eure et Loire	6,8%	-21,4%
Isère	43,7%	-4,3%
Meurthe-et-Moselle	30,4%	-12,5%
Rhône	23,3%	26,5%
Paris	10,1%	2,6%
Yvelines	-8,5%	-5,1%
Hauts-de-Seine	6,0%	-16,0%
Seine-Saint-Denis	9,6%	-8,3%
Val-de-Marne	40,7%	-6,9%

Source : CNAMTS, ERASME, exploitations départementales demandées par la mission, nov. 2003

Lecture : le nombre de consultations et visites de l'Isère le dimanche 10 août 2003 est supérieure de 44 % à celui du dimanche 11 août 2002.

Ce tableau confirme que dans un certain nombre de départements, le nombre d'actes a significativement progressé le dimanche 10 août 2003 par référence au même dimanche de l'année précédente : il s'agit principalement de la Côte d'Or, de l'Isère, de la Meurthe-et-Moselle – qui sont probablement les départements où la garde apparaît mieux organisée, ainsi que le Val de Marne, où une mobilisation particulière de la médecine de ville le dimanche 10 août a été signalée à la mission.

Dans tous les départements enquêtés, les SAMU/centre 15 constituent le révélateur des difficultés de la permanence, particulièrement dans les départements où la fiabilité des tableaux de garde s'avère variable selon les secteurs. Dans ces départements, la canicule a pu exacerber des difficultés. Plusieurs SAMU ont ainsi indiqué à la mission qu'ils étaient obligés en début de nuit de vérifier la présence effective des médecins inscrits sur les tableaux de garde y compris auprès de ceux intervenant dans des maisons médicales de garde. Dans un contexte d'urgence, le SAMU/centre 15 va essayer d'appeler une fois le médecin censé assurer l'astreinte. Si au bout de quelques essais au mieux, il n'obtient toujours pas de réponse, il mettra en cause la fiabilité de l'ensemble des tableaux de garde qui lui ont été transmis, y compris si certains sont respectés. Ainsi, l'absence de fiabilité d'une partie seulement des tableaux de garde dans un département conduit-elle à porter atteinte au crédit de l'ensemble du système de garde. Cela explique pourquoi des SAMU/centre 15 prennent l'habitude de travailler sans recourir à la médecine libérale et ont pu évoquer ses carences de manière générale sans pour autant pouvoir toujours le démontrer.

Les situations départementales varient également en fonction des relations existant entre le SAMU/centre 15 et les médecins libéraux. Ainsi, au SAMU/centre 15 du Val de Marne, où la coopération avec la régulation libérale fonctionne particulièrement bien, un certain nombre de médecins qui n'étaient pas prévus de garde ont offert leur service au SAMU et ont réalisé un nombre d'actes très significativement supérieur à l'année précédente. Toutefois, dans le même département, la mission a constaté que l'une des maisons médicales de garde était restée fermée pendant tout le mois d'août.

Dans les Hauts-de-Seine, le SAMU/centre 15 et même l'association des régulateurs libéraux semble moins bien implantée auprès des associations de garde des médecins. De ce fait, certains médecins qui avaient pourtant signalé leur présence au SAMU n'ont pas été destinataires d'appels. Le SAMU justifie sa position par le fait que ces médecins relevaient de secteurs de garde où la demande était faible.

Dans l'Eure et Loir, le responsable du SAMU a transmis à la mission un tableau récapitulant un certain nombre d'appels répertoriés à partir des bandes enregistrées où, soit les médecins en principe de garde se sont révélés absents (20 cas cités entre le 1^{er} et le 17 août, soit en soirée, soit les week-ends) ou ont refusé de se déplacer (5 cas signalés). Selon le responsable du SAMU, de telles difficultés ne sont pas propres à la période de canicule et se retrouvent à d'autres moments de l'année.

2.3. Quatre conseils départementaux de l'ordre, sur les dix départements visités, ont été amenés à intervenir spécifiquement auprès de leurs confrères ou des associations de garde à l'occasion de la canicule

Parmi les 10 départements enquêtés, quatre conseils départementaux de l'ordre ont été amenés à intervenir spécifiquement pendant la canicule auprès de leurs confrères libéraux :

- le Conseil départemental de Seine-saint-Denis a communiqué par voie de presse le 13 août 2003 pour inciter au maximum au maintien à domicile des personnes ;
- le Conseil départemental du Val de Marne a fait une intervention auprès des responsables des services de garde relativement aux certificats de décès ;
- le Conseil de l'ordre de l'Isère, après enquête suite à un signalement du SAMU, a saisi les instances disciplinaires ordinaires sur le cas d'un praticien ;
- le Conseil départemental des Hauts-de-Seine, saisi par le préfet de difficultés relatives aux tableaux de garde, a rappelé leurs obligations déontologiques aux confrères libéraux et a mené une enquête sur la présence effective des médecins pendant l'été 2003.

En Seine-Saint-Denis tout d'abord, le journal Le Parisien a publié le 13 août un appel du Conseil départemental de l'ordre des médecins de Seine-Saint-Denis demandant notamment à tous les médecins libéraux et à leurs remplaçants, ainsi qu'aux médecins des centres de santé, d'encourager au maximum le maintien à domicile des personnes qui ne nécessitaient pas une hospitalisation immédiate. Cette publication a été faite suite à un appel téléphonique de la DDASS le 11 août 2003, destiné à essayer de limiter les flux d'arrivée aux urgences du fait de la situation très tendue existant dans les SAU du département.

Dans le Val de Marne, suite à un contact téléphonique avec le préfet du Val de Marne, le secrétaire général du Conseil départemental du Val de Marne a adressé aux médecins libéraux responsables des services de garde un courrier le 18 août 2003, indiquant qu'il avait été interpellé par la préfecture suite aux difficultés des services de police à obtenir un certificat de décès. Tout en rappelant que le Conseil de l'ordre militait en faveur d'une réforme des textes en vigueur, le secrétaire général du conseil écrit :

« Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir inciter nos confrères à faire le mieux possible, malgré les difficultés que vous rencontrez actuellement, pour faciliter le travail de la police.

Par ailleurs, nous vous rappelons qu'il est indispensable d'essayer, dans la mesure du possible, de maintenir les personnes à domicile, afin de ne pas encombrer les services hospitaliers. »

Ce courrier rejoint donc les constats décrits ci-dessus sur les difficultés particulières à obtenir des certificats de décès dans les départements de l'Ile de France.

En Isère, après signalement par le SAMU de l'indisponibilité de médecins inscrits sur les tableaux de garde, le conseil départemental de l'ordre a diligenté une enquête concernant la situation de quatre secteurs de garde qui avaient posé des difficultés pendant le week-end du 15 août. Au terme de cette enquête le CDOM a saisi les instances disciplinaires ordinaires du cas d'un praticien qui leur paraissait avoir manqué à ses obligations déontologiques.

Le Conseil départemental de l'ordre des Hauts-de-Seine a quant à lui engagé une démarche active de rappel de leurs obligations déontologiques aux médecins libéraux à l'occasion de difficultés signalées pendant la canicule.

Le calendrier de ce rappel à l'ordre par le Conseil départemental, établi à partir des copies des courriers transmis à la mission, a été le suivant :

- le 20 août 2003, le secrétaire général de la préfecture des Hauts-de-Seine a adressé une lettre au Conseil départemental de l'ordre des médecins indiquant que « trois médecins seulement ont répondu aux urgences de la médecine de ville pendant ce week-end alors que quinze figuraient sur les tableaux de garde transmis à la DDASS. » ;
- le 22 août 2003, le Trésorier du conseil de l'ordre, présent à cette période, a adressé aux présidents des Amicales des Médecins des Hauts-de-Seine un courrier indiquant que

l'impossibilité de joindre des médecins inscrits sur les tableaux de garde était « inadmissible » et demandant de signaler cette situation aux médecins libéraux de leur secteur de garde ;

- le 9 septembre 2003, le Président du Conseil de l'ordre a adressé lui-même une lettre au préfet, indiquant à la fois que le CDOM menait une enquête et annonçant un courrier aux présidents des Amicales pour leur rappeler la nécessité d'établir des tableaux de garde fiables ;
- le 15 septembre 2003, cette lettre a été effectivement adressée aux présidents indiquant « le volontariat, maintenant prôné par le rapport Descours alors que nous vivons toujours officiellement sous les articles 47 et 77, a montré son impossibilité à tenir son pari. (...) Si l'on veut essayer de sauver le principe du volontariat, il est de votre devoir, mon cher confrère, de réunir sans tarder tous les médecins de votre commune, de vous entendre avec les communes voisines en secteurs (secteurs déjà constitués ou d'autres secteurs, rien n'est gravé dans le marbre) pour reconstituer des listes de garde solides et fournies, au besoin avec l'aide de remplaçants. » ;
- le 3 octobre 2003, le Président du Conseil de l'ordre a adressé au Préfet une réponse à la lettre du 20 août 2003, qui donne les résultats de l'enquête conduite par le conseil départemental de l'ordre ;
- le 5 octobre 2003, le Président du conseil de l'ordre a également adressé un courrier aux présidents des amicales pour mobiliser à nouveau leurs confrères sur la base du volontariat pour les gardes et annonçant parallèlement une réunion le 13 novembre 2003 au siège du SAMU/centre 15 à Garches.
- le 10 octobre 2003, un autre courrier a été adressé aux responsables des bassins de vie pour préparer la réunion du CODAMUPS.

Les résultats de l'enquête du CDOM présentés dans la lettre adressée au préfet le 3 octobre 2003 sont les suivants :

« Sur 36 communes des Hauts-de-Seine, nous avons déterminé l'hiver dernier avec la DDASS, la CPAM et les Amicales de médecins 20 secteurs de garde.

Pendant le week-end du 15 au 17 août 2003 :

1. Six secteurs de garde n'ont pas fourni de liste de garde.
2. Sept secteurs de garde ont été pourvus de médecins qui ont pris effectivement leur garde et ont répondu aux appels du centre 15.
3. Sept secteurs de garde ont fourni des listes de garde et n'auraient pas été joignables au téléphone par le centre 15.

Mon enquête a porté sur ces sept derniers secteurs, ce qui en trois jours représentait vingt- et une gardes. Les médecins inscrits ont été convoqués au Conseil et ont donné leurs explications oralement et par écrit.

Il s'avère que sur ces vingt et une gardes, neuf gardes ont été parfaitement effectuées, les confrères en ont fait la déclaration sur l'honneur et ont réalisé des actes médicaux pendant leur garde ; huit confrères n'ont pas pu effectuer leur garde et ont des excuses valables (comme par exemple sur la commune de Saint-Cloud où la mairie a adressé par courrier daté du 4 août la liste aux médecins concernés. Ceux-ci étant déjà partis en vacances l'ont trouvé à leur retour). Quatre confrères n'ont pas effectué leur garde et ont des excuses moins valables. »

Le Conseil départemental de l'ordre n'a pas jugé opportun, dans le contexte actuel, d'aller au-delà de cette convocation y compris pour les quatre confrères pour lesquels le Conseil considère qu'ils n'ont pas d'excuses valables.

Cette attitude apparaît conforme au point de vue de beaucoup de conseils de l'ordre. De façon générale, les conseils départementaux de l'ordre ne se sentent pas outillés pour contrôler si les médecins inscrits ont effectivement pris leurs gardes. Ils n'ont de fait aucun moyen réel de contrôle sur le terrain. En outre, la très grande majorité des conseils ne s'est pas sentie légitime à engager des procédures disciplinaires sur la question de la permanence des soins, à l'exception de l'Isère.

Par ailleurs, dans les dix départements enquêtés, les Conseils départementaux ont indiqué à la mission qu'ils n'avaient été destinataires d'aucune plainte relative à la permanence ou à la continuité des soins pendant la canicule de la part de patients sauf dans le Rhône pour l'un des secteurs de garde.

2.4. Le Conseil national de l'ordre des médecins a indiqué à la mission que « 10 départements ont signalé des incidents mineurs et récurrents de complétude des tableaux de garde » sur 95 départements interrogés

La mission a rencontré le Conseil national de l'ordre des médecins le 19 novembre 2003. A la suite des informations transmises à la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, le Conseil national de l'Ordre des médecins a interrogé 95 conseils départementaux de l'ordre sur la réponse des médecins libéraux à la canicule et le fonctionnement de la permanence des soins pendant cette période.

Un courrier transmis à la mission par le conseil national de l'ordre le 1^{er} décembre 2003 (cf. copie de ce courrier en annexe 8) fournit les résultats synthétiques de cette étude :

« sur les 95 départements interrogés (...), 85 nous ont répondu qu'ils n'avaient rencontré aucun problème de permanence des soins spécifique à cette période.

10 départements ont eu une réaction plus nuancée, signalant des incidents mineurs et récurrents de complétude des tableaux de garde ; ces incidents ont tous été rapidement traités et n'ont eu en tout état de cause aucun effet dommageable sur la santé publique.

En conclusion nous pouvons affirmer que, d'une manière générale sur le territoire français l'activité médicale libérale s'est déroulée de la même manière que l'an dernier à la même période, avec toutefois quelques difficultés liées aux incertitudes sur les modalités nouvelles d'organisation de la permanence des soins (...). »

Ainsi l'enquête menée par le conseil national de l'ordre des médecins ne l'a-t-elle pas amené à confirmer la teneur des informations qu'il avait transmises à la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003 par télécopie du 26 août 2003 (compte-rendu au Dr LALANDE, transmis le 26 août 2003).

Troisième partie

Les difficultés que rencontre la permanence des soins ne sont pas propres à la canicule

Les difficultés rencontrées au mois d'août 2003 sur le fonctionnement de la permanence des soins pendant les nuits et les week-ends ne sont pas propres à cette période. Les problèmes structurels que l'on peut identifier tiennent à la fois au cadre juridique lui-même, à la réticence des médecins libéraux à s'inscrire dans les formes traditionnelles de gardes organisées, à une information insuffisante des usagers sur les modes de recours aux soins et au système conventionnel de paiement d'astreinte adopté en 2002, dont les résultats actuels sont peu probants.

Malgré ces difficultés structurelles, la mission a constaté que, dans tous les départements, la publication de nouveaux textes depuis 2002 avait favorisé un mouvement de réorganisation de la permanence des soins dans deux directions :

- d'une part, dans un nombre croissant de départements, des formules de régulation libérale des appels se mettent en place et constituent un levier puissant de réorganisation de la garde libérale ;
- d'autre part, des formes très diverses de maisons médicales de gardes sont expérimentées, dont certaines contribuent également à améliorer les gardes libérales en dehors des périodes d'ouverture des cabinets. Ces expériences sont loin d'être stabilisées et nécessitent d'être évaluées, mais elles permettent souvent d'inverser la tendance au retrait continu des médecins du système organisé de garde.

3.1 Le dispositif juridique relatif à la permanence des soins, en pleine évolution depuis 2002, repose sur un compromis difficile entre devoir et volontariat

La permanence des soins est encadrée par des textes réglementaires et conventionnels qui sont en pleine évolution depuis 2002. Le mouvement de grève des généralistes, qui avait démarré en novembre 2001, a en effet abouti à remettre en cause un certain nombre de textes et à en adopter de nouveaux, sachant qu'au moment de la canicule, cette évolution juridique n'était pas achevée. En effet, les décrets réorganisant la permanence des soins, préparés de longue date, ont été publiés le 15 septembre 2003. Résultat d'un compromis entre des positions initialement très contradictoires du Conseil national de l'ordre des médecins et des syndicats représentatifs des médecins, l'architecture juridique actuelle de la permanence des soins fait l'objet d'interprétations souvent divergentes des acteurs locaux du dispositif.

3.1.1 *La réglementation antérieure à 2002 était fondée sur l'obligation de participer aux services de garde, sous la responsabilité du conseil de l'ordre*

Le dispositif de permanence des soins reposait jusqu'en 2002 sur la combinaison de deux textes. Le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie prévoyait en son article 77 que « dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit ». Il était complété par l'article L. 4122-1 du code de la santé publique, qui précise que le conseil national de l'ordre est chargé de veiller à l'observation, par tous les membres de l'ordre, des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie. En cas de refus de participer au tour de garde, un médecin s'exposait donc à des sanctions de la part du conseil régional de l'ordre des médecins.

En outre, la section disciplinaire du Conseil national avait, par une décision du 22 avril 1998, arrêté qu'il appartenait au conseil départemental de l'ordre d'organiser la garde en cas de défaillance.

Ce dispositif de permanence des soins se distingue de celui de la continuité des soins qui relève de l'article 47 du code de déontologie et qui stipule que « quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée » en dehors des périodes de garde.

3.1.2 *La grève des généralistes a conduit à définir un nouveau dispositif affirmant le volontariat*

En novembre 2001, un conflit éclate entre généralistes et caisses d'assurance maladie sur la revalorisation de leurs honoraires. Ce conflit a eu des conséquences importantes sur l'organisation de la permanence des soins. Une « grève des gardes » s'est poursuivie pendant des mois s'étalant parfois, dans certains départements, sur la totalité de la période comprise entre la mi-novembre 2001 à la fin juin 2002. Les préfets ont alors été contraints de prendre des arrêtés de réquisition.

Entre janvier 2002 et juin 2002, trois accords successifs vont intervenir avec les caisses nationales d'assurance maladie en vue du règlement du conflit. Le troisième de ces accords, l'avenant n° 10 à la convention nationale, signé le 14 juin 2002 et approuvé par arrêté le 28 juin 2002 (cf. annexe 3), est le texte conventionnel en vigueur en août 2003. Il comporte de nouveaux tarifs des actes de consultation et l'annonce d'un accord national de bon usage de soins à domicile devant conduire à une diminution du nombre d'actes de soins hors cabinet.

Par ailleurs, l'avenant n°10 signé en juin 2002 comporte un certain nombre de dispositions relatives à la permanence des soins. Il prévoit notamment « de mettre en place, sur la base du volontariat, une rémunération du médecin d'astreinte désigné par l'autorité compétente. » L'astreinte rémunérée est celle effectuée la nuit de 20 heures à 8 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures et son montant est fixé à 50 euros. L'objectif d'une meilleure sectorisation est confirmé mais sans quantifier le nombre de secteurs à atteindre.

La convention mentionne également que le dispositif de la permanence des soins sera complété par le renforcement de la régulation des appels téléphoniques. La régulation doit être « organisée en lien avec le Centre 15 et la participation des médecins généralistes libéraux ». Il est fait mention de financements mais en termes très vagues.

L'introduction de cette référence au volontariat dans un texte conventionnel constituait donc une nouveauté importante et s'inscrivait pour partie en porte-à-faux par rapport à la rédaction alors en vigueur de l'article 77 du code de déontologie.

3.1.3 Le nouveau dispositif réglementaire n'était pas totalement publié lors de la canicule

La mise en exergue du volontariat, si elle répondait bien à l'attente des syndicats et des coordinations de généralistes créées à l'occasion des « grèves de garde », était loin de recueillir l'adhésion de toutes les parties prenantes, en particulier du conseil national de l'ordre des médecins. En outre, sa consécration réglementaire impliquait la modification de l'article 77 du décret de 1995 relatif au code de déontologie.

Afin de fixer un cadre de travail aux services déconcentrés de l'Etat dans ce cadre juridique instable, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées prend deux dispositions :

- il crée un groupe de travail composé de représentants de l'ordre des médecins, des syndicats médicaux représentatifs des médecins de ville, de l'assurance maladie, des usagers et de l'Etat. Monsieur Charles Descours, sénateur honoraire de l'Isère, se voit confier, par lettre du 12 juillet 2003 la présidence de ce groupe de travail chargé d'analyser la nature de la mission de continuité des soins et les obligations déontologiques qui lui sont associées ainsi que de définir des solutions pour garantir un égal accès aux soins ;
- il publie une circulaire en date du 15 juillet 2002 et relative à la permanence des soins de ville (cf. annexe 3). Ce texte préconise l'adoption de solutions provisoires assurant une prise en charge des patients pendant la fermeture des cabinets libéraux (dispositif de régulation des appels aux médecins généralistes de garde, élaboration d'une liste de médecins d'astreinte, sur la base du volontariat des médecins et si possible selon une carte des secteurs redéfinis, financement des astreintes par les caisses d'assurance maladie sur la base de 50 euros par période de 12 heures la nuit, les dimanches et jours fériés).

Le groupe de travail présidé par M. Descours remet le 22 janvier 2003, un rapport au ministre. Il comporte un certain nombre de propositions parmi lesquelles :

- une organisation de la permanence des soins fondée sur une participation volontaire des médecins mais comportant un mécanisme d'intervention de l'Etat en cas de carence dans l'organisation de cette permanence
- une rénovation de la composition et des missions du Comité départemental de l'aide médicale urgente (CODAMU),
- la mise en place d'une nouvelle sectorisation des gardes,
- une régulation médicale centralisée des demandes de soins non programmées et devant être au moins interconnectée avec le Centre 15,

- des campagnes de communication au niveau national et départemental sur le dispositif de permanence des soins.

Ces préconisations seront retenues et traduites progressivement dans les textes :

- l'article 40 de la loi du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 stipule que les médecins participent dans un but d'intérêt général à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en conseil d'Etat ;
- deux décrets sont publiés le 15 septembre 2003. Le premier, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, consacre notamment le fait que les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat, que le conseil départemental de l'ordre, après consultation préalable des syndicats, complète le tableau de permanence lorsqu'il est incomplet, et que le préfet en dernier ressort procède à des réquisitions (cf. principales dispositions dans l'encadré ci-dessous). Le second modifie l'article 77 du Code de déontologie, qui stipule désormais qu'il est « du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

**Le décret du 15 septembre 2003
relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins**

En dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, la permanence des soins est assurée par des médecins de garde et d'astreinte de 20 heures à 8 heures, les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés.

Les départements sont divisés en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques et en tenant compte de l'offre de soins existante.

Dans chaque secteur, un tableau départemental nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois. Il est transmis au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.

Dix jours au moins avant sa mise en œuvre par le conseil départemental, le tableau est transmis au préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie ainsi que sur leur demande aux organisations syndicales représentatives.

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU.

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires sur un ou plusieurs secteurs, le conseil départemental de l'ordre complète le tableau de permanence, après avis des organisations syndicales représentatives. Si, à l'issue de cette consultation, le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires.

Il peut être accordé des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins.

Un cahier des charges départemental fixe les conditions d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est établi sur la base d'un cahier des charges type fixé par arrêté du ministre.

La composition du comité départemental de l'aide médicale d'urgence (CODAMU) est élargie, celui-ci devenant le CODAMU-PS (pour permanence des soins)

Ces deux décrets n'étaient pas publiés lors de la canicule. Le dispositif en vigueur à ce moment là était donc celui arrêté à titre transitoire par la circulaire du 15 juillet 2002.

Ceci explique une partie des différences importantes constatées entre départements au mois d'août 2003 dans l'organisation de la permanence des soins. Certains départements avaient anticipé la parution de ce décret, notamment en publiant des arrêtés préfectoraux définissant une nouvelle sectorisation. En revanche, des conseils de l'ordre, comme celui de la Seine-

Saint-Denis, ont indiqué à la mission être demeurés dans l'expectative jusqu'à la publication de ces textes en attendant une clarification de leur rôle.

La mise en œuvre du dispositif juridique n'était pas totalement achevée au début du mois de décembre 2003, en attente de la publication d'une circulaire d'application des décrets par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

3.1.4 Les textes publiés en septembre 2003 reposent sur un compromis difficile entre devoir individuel et volontariat dans la participation aux gardes

Le dispositif retenu par les décrets du 15 septembre 2003 est un compromis entre les partisans de deux thèses totalement opposées, qui se sont exprimées au sein du groupe de travail Descours :

- d'un côté, les syndicats de généralistes souhaitaient une abrogation pure et simple de l'article 77 du Code de déontologie et l'instauration de gardes assurées par les seuls volontaires, sans aucune contrainte,
- de l'autre côté, les représentants du conseil de l'ordre estimaient nécessaire le maintien d'une obligation de participation du médecin libéral à la permanence des soins.

Les textes reflètent donc un compromis entre ces deux positions, puisque le «devoir» du médecin est rappelé par l'article 77 et en même temps le volontariat est érigé en principe dans l'organisation des gardes, avec une intervention du conseil départemental de l'ordre pour compléter les tableaux et en dernier recours une intervention des pouvoirs publics par réquisition en cas d'échec des deux premières formules. Dans les différents départements enquêtés, la mission a pu constater que ce compromis était interprété de façon variable.

Dans certains départements, les conseils de l'ordre constatent que le contenu du nouveau décret a conduit des médecins à reconsidérer leur participation aux gardes. Ainsi, dans le département de l'Isère où le système fonctionnait bien, le préfet a été amené à signer un premier arrêté de réquisition le vendredi 21 novembre 2003 par suite d'un mouvement de désengagement de médecins s'expliquant pour partie par la parution du nouveau décret et pour partie par des phénomènes locaux liés à la disparition de l'association qui s'occupait jusqu'au 30 septembre 2003 de la permanence des soins dans le département. Au 7 décembre 2003, sept arrêtés de réquisition avaient été notifiés ; ils concernaient le même secteur (Saint-Marcellin).

Un autre exemple est particulièrement significatif. En Seine-Saint-Denis, le conseil de l'ordre s'est efforcé depuis la publication des décrets du 15 septembre 2003 de mobiliser les généralistes afin de rétablir des services de garde qui ont totalement disparus. Dans cette optique, il a adressé le 3 octobre 2003 un questionnaire aux 1072 généralistes du département afin de connaître leurs souhaits. Sur les 402 ayant répondu au 30 octobre, seuls cinquante se sont déclarés volontaires pour participer à la permanence des soins dans les conditions prévues par les décrets du 15 septembre 2003 (neuf étant partagés).

Cette conception du volontariat résulte d'une lecture sélective du décret et feint d'ignorer que le nouvel article R. 733 du code de la santé publique prévoit, comme déjà indiqué ci-dessus qu'en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires sur un ou plusieurs secteurs, le conseil départemental de l'ordre complète le tableau de permanence, après avis des organisations syndicales représentatives. Si, à l'issue de cette consultation, le tableau reste

incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires. Le volontariat s'est donc substitué à l'obligation de participer aux services de garde, mais ce volontariat est encadré puisque des dispositions spécifiques sont prévues « en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins »

3.2 Le nombre de médecins volontaires pour participer à des gardes organisées est en diminution constante

Cette réorganisation juridique de la permanence des soins s'est inscrite dans un contexte général plus ancien que le mouvement de grève engagé à la fin de l'année 2001. En effet, un nombre croissant de médecins, pour des raisons diverses, se sont progressivement retirés des systèmes organisés de gardes. Cela ne signifie pas nécessairement que les médecins n'assurent plus du tout de permanence des soins en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets, mais qu'ils sont de plus en plus réticents à le faire dans un cadre collectif contraint, spécialement en milieu urbain. On constate également une diminution continue du nombre de généralistes présents le dimanche, même si cette diminution est pour partie compensée par un accroissement du nombre d'actes, notamment les vendredis et les lundis. Ces réticences pèsent lourd dans le processus de réorganisation de la permanence des soins.

3.2.1 Depuis plusieurs années, les difficultés relatives à l'élaboration des tableaux de garde sont récurrentes, spécialement en milieu urbain

Les médecins rencontrés par la mission ont indiqué que, pendant longtemps, l'obligation de participer à des tours de garde n'avait posé aucun problème. En effet, les médecins inscrits sur les tableaux de garde soit effectuaient eux-mêmes leurs gardes, soit les transféraient vers de jeunes médecins remplaçants ou installés, volontaires pour assurer ces gardes qui constituaient à la fois une source de revenu et une façon de se constituer une clientèle.

Il est difficile de dater précisément le moment où le nombre de volontaires a commencé à diminuer de façon importante, mais le mouvement remonte au minimum au début des années 1980, notamment en milieu urbain. Il est dès lors devenu de plus en plus difficile d'élaborer des tableaux de garde complets et les conseils départementaux de l'ordre n'ont, pour la plupart, pas employé de moyens coercitifs à l'égard de leurs confrères afin de les contraindre à assurer leurs obligations de garde. C'est dans ce contexte que ce sont développées des associations de médecins assurant des visites à domicile 24 heures sur 24. Ces structures ont en effet souvent pris le relais, en milieu urbain, des associations traditionnelles de garde, leur existence même et leur visibilité entretenant à son tour le retrait des médecins installés des gardes. Dans un certain nombre de départements, les conseils départementaux de l'ordre ont d'ailleurs participé à la mise en place de telles associations. A titre d'exemple, en Seine-saint-Denis, constatant les premières difficultés à remplir complètement les tableaux de garde sur la totalité du département, le conseil de l'ordre et les organisations syndicales ont alors réussi à se mettre d'accord pour créer, dès mai 1980, une nouvelle structure, le Service d'urgence médicale (SUR), chargée de faire des visites à domicile pour pallier les défaillances de certains confrères et de mettre sur pied une régulation libérale et hospitalière avant même la création des centres 15.

Le dossier transmis par la mission par le Conseil national de l'Ordre témoigne de l'ampleur croissante prise par ces difficultés à partir de la fin des années 1990, avant même que ne se déclenche le mouvement de grève des généralistes libéraux. Ainsi, dans une circulaire datée d'avril 1999 et adressée à tous les conseils départementaux, le Conseil national de l'ordre rappelle-t-il en ces termes les obligations déontologiques des médecins :

« Nous ne reviendrons pas sur les causes de la défection de nombre de confrères pour le tour de garde. Un certain laxisme de tous, tolérable quand la garde est malgré tout assurée, n'est plus acceptable quand des difficultés apparaissent dans beaucoup de villes ou de régions.

Nous devons constater que les conseils départementaux ont remobilisé des confrères mais certains sont encore en peine devant la résistance de certains médecins dans tel ou tel secteur (principalement en ville).

Il est pourtant de la responsabilité du conseil départemental de veiller à l'application du code de déontologie médicale, en particulier de l'article 77. ». (...) Suit le rappel des textes et l'invitation à la saisine des conseils régionaux en cas de refus de participation au tour de garde.

Plusieurs conseils départementaux de l'ordre ont également transmis à la mission leur publications sur ce sujet Dans certains départements, comme le Val de Marne ou l'Isère, les rappels à l'ordre du conseil départemental sur la permanence des soins ont été constants depuis 1997.

Ces constats établis par les conseils de l'ordre, au niveau national ou local, font écho à la situation signalée par plusieurs des associations de garde présentes dans les villes, et pas exclusivement en région parisienne. A titre d'exemple, au moment du passage de la mission à Dijon, la présidente de l'association des médecins de garde de l'agglomération dijonnaise avait fait paraître dans le journal local *Le Bien Public* du 13 novembre 2003, un article intitulé « les médecins de garde tirent la sonnette d'alarme ». Cet article indiquait notamment qu'en 1997, une trentaine de médecins s'investissaient dans l'association de garde locale. Ils étaient un peu plus d'une vingtaine en 2002. Et en 2003, quatorze généralistes se relayent dans l'association, sur les quelques 150 installés dans l'agglomération dijonnaise. Encore cet exemple est-il tiré d'un département où la permanence des soins fonctionne avec des tableaux de garde ayant une certaine fiabilité...

3.2.2 Les enquêtes réalisées auprès des médecins confirment cette réticence à participer à des systèmes organisés de garde

D'une manière générale, les arguments avancés par la profession pour justifier leur désengagement se retrouvent dans la plupart des départements. Comme le montre notamment une enquête réalisée par le Conseil départemental de l'ordre du Rhône, ces arguments sont toutefois variables en fonction de l'âge des médecins.

Le conseil de l'ordre du Rhône a adressé entre juillet et septembre 2002, 1563 questionnaires sur la permanence des soins, auprès de médecins. 1026 réponses ont été retournées dont 1017 étaient exploitables. Il en ressort notamment que les médecins de moins de 40 ans arrêtent d'assurer des gardes pour une raison familiale (37 %), des raisons d'insécurité (22 %) ou de charges de travail trop importante (17 %). Pour les plus de 50 ans, les motifs avancés sont la fatigue (19 %), des raisons de santé (15 %) mais aussi le passage à un exercice particulier de la médecine (16 %).

Une enquête un peu plus ancienne réalisée par l'Union régionale de la médecine libérale (URML) d'Ile de France sur la permanence des soins publiée en janvier 2002 conduit à soulever certaines questions sur l'existence de modes de garde informels et non repérés. Elle permet notamment de montrer que, parmi les médecins qui sont joignables en dehors de heures d'ouverture du cabinet, 48 % sont joignables exclusivement pour leurs patients. S'agissant des médecins qui effectuent des gardes, l'étude fait également ressortir qu'un nombre non négligeable de médecins, notamment à Paris, organise selon toute vraisemblance leurs gardes sur une base totalement informelle. En effet, sur les 362 médecins ayant répondu à l'enquête pour Paris, 175 déclarent qu'il existe un tour de garde, soit 48,3 %. Quelle que soit par ailleurs la représentativité de ce chiffre, on voit qu'il est supérieur au nombre de médecins qui participent à la seule association de garde officiellement connue à Paris, à savoir la Garde médicale de Paris. Cela signifierait donc qu'un certain nombre de médecins s'organiseraient entre eux pour les gardes, sans aucune diffusion externe de l'information autre que vers leurs patients. Un autre élément intéressant à retenir : sur l'ensemble de l'Ile de France, parmi les 1 021 médecins qui déclarent ne jamais participer à tour de garde, 78 % invoquent la fatigue induite, 66 % la préservation de la vie familiale, 40 % le manque de disponibilité. Et, parmi les 965 généralistes ayant répondu à la question d'un éventuel retour aux gardes, 58 % indiquent que rien ne pourrait les y inciter .

Ces impressions sont pour partie confirmées par les analyses produites par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) d'Ile de France, qui a comparé en 2001 les visites réalisées par les associations de médecins assurant des visites à domicile 24 heures sur 24, ici appelées « urgentistes » (SOS médecins et Urgences médicales de Paris pour l'essentiel, cf. annexe 6) et les médecins généralistes installés. La répartition des visites entre les différentes catégories d'intervenants, notamment sur les périodes nuit et jour férié, montre ainsi que les généralistes interviennent plus que les associations d'urgentistes. Ce tableau ne permet toutefois pas de procéder à des ventilations horaires plus fines, notamment sur la tranche horaire minuit/ 8 heures du matin.

Répartition des visites entre les différents intervenants sur Paris en 2001

	Généralistes	Urgentistes
Visites sans majoration	640 817	99 720
Visite majorée /fériée	67 232	49 069
Visite majorée / nuit	107 791	88 794
Urgences	1 408	25
TOTAL	817 248	237 608

Source : URCAM, requête SIAM, 2001

Enfin, il faut ajouter que dans certains territoires, l'organisation de gardes se heurte à des sujétions spécifiques.

Certains secteurs ruraux ont un nombre de médecins très réduit, ce qui conduit à une fréquence des tours de garde beaucoup trop important. Cette situation est encore plus tendue dans des départements où la géographie rend les déplacements plus difficiles, notamment dans les secteurs de montagne. Le regroupement de ces petits secteurs n'est alors pas forcément une solution facilement acceptée par les intéressés dans la mesure où il entraînerait une augmentation conséquente de la durée des trajets pour effectuer des visites.

Certains départements comme la Seine-Saint-Denis connaissent d'importantes difficultés pour attirer des médecins prêts à y travailler. Selon le président du conseil de l'ordre des médecins, aucun généraliste libéral n'est venu s'installer en Seine-Saint-Denis au cours des cinq dernières années. Les deux tiers des étudiants formés par la faculté de Bobigny Avicenne vont exercer ailleurs qu'en Seine-Saint-Denis, le dernier tiers choisissant un emploi salarié. Toujours selon le conseil départemental de l'ordre, la forte sollicitation pendant la journée des médecins les conduit à une grande réticence devant les gardes de nuit, encore aggravée par les problèmes de sécurité que connaît ce département. Le phénomène est encore accentué du fait que la plupart des médecins n'habitent pas dans la commune où ils exercent ce qui constitue un motif supplémentaire pour refuser d'assurer des gardes : 45 % des médecins habitent hors du département (Paris et Seine-et-Marne notamment) et plus de 300 médecins pratiquant dans le département ont leur domicile au Raincy.

3.2.3 Le nombre des généralistes effectuant au moins un acte le dimanche est en baisse continue et rapide entre 2000 et 2003

Toutefois, même si subsistent des modalités informelles de garde, les statistiques de la CNAMTS font apparaître une baisse du nombre des généralistes qui travaillent le dimanche, baisse structurelle et beaucoup plus marquée que l'infléchissement observé pour le reste de la semaine. Ainsi, la diminution du nombre de généralistes ayant émis un acte le dimanche a été de 18,2 % entre 2001 et 2000, de 8 % entre 2002 et 2001 et de 17,2 % entre 2003 et 2002 – le calcul étant ici effectué sur la moyenne des six premiers mois de l'année. Ces données montrent d'ailleurs que cette baisse s'inscrit dans un mouvement tendanciel, dans lequel le mouvement de grève n'a finalement eu qu'un impact limité. Par comparaison, le nombre de généralistes ayant émis un acte pour les jours de semaine est stable, ou baisse de un peu plus de 1 % sur les mêmes périodes.

Effectifs moyens de généralistes libéraux en exercice selon les jours de la semaine
(Nombre de généralistes ayant exécuté un acte un certain type de jour dans le semestre/ nbre de jours de ce type du semestre)

	2000	2001	2002	2003	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Janvier - Juin - France métropolitaine							
Dimanche/Férié	15 714	12 862	11 827	9 798	-18,2%	-8,0%	-17,2%
Samedi	42 424	41 296	40 341	38 453	-2,7%	-2,3%	-4,7%
Jours de semaine	47 452	47 461	48 077	47 351	0,02%	1,3%	-1,5%
Total	41 349	40 797	40 639	39 563	-1,3%	-0,4%	-2,6%
Janvier - Juin - Ile de France							
Dimanche/Férié	2 007	1 708	1 826	1 434	-14,9%	6,9%	-21,5%
Samedi	6 228	6 091	5 985	5 712	-2,2%	-1,7%	-4,6%
Jours de semaine	7 327	7 318	7 353	7 248	-0,1%	0,5%	-1,4%
Total	6 253	6 187	6 179	6 007	-1,0%	-0,1%	-2,8%

Source : CNAMTS, observatoire des généralistes

L'analyse de ces mêmes données pour la région Ile de France fait apparaître des tendances relativement comparables à celle de la France entière, avec une baisse cumulée du nombre de généralistes présents le dimanche de 28,5 % sur quatre ans entre 2000 et 2003 pour l'Ile de France, contre une baisse de 37,6 % pour la France entière sur la même période. Ces données montrent bien que la désaffection envers le système de permanence des soins n'est pas spécifique à la région parisienne.

Deux données doivent toutefois être précisées pour nuancer ce constat :

- d'une part, le nombre moyen d'actes tend plutôt à augmenter, spécialement le lundi. Il existe donc des phénomènes de rattrapage ;
- d'autre part, on observe que l'effectif des médecins présents le dimanche représente 20 % de l'effectif des médecins présent un jour de semaine.

3.3 Les différences de densité médicale ne constituent pas un élément explicatif concluant des disparités départementales observées

Dans les dix départements où la mission a réalisé son enquête, les densités médicales en omnipraticiens libéraux sont diverses. Deux départements se situent au dessus de la moyenne nationale (Côte d'Or et Meurthe-et-Moselle). Paris apparaît dans une situation particulière, avec une densité beaucoup plus forte, intégrant un nombre très élevés de médecins ayant un mode d'exercice particulier. Ces médecins regroupent en oeuvre des catégories très diverses (homéopathie, acuponcture, mais aussi allergologie, médecins pratiquant dans des associations de visites à domicile 24 heures sur 24...). A l'opposé, la Seine-Saint-Denis est le département visité où la densité médicale est la plus faible. Toutefois, le chiffre ne rend pas compte de la présence d'un nombre de généralistes salariés nettement plus important dans les centres de santé.

Tableau : Densité en omnipraticiens actifs par départements et proportion de médecins d'exercice particulier (MEP) au 31/12/2002

	Nombre d'omnipraticiens libéraux	Densité médicale/100 000 Habitants	Nombre de MEP	Pourcentage de MEP
France métropolitaine	60 976	102,8		
Côte d'or	534	105,2	67	13 %
Eure-et-Loir	342	83,4	34	10 %
Isère	1131	101,1	36	3 %
Meurthe-et-Moselle	759	105,9	72	9 %
Rhône	1613	100,1	287	18 %
Paris	2706	126,3	730	27 %
Yvelines	1217	88,9	212	17 %
Hauts-de-Seine	1234	84,9	207	17 %
Seine-Saint-Denis	1079	77,3	167	15 %
Val-de-Marne	1070	86,2	136	13 %

Source : CNAMTS

Il est donc très difficile d'établir des liens immédiats entre la densité médicale et la qualité des systèmes de gardes.

Par ailleurs, l'annexe 5 présentée par la CNAMTS à la demande de la mission soulève un certain nombre de questions relatives à l'ampleur des disparités départementales apparemment observées entre les différents départements, quant aux modalités de recours à la médecine libérale par les personnes âgées. Cette étude semble suggérer qu'il n'y a pas de corrélation immédiate entre l'état de santé des personnes âgées (mesuré à partir du critère de la reconnaissance d'une affection de longue durée) et la fréquence des consultations chez un

médecin libéral (généralistes et spécialistes ensemble). Elle ouvre des questions plus larges, sur l'existence de modes de recours à la médecine libérale qui serait significativement différente d'un département à l'autre, notamment chez les personnes âgées. Une analyse plus approfondie, incluant notamment une analyse des pathologies suivies par les médecins libéraux, permettrait d'éclairer les raisons de telles disparités.

3.4 Un nombre important de patients s'adresse aux urgences hospitalières et ne dispose pas d'une information suffisante sur les recours possibles à la médecine libérale

Les patients recourent fréquemment aux urgences hospitalières. Les motifs de cette évolution sont multiples et complexes, allant du souhait des patients de bénéficier du support d'un plateau technique, à la gratuité apparente des soins offerts par l'hôpital en passant par la méconnaissance des possibilités offertes par la médecine libérale par ailleurs en pleine réorganisation de son dispositif de gardes. L'information du public sur le mode d'emploi des différentes possibilités de soins offertes apparaît ainsi insuffisante.

La Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a publié, en janvier 2003, les résultats de deux enquêtes afin de mieux connaître les principales caractéristiques des personnes fréquentant les urgences. L'enquête approfondie conduite auprès d'un échantillon de patients (la semaine d'observation était située en janvier 2002) aboutit à classer les usagers en six type de motifs de recours aux urgences :

- ceux à qui on n'a pas demandé leur avis (19 % des patients) ;
- ceux qui se sont rendus aux urgences sur avis médical (23 % des patients) ;
- les usagers qui évoquent une volonté d'avoir recours au système hospitalier après un échec des solutions précédentes (traitement en cours sans amélioration, récurrence...) (15 % des usagers) ;
- les usagers qui ont recours au service d'urgence comme alternative à la médecine de ville soit parce qu'ils n'ont pas de médecin, soit parce que leur médecin était absent (14 % des usagers) ;
- les usagers motivés par les spécificités du service d'urgence, que ce soit la permanence des soins, la spécialisation hospitalière ou le plateau technique (25 % des usagers) ;
- les usagers qui ne citent que des raisons pratiques ou de convenance personnelle (4 %).

L'enquête de la DREES conclue également à une certaine familiarité avec l'hôpital, qui s'oppose à une connaissance limitée des possibilités de prise en charge en ville. Ainsi, près de trois-quarts des patients interrogés étaient déjà venus dans le même service auparavant, soit pour eux-mêmes, soit pour un membre de leur famille. Cette proportion atteint 87 % pour les enfants de 6 à 15 ans reçus. Parallèlement, le système de soins de ville apparaît relativement méconnu : 20 % des usagers ne savent pas s'il existe un médecin de garde dans la commune où ils se trouvaient lors de la survenue de leur problème de santé.

Cette analyse rejoint les résultats d'une enquête conduite par le CREDOC au début de l'année 2003, qui montre que le recours aux services d'urgence d'un hôpital est nettement plus fréquent que le recours à un médecin de garde.

**Vous êtes-vous déjà personnellement adressé dans les cinq dernières années :
(début 2003)**

	OUI	NON	Il n'y en a pas près de chez vous	Total
Aux services d'urgence d'un hôpital proche de chez vous	51	47	2	100
Aux services d'urgence d'une clinique proche de chez vous	16	81	3	100
A un médecin de garde sollicité en urgence	31	69	-	100

Source : Crédoc – enquête « conditions et aspirations des Français », début 2003

Dans le cadre des enquêtes départementales, la mission a également eu connaissance d'une étude conduite en juin 2003 par la direction de la Promotion de la Santé de la ville de Saint-Denis sur les motifs invoqués par les personnes qui se sont adressées aux urgences de l'hôpital de Saint-Denis du 24 au 30 juin 2002. Cette étude fait apparaître une grande pluralité dans les motifs de venue aux urgences : être soulagé rapidement (48 %) ; crainte de la gravité (47,50 %) ; proximité de l'hôpital (34,50 %) ; existence d'un plateau technique (23 %) ; qualité des soins et examens (23 %) ; seul endroit connu (13 %) ; médecin indisponible (10,5 %) ; gratuité (8 %) ; envoi par un médecin (6,5 %).

Ces analyses confirment donc la multiplicité et la complexité des raisons de venue aux urgences. La part de méconnaissance de la médecine de ville est réelle même si elle est loin d'être majoritaire. Cela montre que les informations à diffuser à la population doivent tenter, d'une façon ou d'une autre, de répondre à cette complexité et à cette pluralité des motifs de recours aux urgences, dès lors qu'un objectif de réorientation des patients est poursuivi.

3.5 Le système des astreintes mis en place par l'avenant conventionnel n°10 ne constitue pas une réponse adaptée aux difficultés de la permanence des soins

L'arrêté du 28 juin 2002 a instauré une astreinte rémunérée la nuit de 20 heures à 8 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures.

Il a été complété par une circulaire du 15 juillet 2002 de la DHOS qui précise notamment que :

- le paiement de l'astreinte par les caisses primaires d'assurance maladie est attribué aux médecins qui figurent sur la liste départementale des médecins d'astreinte, définie par le conseil de l'ordre sur la base d'un médecin par secteur d'astreinte,
- ce paiement n'est pas attribué aux médecins non inscrits sur cette liste et qui assurent des soins de manière volontaire, soit à leur patientèle, soit dans le cadre d'associations de médecins effectuant des visites à domicile 24 heures sur 24,
- les médecins assurant une astreinte bénéficient d'un paiement de 50 € par la CPAM par période d'astreinte de 12 heures.

Au cours du premier semestre 2003, 13 CPAM n'avaient versé aucun forfait d'astreinte parmi lesquelles celles de Evreux, Creil, Cambrai, Maubeuge, Paris, Melun, Bobigny et Créteil. En sens inverse, au cours de cette même période, les six CPAM ayant accordé les montants les plus élevés étaient : Saint-Brieuc, Mont-de-Marsan, Périgueux, Limoges, Grenoble et Albi.

Ces fortes disparités, qui ne peuvent s'analyser en rapportant le montant des sommes versées à la population ou même au nombre des médecins, s'expliquent pour partie par le fait que le dispositif est encore en phase de démarrage. Mais cet élément ne rend compte que d'une partie des disparités. La mission a en effet observé des pratiques très différentes d'un département à l'autre dans le paiement des astreintes, dont certaines renvoient à des questions de principe aujourd'hui non tranchées.

La mise en œuvre de ce dispositif soulève en effet un certain nombre de difficultés, d'ordre différent :

- des questions pratiques en premier lieu semblent avoir posé des difficultés dans certains départements. Les généralistes doivent remplir les imprimés « d'attestation de participation à la permanence des soins » pour obtenir le versement des indemnités d'astreinte de 50 €, ce qui dissuade certains d'entre eux d'accomplir cette formalité qu'ils considèrent comme contraignante et très compliquée en cas de changement de garde. La CPAM de Lyon indique qu'elle a été obligée de retourner nombre de ces imprimés qui étaient mal remplis ce qui a entraîné beaucoup de retard dans le versement des astreintes. D'autres CPAM (notamment dans le Val de Marne) exigent des tableaux de garde doublement validés par le conseil départemental de l'ordre des médecins (validation des tableaux prévisionnels et, ensuite, des tableaux des gardes effectuées). A l'inverse, d'autres paient les astreintes sur la base de tableaux prévisionnels simplement visés par le conseil de l'ordre, sans autre vérification. Ces différences contribuent à expliquer une partie des disparités constatées entre CPAM dans le versement des astreintes ;
- un certain nombre de questions reçoivent également des interprétations différentes dans les CPAM. Deux questions sont particulièrement sensibles : le paiement d'astreintes aux structures de type SOS médecins et le paiement des astreintes pour des périodes de garde partielle allant de 20 à 24 heures en soirée. Certaines associations comme SOS Médecins Ile-de-France (bien qu'elle estime que certains actes plus techniques mériteraient une tarification particulière) et la Société Mobile d'Urgence Médicale de Bourgoin-Jallieu considèrent que le non versement des 50 € n'est pas un problème. A Lyon, en revanche, l'association SOS Médecins a saisi la CPAM en août 2003 pour obtenir le versement de cette indemnité d'astreinte et a obtenu une réponse positive du directeur de la CPAM le 12 septembre 2003 à certaines conditions (médecins de SOS désignés comme médecins d'astreinte, figurant à ce titre dans le tableau du conseil départemental de l'ordre, et adressant les formulaires nécessaires à la caisse). Par ailleurs, dans beaucoup de départements, les systèmes de permanence de soins se réorganisent autour de réponses différenciées sur les tranches horaires 20/24 heures et minuit/8 heures du matin. Certaines CPAM ont pris en charge des astreintes sur des périodes plus courtes d'autres pas ;
- une troisième série de difficultés, plus fondamentale encore, renvoie au fait que le paiement de forfaits d'astreinte est très étroitement lié à la définition des secteurs de garde, alors même que cette sectorisation ne répond à aucun encadrement national. Il ne faut pas se méprendre sur le sens de cette observation : la mission considère en effet qu'il est pertinent de définir les secteurs de garde au niveau local, en fonction notamment des périmètres d'intervention des associations de garde des médecins, des coopérations possibles entre elles et des usages en la matière. La mission s'interroge en revanche sur le lien établi entre sectorisation et paiement des astreintes. Celui-ci aboutit en effet à des résultats qui peuvent sembler paradoxaux. Lorsque la CPAM ne reçoit pas de tableaux de garde, comme en Seine-Saint-Denis, elle ne verse pas de forfait d'astreinte. Dans certains

départements où le nombre des secteurs est très élevé, la mission a rencontré le cas extrême de secteurs de garde n'ayant qu'un seul médecin, qui pouvait donc percevoir le forfait d'astreinte tous les jours de la semaine. Cette situation pose de réel problème

Toutes ces difficultés conjuguées autour des modalités de paiement des forfaits d'astreinte ont abouti à ce que, dans la majorité des départements enquêtés, d'autres modes de financement de la permanence des soins se sont mis en place par d'autres canaux : les collectivités locales, les fonds d'action sociale des caisses primaires d'assurance maladie et le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Ces financements ont deux objets. Une partie sert à couvrir les frais de fonctionnement de structures mises en place dans le cadre de la permanence des soins (mise à disposition gratuite de locaux, prise en charge de leur sécurisation, financement d'un secrétariat à temps partiel). Une partie plus importante permet d'apporter un complément de rémunération sous forme de forfaits à des médecins effectuant des astreintes ou des gardes selon les cas, sur des tranches horaires également variables. Ces forfaits sont toujours très nettement supérieurs aux montants du forfait usuel d'astreinte de 50 €.

La mission considère que cette situation, qui combine des forfaits d'astreinte de 50 € versés en principe de façon uniforme, mais *de facto* de façon très inégale du fait de l'impact de la sectorisation, et des forfaits de montant variable, versés là où des dispositifs particuliers ont reçu des financements ad hoc, n'est pas satisfaisante. Elle aboutit en effet à ce que les sommes versées pour la permanence des soins ne le sont pas nécessairement en direction des territoires qui en auraient le plus besoin, là où l'astreinte ou éventuellement les gardes, entraînent des sujétions particulières pour les médecins, notamment dans les zones objectivement sous-dotées en médecins généralistes libéraux.

Par ailleurs, la mission constate que l'introduction du système des astreintes en 2002 n'a guère été incitative si l'on en juge par l'évolution du nombre des médecins effectivement impliqués dans les systèmes de garde depuis avril 2002 ainsi que par le faible pourcentage de généralistes à avoir fait les démarches nécessaires pour en bénéficier.

L'enquête réalisée par la direction statistique de la CNAMTS¹ illustre également les limites du système actuel. Elle fait apparaître plusieurs résultats :

- 60 % des astreintes ne donnent pas lieu à une activité médicale ;
- l'activité des soirs de semaine et des nuits n'est pas du tout comparable : lorsqu'un médecin a travaillé pendant son astreinte, il a réalisé en moyenne 6,3 actes le dimanche et 1,6 actes la nuit ;
- les médecins d'astreinte effectuent au total, sur leur nuit d'astreinte, 1,6 actes en moyenne, soit moins que l'ensemble des médecins, qui en réalisent 2 en moyenne. Ce dernier point rejoint également le diagnostic établi par la mission d'une présence médicale en dehors des heures habituelles d'ouverture des cabinets, qui n'est pas intégrée dans les systèmes de garde.

¹ Les astreintes effectuées par les médecins généralistes en mars 2003, Point de conjoncture n° 16-17, septembre 2003

3.6 L'existence d'une régulation libérale des appels constitue un levier essentiel pour améliorer la permanence des soins

Le tableau joint présente l'état de la mise en place d'une régulation libérale dans les dix départements visités par la mission.

Tableau : Participation des médecins libéraux à la régulation des appels.

Situation par département enquêté	Année de démarrage	Existence d'une association de médecins libéraux régulateurs	Mode de financement de la médecine libérale	Utilisation du 15 ou numéro spécifique	Tranches horaires de fonctionnement
Côte d'Or (21)	2003	Oui	FASQV 3C/heure (2,8Cnets)	Transfert facultatif du numéro du généraliste vers régulation libérale	19-24H semaine 13H-24H samedi 8H-24H dimanche et JF.
Eure-et-Loir (28)	2003	Oui	FASQV 3C/heure	15	20H-24H en semaine 14H-24H samedi 8H-24H dimanche et JF
Isère (38)	Dés le début des années 70 pour l'agglomération grenobloise	Oui, mais l'association est dissoute et la régulation libérale risque d'être interrompue.	CPAM, demande FASQV pour relais. 3C/heure (4,5C nuit)	15	18h-9h semaine H24 le WE et JF
Meurthe-et-Moselle (54)	20 Décembre 2003	Oui	FASQV, Fonds réseaux . 3C/heure	N° dédié, mais interconnexion 15	20H-24H, semaine 12H-24H samedi 8H-24H dimanche et JF
Rhône (69)	En cours	Oui	FASQV	15	24H/24
Paris (75)	-	-	-	-	-
Yvelines (78)	Juin 1987	Oui	FASQV ; centre hospitalier, ARH divers Salariés association	15	24H/24
Hauts-de-Seine (92)	1977	Oui	Conseil général, budget hospitalier. Rémunération via association	15	24H/24
Seine-Saint-Denis (93)	Mai 1980	Oui	Etablissements santé publics et privés+ profession Rémunération via association	15 et numéro spécifique pour le SUR	24H/24
Val-de-Marne (94)	1979-1980	Non	Budget hospitalier. Rémunération par l'hôpital	15	24H/24

Source : IGAS, résultat des enquêtes départementales

3.6.1 *Dans les départements enquêtés, les différentes formules de régulation libérale sont liées à l'histoire de leur implantation*

Au regard de l'ancienneté des formes existantes de régulation libérale, trois catégories de départements peuvent être distingués :

- Paris constitue un cas à part, puisque c'est le seul des 10 départements enquêtés par la mission où il n'existe pas de régulation libérale des appels coordonnée. Cette situation s'explique largement par les difficultés des relations entre le SAMU et les associations intervenant 24 heures sur 24. Le SAMU de Paris et « SOS médecins » en particulier sont en opposition, ce dernier n'acceptant d'être inséré dans le champ d'une régulation institutionnelle systématique et préférant gérer directement ses appels. D'autres associations parisiennes intervenant également à domicile déplorent la sélectivité des sollicitations du SAMU, ce qui selon elles explique leur réticence à s'inscrire dans un schéma commun de régulation. Une expérience de régulation libérale a été tentée pendant une très courte période avec la Garde médicale de Paris mais elle n'a pu être poursuivie faute de financements ;
- dans 5 départements (petite couronne parisienne, Yvelines, Isère), la régulation libérale est ancienne et s'est mise en place dans les années 1980 (et même beaucoup plus tôt pour l'agglomération Grenobloise qui a joué un rôle pilote en la matière) ou au tout début des années 1990. Dans ces cas, la régulation libérale est intégrée au fonctionnement du centre 15 et elle a souvent privilégié le recours à un numéro d'appel commun, le 15 ;
- dans les 4 autres départements, les expériences de régulation libérale sont très récentes, et découlent directement des réformes en cours de la permanence des soins promues depuis 2002. Ces nouveaux promoteurs de la régulation libérale semblent plus attachés à faire valoir leur spécificité : la tendance est plus à l'individualisation du numéro d'appel (Côte d'Or, Meurthe-et-Moselle) même si elle n'est pas générale (Eure-et-Loir). Le facteur déclenchant de ces initiatives a souvent été le mouvement de grève des généralistes en novembre 2001, autour du mot d'ordre de transfert des appels des patients vers le 15. Il s'en suivit une régulation de fait de la médecine libérale et les généralistes ont pu concrètement expérimenter l'intérêt d'un dispositif qui conduisait à éviter de déplacements inutiles et à bien orienter la prise en charge du patient entre les soins non programmés et l'urgence. Le point commun est que les relations avec la structure de régulation hospitalière ne sont pas stabilisées et qu'il reste à pratiquer une coopération active et basée sur des rapports de confiance entre les deux secteurs.

3.6.2 *Quelle que soit son histoire, la régulation libérale joue un rôle primordial dans l'organisation de la permanence des soins*

Toutes les personnes rencontrées par la mission ont mis l'accent sur l'importance de l'existence d'une régulation des appels pour organiser la permanence des soins dans chaque département, que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain. Les avantages qui lui sont prêtés portent à la fois sur le service rendu à la population et sur l'amélioration des conditions de la garde et de l'astreinte pour le généraliste.

Le service rendu à l'utilisateur est de deux ordres :

- celui de l'assurance d'obtenir une réponse à son appel. Diverses formules existent, comme le renvoi de l'appel auprès d'un généraliste vers un numéro commun (soit le 15, soit un numéro spécifique) ou plus simplement l'information de la population par voie de presse sur la conduite à tenir (appeler le 15 ou le numéro de la régulation libérale). Quelle que soit la formule retenue, l'intérêt pour l'utilisateur est qu'il peut contacter un médecin au téléphone, lui indiquant les possibilités de recours aux soins qui existent en fonction de l'heure d'appel et du lieu de résidence sur le département ; celui du bénéfice d'une orientation adéquate. L'exercice de la régulation du SAMU et de la médecine libérale dans les mêmes locaux permet, au vu de la nature de l'appel, de diligenter les moyens d'intervention adéquats sans perte de temps ou de chance pour le patient. Si l'orientation des appels par les permanenciers auxiliaires de la régulation médicale (PARM) est considérée comme fiable dans 95 % des cas, il a aussi été signalé à la mission des cas où la présence physique des médecins dans les mêmes locaux a permis des réorientations immédiates.

Pour le généraliste les avantages sont les suivants :

- une diminution des appels ne nécessitant pas son intervention, parce qu'un conseil médical suffit ou parce que le problème du patient est tel qu'il nécessite d'emblée la mobilisation d'un SMUR. En milieu rural, la régulation des appels constitue donc l'un des préalables nécessaires au regroupement des secteurs :
- en cas d'intervention, une connaissance préalable de la situation du patient, décrite par le confrère régulateur, ce qui renforce la qualité de la prise en charge du malade et réduit les marges d'incertitudes sur son l'état de la personne.

Il faut également mentionner que la régulation libérale arrive à mobiliser un nombre suffisant de praticiens pour remplir toutes les plages mensuelles au moins dans la tranche horaire 20H-24H.

3.6.3 Un bon fonctionnement de la régulation libérale suppose des relations de confiance avec le SAMU et des procédures transparentes pour traiter les conflits de régulation

La régulation des appels reçus est essentielle car la décision d'orientation médicale prise par le régulateur conditionne la façon dont un patient qui appelle est pris en charge :

L'orientation des appels conduit à répartir l'activité médicale entre différents effecteurs, qui peuvent être le SMUR, des associations intervenant 24 heures sur 24 ou encore des associations de garde des médecins lorsqu'elles existent. Les décisions d'orientation prises par le régulateur peuvent être soumises à contestation, notamment dans la répartition décidée entre ces effecteurs.

Il est donc central que ces deux questions – nature des décisions médicales à prendre, orientation vers tel ou tel effecteur – soient clairement arbitrées entre les différents régulateurs intervenant. Ceci est d'autant plus important que, dans des départements de taille moyenne, après une phase de régulation mixte (souvent le soir entre 20 et 24 heures et le week-end) le relais est pris par le seul SAMU/centre 15 (période de minuit à 8 heures du matin notamment).

La mission a constaté de ce point de vue que l'état des relations entre médecins libéraux et régulateurs hospitaliers était très variable d'un département à l'autre des griefs réciproques sont formulés :

- trois reproches principaux sont formulés par les libéraux à l'encontre des régulateurs hospitaliers : le déclenchement de moyens lourds pour des cas qui, selon eux, ne le nécessiterait pas ; une préférence accordée à tel ou tel intervenant dans la distribution des appels ; une sélection des appels qui conduit à renvoyer vers les libéraux des problèmes médico-sociaux parfois difficiles à traiter (toxicomanie, hospitalisation à la demande de tiers, alcoolisme...) ;
- les reproches faits par les hospitaliers aux libéraux sont pour partie le pendant de ces griefs : une estimation différente des risques, voire, dans certains cas, une protection des confrères libéraux de garde à qui on évite au maximum de se déplacer.

Il existe toutefois aussi des départements où les relations sont beaucoup plus sereines. On peut citer, notamment le cas du Val de Marne, où le travail en commun entre médecins libéraux et hospitaliers au sein de la régulation a été poussé très loin et conduit à des relations qui, très majoritairement, satisfont tous les partenaires. La collaboration entre régulateurs libéraux et hospitaliers dans ce département passe par des mesures très concrètes :

- définition d'arbres de régulation communs très clairs ;
- participation des médecins libéraux au « staff » de 8 heures qui permet d'évoquer et de mettre à plat d'éventuels conflits de régulation ;
- possibilité pour les libéraux de participer à des soirées de formation organisées dans le cadre hospitalier ;
- mise en place en 2001 d'une formation plus longue – un DU de régulateur – à laquelle 5 médecins libéraux ont participé à ce jour.

La mission souligne que dans tous les départements visités, la régulation libérale est implantée dans les mêmes locaux que le SAMU, les appels à destination des hospitaliers ou des libéraux sont réceptionnés par le même personnel permanencier auxiliaire de régulation médicale des appels (PARM). L'expérience atteste que les erreurs de routage à destination de l'un ou l'autre des secteurs sont minimales. Néanmoins il est très apprécié du régulateur libéral de pouvoir réorienter son appel vers les moyens mobiles d'urgence lorsque la situation du patient le requiert. Cette proximité physique est aussi l'occasion pour les régulateurs libéraux d'un contact avec des confrères hospitaliers, les SAMU/centre 15 étant fréquemment implantés à proximité des services d'urgence.

3.6.4 Le développement de la régulation libérale conduit à une progression des conseils téléphoniques, sans encadrement général de cette activité

Dans tous les départements visités, la mission a constaté que la présence d'une régulation libérale conduisait à un développement quantitatif du conseil téléphonique aux patients. Une illustration peut en être donnée dans les Hauts-de-Seine.

Evolution des affaires traitées et des orientations (AMU 92 et SAMU 92)

Année	Affaires traitées	Renvoi vers médecine de ville	Renvoi vers SOS	Part renvois médecine libérale (%)	Conseils Médicaux	Part des conseils médicaux (%)
2000	159 075	14 566	16 709	19,7 %	67 909	42,7 %
2001	156 701	8 874	12 367	13,6 %	70 575	45,0 %
2002	154 602	4 484	9 963	9,3 %	75 877	49,1 %

Source : statistiques transmises par le SAMU 92

La mission considère que cette activité de conseil médical téléphonique est utile. Elle permet notamment d'orienter le patient qui téléphone vers une solution adaptée à la nature de sa demande, en prévoyant éventuellement de renvoyer au lendemain un contact avec le médecin.

Dans certains centres 15, des précautions entourent cette activité, notamment en demandant à la personne de rappeler une ou deux heures après le conseil pour décrire l'évolution de la situation. Toutefois, cet encadrement du conseil téléphonique est aujourd'hui laissé à la seule appréciation des médecins qui le pratiquent localement, ce qui conduit à des attitudes très différentes d'un département à l'autre.

3.6.5 Le statut du numéro 15 n'est aujourd'hui plus le même dans les différents départements

Comme indiqué plus haut, les pratiques sur le numéro de garde par lequel la régulation libérale est joignable sont variables d'un département à l'autre.

Les arguments en faveur d'un numéro d'appel unique « le 15 » à la fois pour les urgences et les soins non programmés sont les suivants :

- intérêt de l'uniformité d'un numéro d'appel sur tout le territoire et donc simplification de la recherche du recours à la médecine libérale pour l'utilisateur ;
- facilitation des rapprochements entre la médecine libérale et hospitalière ;
- bonne identification du numéro pour le public mais aussi d'autres services publics (pompiers, police, ambulanciers privés...)

Le choix d'un numéro ou de numéros spécifiques a également sa cohérence :

- le « 15 » reste dédié aux urgences ;
- l'existence de deux numéros permet d'identifier la permanence des soins libérale et facilite le suivi des deux activités d'urgence et de permanence des soins ;
- l'identification de deux sources de numéros qui arrivent sur les postes des PARM facilite l'orientation des appels vers le régulateur idoine ;
- le numéro peut être spécifique à un secteur de garde.

Un des arguments forts à l'encontre d'un numéro unique est qu'il instaure une confusion dans l'esprit du public sur la notion de l'urgence dont le champ est alors étendu aux soins non programmés ce qui signifie que le « 15 » n'est plus perçu comme la porte d'entrée du circuit de prise en charge de l'urgence vitale.

La mission a constaté qu'aujourd'hui, les choix varient d'un département à l'autre, le numéro « 15 » tendant de ce fait à avoir des statuts différents. Toutefois, le caractère récent des expériences de numéros spécifiques permet difficilement d'en tirer un bilan.

3.6.6 La régulation libérale ne repose pas sur des financements pérennes

Les modes de financement de la régulation libérale sont divers d'un département à l'autre :

- la majorité des expériences récentes d'installation d'une régulation libérale reposent sur une participation, à titre expérimental, du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Ce financement est parfois consolidé au plan de la participation de l'assurance maladie (directement ou indirectement au titre de la dotation hospitalière) sur l'enveloppe « réseaux » comme à Nancy. L'établissement siège du SAMU apporte parfois une contribution en mobilisant des crédits (comme dans les Yvelines).
- pour les structures de régulation libérales les plus anciennes, le budget de fonctionnement était usuellement couvert par une contribution du conseil général et le cas échéant par appel à cotisation des médecins généralistes bénéficiaires de cette régulation (Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Yvelines).

Par ailleurs, la mission a constaté que la tendance était au désengagement des quelques conseils généraux qui avaient accompagné l'expérience (Val-de-Marne, Yvelines, et pour partie Isère). De même, l'apport du FAQSV est temporaire. Dans le cas de l'Isère, ces difficultés de financement de la régulation risquent de conduire à l'arrêt de son fonctionnement du fait de la disparition du dispositif associatif libéral. Il est à craindre un délitement de la sectorisation des gardes dans un département jusque là exemplaire en matière d'organisation de la permanence des soins. Le même type de difficultés se profile dans les Yvelines, où l'équilibre budgétaire de l'association de médecine d'urgence (AMU) reste précaire malgré le soutien du FAQSV. Parmi les 10 départements enquêtés, la seule structure libérale confortée dans son financement se situe dans le Val-de-Marne. Les régulateurs sont rémunérés par l'institution hospitalière sur la base d'un statut d'attaché et d'une indemnisation de la garde.

3.7 Plusieurs expériences de maisons médicales de garde font apparaître des résultats satisfaisants, pour les patients comme pour les médecins

L'implantation de maisons médicales de garde destinées à se substituer aux astreintes de la médecine libérale progresse mais de manière inégale sur l'ensemble du territoire.

S'agissant des départements enquêtés, certains disposent de plusieurs maisons médicales de garde (Rhône, Val-de-Marne). D'autres en ont une (Côte d'Or, Eure-et-Loir, Meurthe-et-Moselle). D'autres n'en éprouvent pas le besoin du moins dans l'immédiat (Isère, Paris). Enfin un département (Seine-Saint-Denis) n'est pas parvenu à en mettre sur pied notamment pour des raisons de financement.

Le principe de leur fonctionnement repose sur une inversion de la pratique des soins non programmés, qui conduisait à l'assurance d'une visite à domicile. Dans le cadre d'une maison médicale c'est le patient qui se déplace et reçoit les soins d'un généraliste de garde dans un local spécifique.

S'il arrive que certaines maisons de garde fonctionnent de 20H à 8H, la plupart d'entre elles sont organisées autour d'une tranche horaire de soirée de 20H à 24H et d'une permanence en journée les dimanches et jours fériés.

Le tableau joint présente les situations rencontrées dans les départements enquêtés.

**Etat de l'expérimentation des maisons médicales de garde
dans les dix départements enquêtés**

Situation par département	Existence de maisons médicales	Nombre de maisons médicales en Nov 03	Locaux extérieurs à un service actif hospitalier ou à un établissement de santé	Horaires ouverture	Accès direct pour la population	Modes de rémunération spécifiques
Côte-d'Or (21)	oui	1+cabinets tournants	Non (dans l'hôpital)	19H30-24H sem et S 17H30 D et JF	Oui	Non mais aide FAQSV et ARH pour fonctionnement
Eure-et-Loir (28)	oui	1	oui	20H-24H semaine 14H-2H S 8H-24H D et JF	Par le 15 mais parfois directement	Non, mais financement FAQSV pour le fonctionnement, locaux fournis par l'hôpital
Isère (38)	non					
Meurthe-et-Moselle (54)	oui	1	oui		Par le 15 et directement	Non, aide FAQSV et municipalité au fonctionnement
Rhône (69)	oui	3 plus trois autres d'ici janvier)	oui	19H-24H S 14H-24H D et JF	Par le 15 puis directement ensuite	Non, sauf participation municipalité au fonctionnement
Paris (75)	non					
Yvelines (78)	oui	2	oui	20h-24h S 9H-13H et 14-18H D et JF	Accès par le 15	Demande d'un forfait de 3C de l'heure
Hauts-de-Seine (92)	oui	1	Non (mais sans lien avec l'activité d'urgence)	20H-23H en semaine 9H-23 D et JF	Par le 15	Non
Seine-saint-Denis (93)	non					
Val-de-Marne (94)	oui	4 (+5 ouvertures programmée)	oui	20H-24H en semaine 8H-24H D et JF	Par le 15+ info médecin traitant	CPAM, 3CN (pour 2 MMG)+ participation des municipalités au fonctionnement

Source : enquêtes départementales IGAS

3.7.1 *Deux modèles de maison de garde coexistent, l'un intégré aux urgences hospitalières, l'autre propre à la médecine de ville*

Si les expériences de maisons médicales sont très diversifiées dans leur organisation, leur fonctionnement (tranches horaires d'ouverture, mode d'accès) et leur financement, deux modèles de maisons médicales peuvent être décrits, qui répondent à des motivations initiales très différentes.

1/ Certaines maisons médicales ont été mises en place explicitement pour répondre à l'engorgement des urgences hospitalières, le plus souvent à l'initiative de responsables de services d'urgence, relayés ensuite par des associations de médecins généralistes intéressées par ce type de pratique. Les exemples du CHU de Dijon et le projet développé par le CH de Villeuve-Saint-Georges sont emblématiques de cette approche². L'annexe 12 décrit de façon précise l'évaluation faite de la maison médicale installée au sein du CHU de Dijon, où la médecine libérale a pris en charge de façon majoritaire des traumatismes, recourant éventuellement, mais pas nécessairement, à l'appui de la radiologie installée au sein de l'hôpital.

2/ D'autres maisons médicales sont d'abord un substitut à l'astreinte du généraliste. Pour les Conseils de l'ordre départementaux, des organisations syndicales de médecins et les promoteurs des maisons médicales de garde, un des objectifs essentiels de leur création est celui de la facilitation et de l'acceptabilité de la participation à l'organisation de la permanence des soins par les généralistes. Le recours à la maison de garde est alors envisagé pour inverser la tendance à la raréfaction, voire à la disparition des volontaires pour participer aux gardes. Dans la majeure partie des départements enquêtés, des maisons médicales de ce type ont été ouvertes (Eure-et-Loir, Hauts-de-Seine, Rhône, Meurthe-et-Moselle, Val-de-Marne, Yvelines). L'argument de l'importance de l'exercice dans un milieu sécurisé est également mis en avant, mais pas systématiquement.

Les débats sur ces formules restent ouverts :

- s'agissant du lieu d'implantation, certains privilégient la nécessité d'une bonne identification de la médecine libérale ainsi que la volonté de ne pas créer une annexe des urgences hospitalières. A contrario, les tenants d'une proximité hospitalière mettent en avant la sécurisation initiale des lieux, la possibilité d'un adressage réciproque rapide des malades et le décroisement entre ville et hôpital que permettent des maisons médicales implantées en milieu hospitaliers ;
- un second débat concerne le mode d'accès des patients à la maison médicale. Certains sites ou certaines organisations de praticiens considèrent que la maison médicale ne doit être ouverte qu'aux patients adressés par la régulation, afin d'éviter tout risque de consumérisme médical. D'autres militent en faveur de maisons médicales plus ouvertes. En pratique, un comportement plus pragmatique a été adopté en misant à la fois sur la régulation par le 15 et l'accueil direct .. Des départements comme l'Eure-et-Loir ou le Val-de-Marne sont désireux de lancer une campagne de communication, mais attendent pour ce faire que le dispositif général d'organisation de la permanence des soins soit en place.

² C'est également le cas des maisons médicales du Havre et de Roubaix, dans deux départements où la mission ne s'est pas rendue.

Enfin, certaines formules mixtes entre la garde traditionnelle et la maison de garde se mettent en place, avec des formules de consultation en cabinet, organisées à des heures définies à partir d'une régulation. Certains généralistes jugent en effet le dispositif de la maison de garde onéreux et préfèrent organiser des points de garde « tournants » au cabinet du médecin d'astreinte. Cette pratique est privilégiée en milieu rural mais pas spécifiquement. Elle est rendue possible par la régulation libérale. Ainsi, en Côte d'or à Dijon a été installé un cabinet de garde tournant le week-end fonctionnant désormais jusqu'à minuit en lien avec le secrétariat de la maison médicale installée au sein de l'hôpital. En Meurthe et Moselle dans le secteur de Longuyon, les médecins d'astreinte accueillent les patients en consultation, la journée du samedi et la nuit et le dimanche interviennent au domicile à la demande de la régulation libérale.

3.7.2 *La fréquentation des maisons médicales de garde atteint un niveau satisfaisant en journée le week-end, mais reste limitée en soirée*

La mission ne peut prétendre ici donner une évaluation complète du dispositif des maisons médicales. Toutefois, la plupart des statistiques fournies confirme une fréquentation faible dans la grande majorité des cas en soirée, mais plus soutenue le week-end :

- dans la maison médicale de Courbevoie, il se pratique au plus une consultation par soirée (en moyenne), pour une fréquence de consultations allant de 3 à 17 par jour les dimanches et jours fériés ;
- le SAMI (pour service d'aide médical initial, appellation locale de la maison de garde) de Vincennes dans le Val de Marne assurait en 2002 en moyenne 1,9 consultations en soirée de semaine, contre 14 consultations en moyenne le dimanche entre 8 heures et 14 heures et de 18 consultations ce même jour entre 14 heures et 24 heures.
- A Vénissieux, dans le Rhône, la moyenne est de l'ordre de six à huit consultations par nuit, dans une maison ouverte en novembre 2002,
- les autres maisons médicales étaient plus récentes, mais la même tendance semblent se dégager, notamment sur Chartres et Nancy.

Fréquentation moyenne de la Maison médicale de garde de Nancy depuis son ouverture en juillet 2003

Mois	Nb moyen de consultations le Samedi	Nb moyen de consultations Le dimanche	Nb de consultation les jours fériés	Nb moyen de consultations les jours de semaine
Juillet	16,25	29,25	53	3,44
Août	32,20	33,20	29	3,60
Septembre	31,50	40	-	4,13

Source : statistiques transmises à la mission par le responsable de la maison médicale

Activité du SAMI de Vincennes Saint-Mandé en 2003

Mois	Nb moyen de consultations le Samedi	Nb moyen de consultations Le dimanche	Nb de consultation les jours fériés	Nb moyen de consultations les jours de semaine
Janvier	3,25	22,5	18	1
Février	2,5	26	-	0,61
Mars	1,4	23,4	-	1,23
Avril	5	17,75	33	1,09
Mai	1,6	19,25	10,3	1,4
Juin	1,5	19,75	30	1,05
Juillet	1,75	15,5	18	1
Août	0,8	12,4	15	0,55

Source : données transmises par le SAMI et retraitement IGAS.

Par ailleurs, la mission a constaté des pratiques très différentes sur la rémunération des médecins exerçant dans ces maisons médicales. Un certain nombre perçoivent en effet, à travers le FAQSV ou des subventions des collectivités locales, des astreintes souvent très supérieures aux 50 € usuels pour participer au fonctionnement de la maison médicale. La mission s'interroge sur la pertinence à terme de tels dispositifs. En effet, soit la maison médicale attire un nombre important de patients, et le paiement des actes rémunère le médecin de façon satisfaisante, soit l'activité est très réduite et la question devient celle de l'intérêt d'une telle structure pour répondre aux besoins réels de la population.

Quatrième partie

Les propositions de la mission visent à intégrer les médecins libéraux dans les dispositifs d'alerte et à réaffirmer les objectifs qui doivent guider une réorganisation de la permanence des soins adaptée aux particularités des différents départements

4.1. Intégrer la médecine libérale dans les dispositifs d'alerte et de prévention en cas de crise sanitaire

Les médecins généralistes libéraux, par leur nombre et leur répartition sur l'ensemble du territoire, leur proximité avec l'ensemble des catégories socioprofessionnelles de la population, la diversité des milieux de vie et des âges des patients qui s'adressent à eux, sont une source potentielle d'informations considérable, aujourd'hui largement sous-utilisée. Ceci apparaît d'autant plus dommageable que la survenue d'une crise sanitaire, au moins dans un certain nombre de cas, peut être révélée au stade de la médecine de ville, avant même de se traduire par un afflux aux urgences hospitalières: l'exemple de la veille organisée sur les épidémies de grippe à partir des médecins généralistes en est une bonne illustration.

De même, l'information destinée aux médecins libéraux pour les alerter en cas de crise sanitaire – qu'elle soit locale ou nationale – demeure très insuffisante. Ainsi pendant la phase de canicule, au delà même de son caractère très tardif, cette information n'a pas été répercutée sous forme de consignes claires notamment en termes de conduite à tenir.

La mission considère qu'il est prioritaire de remédier à ces insuffisances et d'intégrer la médecine libérale dans les systèmes d'alerte. Le cadre de la future loi de santé publique pourrait être utilisé dans ce but, aussi bien à travers les décrets d'application à venir que dans la mise en place des partenariats entre les autorités sanitaires et des réseaux d'information.

Deux phases distinctes sont à prendre en considération dans la gestion d'un dispositif d'alerte : la remontée d'informations à partir des observations de terrain émanant des médecins généralistes, la diffusion en retour de messages urgents à destination de ces médecins..

4.1.1 La médecine libérale est une source potentielle d'alerte d'une crise sanitaire

La mission ne prétend pas ici définir le cadre précis dans lequel la médecine libérale devrait être intégrée dans les réseaux d'alerte, ni la nature et le cadre des partenariats à promouvoir. Cette participation des médecins libéraux à l'alerte devra en toute hypothèse se construire en accord avec eux. L'Institut national de veille sanitaire devrait toutefois, selon la mission, jouer un rôle moteur dans la construction d'un tel système d'alerte, qui aille au-delà des pathologies faisant d'ores et déjà l'objet d'une surveillance précise comme la grippe, et non limitée aux seuls médecins Sentinelles.

Les investigations conduites ont suggéré plusieurs pistes de réflexion dans ce domaine, plusieurs sources pouvant rendre compte

- l'activité des médecins eux-mêmes,
- l'âge des patients reçus,
- la nature des diagnostics portés,
- les prescriptions effectuées. Celles-ci peuvent également être mesurées par le biais des pharmacies d'officine, pour lesquelles il existe également des réseaux permettant de suivre la délivrance de médicaments dans des délais rapides.

De même, le responsable du réseau Sentinelles a transmis à la mission une enquête réalisée sur la canicule datée de novembre 2003, qui émet un certain nombre de propositions en termes d'alerte, notamment à travers l'indicateur du taux d'hospitalisations décidées à l'issue des consultations (cf. annexe 9).

Les associations de médecins assurant des visites à domicile 24 heures sur 24 constituent également une source d'information potentielle, d'autant qu'elles disposent souvent d'outils statistiques performants, portant sur un nombre de patients élevés du fait du mode d'exercice en groupes. A titre d'exemple, dès la fin du mois de juillet, SOS médecins Paris avait enregistré une augmentation significative des pathologies urinaires par rapport à une période normale.

L'ensemble de ces sources doivent être expertisées, afin de retenir les informations à la fois les plus réactives et les plus fiables. La difficulté d'un tel exercice est surtout de définir les données à observer, mais également de valider les signaux reçus par le biais d'un système d'information adapté permettant de passer éventuellement à un second stade de la procédure d'alerte.

4.1.2 Les médecins libéraux comme destinataires de messages d'alerte

Les médecins libéraux doivent également être destinataires de messages d'alerte qui les informent de risques particuliers liés à une épidémie, à la résurgence d'une pathologie quasi-disparue, ou à des aléas climatiques tels qu'ils emportent des conséquences sanitaires potentiellement dommageables pour tout ou partie de la population.

Ces messages doivent avoir un contenu médical suffisamment précis, en termes d'identification de pathologies ou de conduites à tenir. L'exemple de la difficulté d'identification des hyperthermies et de la non révision des prescriptions de diurétiques ou de neuroleptiques en particulier illustrent ce besoin d'une information précise, allant au-delà d'une simple information sur les risques encourus par certaines catégories de population. La mission est bien consciente des précautions qui doivent accompagner de tels messages en direction des médecins :

- ils doivent être formulés de façon informative et non prescriptive. Les médecins libéraux conservent évidemment toute liberté dans leur pratique professionnelle ;
- ils doivent résulter d'un consensus scientifique émanant de la profession médicale elle-même, avec éventuellement l'appui de l'ANAES.
- les messages diffusés par l'administration doivent mettre à disposition des médecins les informations et permettre d'identifier leurs sources, par exemple avec des liens informatiques directs vers les sites concernés.

La mission est également consciente du fait qu'un tel dispositif peut fonctionner assez aisément pour des situations exceptionnelles pré-identifiées. Sa réactivité en cas de situation imprévue dépendra des habitudes de collaboration prises à la fois entre les différents services de l'administration (direction générale de la santé et direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins notamment) et entre l'administration et les professionnels de santé.

Le réseau de messagerie électronique « DGS Urgent » semble un support technique intéressant. Les médecins généralistes abonnés que la mission a rencontrés se disaient de surcroît prêts à diffuser l'information reçue par ce canal à leurs confrères.

La limite de cet outil est qu'il est aujourd'hui de portée exclusivement nationale. A plus long terme, la mission s'interroge sur l'opportunité du déclenchement et de la diffusion de messages d'alertes au niveau départemental ou régional, selon des modalités à définir. Localement, les interlocuteurs de la mission ont souvent regretté de ne pouvoir utiliser le système pour insérer et diffuser des informations à caractère local. Sans trancher cette question, la mission considère qu'elle devrait au minimum être mise à l'étude.

En toute hypothèse, dans les plans locaux mis en place suite à une alerte sanitaire, la mission considère également comme important que les médecins libéraux y soient intégrés. Les DDASS, qui contribuent souvent de façon importante à ces plans, pourraient y veiller.

4.2. Se concentrer, au niveau national, sur les principes essentiels qui doivent guider la réorganisation de la permanence des soins

La mission a eu communication du projet de circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) relative à la permanence des soins, en application des décrets parus le 15 septembre 2003.

Selon la mission, une telle circulaire doit avant tout insister sur les principes qui doivent être respectés dans les projets de réorganisation de la permanence des soins, laissant au niveau local le soin d'en définir les modalités concrètes. La mission partage en effet le souci, exprimé par beaucoup d'interlocuteurs départementaux, d'une approche pragmatique, tenant compte des systèmes existants qui fonctionnent et des contraintes spécifiques à certains territoires.

4.2.1 La priorité doit être accordée à la mise en place d'une régulation libérale des appels, intégrée aux locaux du SAMU/centre 15, mais bénéficiant éventuellement d'un numéro d'appel spécifique

Sur les dix départements enquêtés, la mission a constaté que neuf avaient d'ores et déjà mis en place une régulation libérale des appels, ancienne ou récente (l'exception étant Paris). Celle-ci facilite l'accès des usagers aux médecins de garde et rend les conditions de la permanence des soins plus supportables pour les médecins en ne retenant que les appels nécessitant effectivement l'intervention du médecin généraliste de garde. Certains médecins libéraux qui avaient cessé de participer aux gardes organisées se sont à nouveau impliqués dans le système du fait de l'instauration de cette régulation. Les médecins libéraux régulateurs rencontrés par la mission sont par ailleurs satisfaits de l'existence d'une coopération directe avec les médecins hospitaliers du SAMU, cette collaboration leur ouvrant un mode d'exercice généralement jugé enrichissant, voire l'accès à des formations dispensées en milieu hospitalier. Il semble

toutefois nécessaire de développer des procédures permettant d'anticiper et de régler d'éventuels conflits de régulation, afin d'asseoir dans la durée le partenariat et la confiance réciproque entre régulateurs hospitaliers et libéraux.

Les modalités concrètes du fonctionnement de cette régulation libérale, qui ne peuvent couvrir que certaines plages horaires des soirs et week-ends, doivent en revanche être laissées à l'appréciation du niveau local, ainsi que le choix du numéro d'appel (commun ou séparés). La mission a en effet constaté que plusieurs associations avaient mis en place un numéro de téléphone spécifique à la régulation libérale, qui arrivait sur le même standard téléphonique que celui du centre de réception et de régulation des appels. Il permet un aiguillage plus fin des appels. Une telle orientation n'est pas incompatible avec une collaboration étroite entre régulateurs hospitaliers et libéraux et présente l'avantage de préserver la spécificité du « 15 » en tant que numéro d'appel dédié à l'urgence.

Par ailleurs, il pourrait envisager que les SAMU/centre 15 soient destinataires de listes de médecins présents (généralistes et spécialistes) pendant les périodes de congés, sur l'exemple de ce qui a été réalisé par le conseil départemental de l'ordre de Côte d'Or.

4.2.2 Disposer de tableaux de garde fiables

La mission a constaté que, dans un certain nombre de secteurs de garde, les tableaux fournis ne reflétaient pas nécessairement la présence médicale réelle. Or, des erreurs sur quelques secteurs de garde suffisent à ôter toute crédibilité à l'ensemble du système de garde départemental. Il est donc prioritaire que les tableaux existants soient fiables.

Deux instruments peuvent être utilisés pour ce faire :

- l'officialisation de la réorganisation de la sectorisation par le CODAMUPS – étant entendu que celle-ci doit pouvoir évoluer au cours des réunions successives de cette instance – ainsi que la réalisation et la diffusion de cartographies homogènes correspondant à des secteurs identiques auprès de tous les acteurs de la permanence de soins ;
- la mise en place de procédures de routine pour le signalement des incidents avec le SAMU et la régulation libérale, permettant d'identifier les difficultés de garde dans certains secteurs afin de pouvoir y remédier.

4.2.3 Permettre une modulation des systèmes de garde en fonction des tranches horaires

Selon les différentes tranches horaires des gardes (20 à 24 heures tous les jours, minuit à 8 heures du matin tous les jours, dimanche, voire samedi dans certains endroits) les besoins de la population ne sont pas les mêmes et ne nécessitent pas une mobilisation uniforme des praticiens libéraux. De ce fait, les solutions locales qui prévoient des aménagements différenciés sur ces différents plages horaires (maisons de garde sur certaines plages horaires, recours à des structures de visites à domicile 24 heures sur 24...) doivent être maintenues et encouragées. Il est nécessaire également de laisser de la liberté pour des solutions innovantes, mais qui devront être ensuite évaluées en termes de service rendu à la population et d'utilisation des moyens déployés.

4.2.4 *Le développement d'alternatives à la visite*

Dans les départements enquêtés, la mission a constaté que l'existence d'une régulation libérale des appels contribue à réorienter une partie de la demande de visite vers des consultations, lorsqu'il existe des lieux où le patient peut se déplacer : maison médicale de garde, cabinets tournants, consultations sans rendez vous Ces systèmes semblent spécialement bien fonctionner pendant les week-ends où la capacité des patients à se déplacer est plus importante. Il semblerait important d'informer également les sapeurs pompiers de l'existence de ces systèmes pour qu'ils puissent éventuellement y amener des patients ne nécessitant pas une prise en charge par les urgences hospitalières.

Il existe d'autres formes d'organisation libérale, comme la mise en place de consultations à proximité immédiate d'un service d'accueil et des urgences hospitalier qui adresse, aux heures de permanence des soins, et après passage à l'accueil par une infirmière, les patients qui peuvent être vus par un médecin généraliste.

Toutes ces expériences méritent d'être soutenues et diffusées, mais aussi évaluées avant que des décisions de généralisation ou d'interruption ne soient prises. De plus, aucun cahier des charges ne doit brider par avance l'imagination des promoteurs locaux, dans le cadre de la réglementation existante. Et l'administration centrale pourrait contribuer à diffuser les résultats des expériences les plus probantes.

4.2.5 *Des campagnes d'information en direction des usagers*

La question de l'information des patients est centrale dans la réorientation vers les systèmes de garde libérale qui fonctionnent. Celle-ci ne peut se faire que si les objectifs précédents ont été remplis, à savoir une régulation qui fonctionne et implique les médecins libéraux d'une part, des tableaux de garde fiables d'autre part. Dans les dix départements enquêtés, la mission a constaté à plusieurs reprises que certains systèmes de garde libéraux pourtant fiables étaient notoirement sous-utilisés. Certains médecins sont disponibles et attendent des patient qui ne viennent pas, faute d'information sur les dispositifs de garde existants.

Les messages d'information auprès de la population sur un recours adapté et gradué au système de santé sont donc indispensables mais doivent être construits localement pour tenir compte des spécificités des modes de garde locaux.

4.2.6 *La responsabilisation des CDOM*

La mission a constaté que, dans plusieurs départements, les conseils départementaux de l'ordre avaient, avant même la publication des décrets de septembre 2003, réinvesti l'organisation de la permanence des soins. Il reste des départements où cette instance est encore en retrait. La mission considère comme primordiale la responsabilisation des conseils départementaux dans l'élaboration de tableaux de garde fiables, qui ne peuvent passer que par des relais locaux de médecins responsables de secteurs ou d'associations plus formalisées selon les endroits. L'action de l'Etat doit d'abord être d'encourager cette responsabilisation, par tous moyens, y compris en s'investissant dans des actions de coordination locales comme cela se fait déjà dans plusieurs départements.

Le recours à la procédure de réquisition doit demeurer, selon la mission, tout à fait exceptionnel. Il convient de privilégier la voie du dialogue y compris par des contacts de terrain, l'arme de la réquisition ne devant être utilisée qu'en dernier ressort

4.2.7 Une information de l'administration centrale orientée vers l'évaluation des dispositifs

La mission propose que soit organisées des remontées d'information privilégiant une logique d'évaluation. A titre d'exemple, le fonctionnement actuel des maisons médicales de garde pourrait être faire l'objet d'un premier retour d'information organisé autour de quelques items, (fréquentation des usagers, re-mobilisation des praticiens, mode d'accès direct ou régulé par le centre 15, information du public, statut de la structure, mode de financement de la structure et des praticiens). Dans un deuxième temps, il pourrait être envisagé une remontée d'information sur les nouvelles organisations mises en œuvre au niveau local pour la régulation libérale des appels.

4.3. Renégocier le système conventionnel de paiement des astreintes, en assurant la rémunération des médecins libéraux régulateurs et en concentrant les paiements d'astreinte sur certains territoires

La mission a montré que le système conventionnel actuel du paiement d'astreintes forfaitaires de 50 € identiques sur tout le territoire n'était pas satisfaisant. De même, l'absence de système de rémunération pérenne des médecins régulateurs libéraux fait peser une réelle fragilité sur les systèmes de régulation libérale, comme le montrent les difficultés actuelles rencontrées en Isère depuis le passage de la mission du fait d'un désengagement de financeurs publics.

La mission considère qu'une renégociation conventionnelle du système des astreintes doit pouvoir s'engager engagée entre les partenaires (assurance maladie et syndicats médicaux) dans trois directions :

- la définition de modalités de rémunération pérennes des médecins régulateurs libéraux par l'assurance maladie ;
- la mise en place de forfaits d'astreintes éventuellement plus élevées dans les territoires où la permanence des soins entraîne de réelles sujétions. La définition de ces territoires pourrait suivre la procédure récemment définie par le décret n° 2003-1140 du 28 novembre 2003 relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes.
- l'abrogation du paiement systématique du forfait de 50 € par astreinte ;

La mission intègre bien les risques d'opposition que pourra susciter cette proposition auprès des organisations représentatives des médecins libéraux. Toutefois, elle tient à souligner les dérives possibles de cette formule de forfait, a fortiori quand ces forfaits sont majorés dans le cadre du fonds d'aide à la qualité des soins de ville pour certaines maisons de garde. En effet, les maisons médicales de garde et les cabinets tournants lorsque leur implantation est possible offrent des conditions de garde beaucoup plus satisfaisantes pour les médecins, sécurisées d'une part, et portant sur des tranches horaires plus souples d'autre part (la plupart du temps de 20 à 24 heures). Ces conditions plus favorables d'exercice de la garde sont une première raison pour ne pas payer de forfait d'astreinte.

Par ailleurs et surtout, dans ce cadre des maisons médicales, soit l'activité est très satisfaisante (ce qui est le cas le week-end notamment) et le paiement d'un forfait d'astreinte ne se justifie plus puisque les actes financent largement la présence du médecin, soit il n'y a pas d'activité, et c'est le principe même de la maison médicale qui doit être réévalué.

En revanche, s'agissant de la régulation des appels qui est une activité (et non une astreinte) qui ne peut être financée par des actes, il semble indispensable de mettre en place des financements pérennes sur une base forfaitaire à définir, à condition que la régulation libérale fonctionne avec des conventions claires entre elle et le SAMU et dans les mêmes locaux que la régulation hospitalière.

S'agissant du paiement d'astreintes majorées sur certains secteurs, notamment très peu pourvus en médecins, la mission considère également qu'il doit être encadré, notamment en prévoyant un minimum de trois ou quatre médecins par secteur de garde, en élargissant le cas échéant le périmètre géographique du secteur.

CONCLUSION

La crise caniculaire a été un révélateur des difficultés d'exercice d'une permanence des soins en pleine réorganisation. Dans l'intérêt de la santé publique, il est indispensable de poursuivre un mouvement de re-mobilisation des professionnels qui tendent à se désengager de façon croissante des systèmes de garde organisés, rendant la participation aux gardes de plus en plus lourde pour les volontaires qui restent.

La mission considère qu'il est indispensable d'une part d'impliquer la médecine libérale dans les dispositifs d'alerte sanitaire, d'autre part de renforcer la mise à disposition de la population d'un dispositif de soins non programmés.

A ce titre les priorités d'action doivent concerner :

- la généralisation d'une régulation libérale sur l'ensemble du territoire en partenariat étroit avec les SAMU ;
- l'expérimentation des maisons médicales de garde ;
- la recherche de solutions modulées pour couvrir la plage nocturne de minuit à huit heures du matin.

A défaut, deux risques se profilent :

- une permanence des soins libéraux fondée sur le recours exclusif à des associations de médecins assurant la visite à domicile 24 heures sur 24, sans assurance de couverture de l'ensemble du territoire ni de prise en charge de toutes les couches de la population ;
- le recours massif aux structures d'urgence hospitalières, modifiant profondément de fait l'aspect du paysage sanitaire national.

Plus que la recherche de modèles normatifs, la mission privilégie la mise en place d'une évaluation régulière de l'avancement de la réorganisation de la permanence des soins.

A court terme une réflexion devrait être conduite sur le rôle assigné au numéro d'appel « 15 » qui, dans certains départements, n'est plus exclusivement dédié à l'urgence mais devient un numéro de garde, sans que ce choix ait été assumé au niveau national. Deux inconvénients en ressortent : d'une part, des risques de saturation d'un numéro unique par des appels qui ne relèvent pas de l'urgence vitale ; d'autre part, une difficulté à lancer des campagnes d'information au niveau national sur le recours au système de santé, si chacun peut privilégier, au niveau départemental, des numéros téléphoniques propres.

L'autre question est relative à la pérennité d'un système fondé sur le volontariat, si le nombre de médecins volontaires continue à décroître. Elle renvoie à une nécessaire évaluation à moyen terme de l'impact des décrets du 15 septembre 2003, et de la conciliation qu'ils tentent entre devoir du médecin et volontariat dans l'organisation des gardes.

Jean-Claude CUENAT

Christine DANIEL

Roland OLLIVIER

Dr. Thérèse ROQUEL

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1	Lettre de mission
Annexe 2	Liste des personnes rencontrées
Annexe 3	Les textes applicables à la continuité et à la permanence des soins
Annexe 4	L'activité des omnipraticiens libéraux de 10 départements durant la canicule d'août 2003. Synthèse réalisée par la CNAMTS – Direction des statistiques et des études
Annexe 5	Synthèse des travaux réalisés par les CPAM relatifs à la fréquence des contacts entre les patients âgés de plus de 75 ans et leur médecin Synthèse réalisée par la CNAMTS – Direction des statistiques et des études
Annexe 6	L'activité pendant la canicule des associations de médecins assurant des visites 24 h. sur 24 Résultats des enquêtes départementales conduites par la mission
Annexe 7	Réponse de la Direction de la police urbaine de proximité (préfecture de police de Paris) au questionnaire de la mission relatif à l'établissement des certificats de décès pendant la canicule à Paris
Annexe 8	Lettre adressée par le Conseil national de l'ordre des médecins à la mission sur les gardes et urgences
Annexe 9	Extraits de l'enquête du réseau Sentinelles sur les conséquences sanitaires liées à la canicule de l'été 2003 en France, 30 novembre 2003
Annexe 10	Cartographie réalisée par IMS sur la prescription de solutés massifs par la médecine de ville entre mai et septembre 2003
Annexe 11	Textes juridiques applicables aux certificats de décès
Annexe 12	Présentation de quelques exemples de maisons médicales

ANNEXE 1
Lettre de mission

Paris, le 12 SEP. 2003

Inspection Générale des Affaires Sociales
12 SEP. 2003
N° 62F

NOTE

FR (mission)

Pour Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

- - - - -

Objet : Mission d'enquête approfondie sur le fonctionnement de la permanence des soins, des congés et des remplacements en médecine de ville

Dans son rapport qui m'a été remis le 8 septembre dernier, la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule d'août 2003 coordonnée par le Dr Françoise Lalande a relevé des « carences de la présence médicale libérale » dans de nombreux départements, et surtout dans les grosses agglomérations.

Le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation fait état de situations très différentes selon les départements. Il fait également grief aux médecins libéraux de n'avoir pas rempli leur devoir de permanence des soins, de n'avoir pas organisé leur remplacement dans des conditions satisfaisantes pendant cette période de l'année et ainsi d'avoir insuffisamment respecté leur obligation de continuité des soins. Le rapport fait ainsi état de cas dans lesquels des médecins libéraux ne pouvaient être joints pour rédiger des certificats de décès et dans lesquels certains d'entre eux auraient refusé d'accomplir leurs gardes.

Afin de donner suite aux préconisations de la mission, je vous demande de diligenter une mission d'enquête approfondie qui puisse évaluer :

- la nature des instructions données tant par le Conseil national de l'ordre à ses instances départementales que par celles-ci aux médecins libéraux, notamment généralistes, tant en ce qui concerne le dispositif de permanence des soins que le rappel des dispositions que doivent prendre les médecins libéraux en matière de gestion de leurs remplacements et de suivi des patients ;
- l'existence et, le cas échéant, la nature des carences dont les médecins libéraux ont pu être l'origine et leurs conséquences, spécialement dans les départements qui sont mentionnés dans le rapport (Hauts-de-Seine, Yvelines, Seine-Saint-Denis, Rhône, Isère, Côte d'Or, Meurthe-et-Moselle). Je souhaite qu'une attention particulière soit portée à l'existence ou pas d'un tableau départemental de garde, aux initiatives prises sur ce point par les conseils départementaux de l'ordre des médecins, et le cas échéant par le Préfet s'il a été saisi de demandes de réquisitions, ainsi qu'à l'attitude effective des médecins qui ont fait l'objet de ces dernières. Ce point étant mentionné dans le rapport du Dr Lalande, je souhaite

également que soient évaluées aussi précisément que possible les conséquences de l'impossibilité de joindre un médecin généraliste sur l'activité des services urgences, dans les départements désignés ;

- en cas de manquement des médecins à leurs obligations déontologiques, les procédures en cours devant les instances disciplinaires ordinaires.

Je souhaite être saisi d'un rapport circonstancié sur ces différents points dans les meilleurs délais et, en tout état de cause, d'ici le 15 novembre.



Jean-François MATTEI

ANNEXE 2
Liste des personnes rencontrées

Liste des personnes rencontrées

Rendez-vous nationaux

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

M. COUTY, directeur

Mme REVEL, sous-directrice de l'organisation du système de soins

Mme BARRAT, chef de bureau

Direction générale de la santé

M. DAB, directeur général

Direction de la sécurité sociale

M. SEILLER, sous-directeur du financement du système de soins (contacts téléphoniques)

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS)

M. LENOIR, directeur général

M. LENORMAND, directeur des statistiques et des études

Mme LE LAIDIER, direction des statistiques et des études

Mme de ROQUEFEUIL, direction des statistiques et des études

Mme FIVAZ, direction des statistiques et des études

Conseil national de l'ordre des médecins

Dr DUCLOUX, président du Conseil national de l'ordre des médecins

Dr CALLO'CH, secrétaire général

Dr FILLOL, secrétaire général adjoint, chargé des relations avec les conseils départementaux

Dr KENNEL, secrétaire général adjoint

Dr BOUET, président de la commission gardes et urgences

Dr DEGAIL, secrétaire général adjoint

Conseil national de l'ordre des pharmaciens

M. AUDHOUI, trésorier

Mme ADENOT, présidente du conseil national de l'ordre des pharmaciens d'officine

Syndicats médicaux nationaux

Dr CABRERA, président de SML

Dr CARON, secrétaire général de SML

Dr CHASSANG, président de la CSMF

Dr COSTES, président de MG France

Dr. TESMOINET, secrétaire général de MG France

Dr REGI, président de la FMF
Dr. LEVENEUR, vice-président de la FMF
Dr. RIGAL, trésorier de la FMF spécialiste de la permanence

IMS Health

M. HARDRE, directeur général adjoint
M. LAMBERT, responsable de projets

Personnalité qualifiée

M. DESCOURS, sénateur honoraire

Département de la Côte d'Or (21)

Préfecture et DDASS

M. CADOUX, préfet de la région Bourgogne et préfet de côte d'Or
M. BAKHTI, directeur de cabinet du préfet
M. BONHOMME, directeur des affaires sanitaires et sociales
Mme TOUROLLE, directrice-adjointe à la DDASS
Dr ENTEZAM, médecin-inspecteur à la DDASS

Conseil départemental de l'ordre des médecins

Dr CHAUSSADE, président du CDOM
Dr GIRARDIER, secrétaire général
Mme JOND-DUNAND, secrétaire administrative

SAMU et CHU de Dijon

Dr. FREYSZ, chef service DAR, SAMU 21
Mme BOCHEREL, responsable des permanencières, SAMU 21
Dr HONNART, chef du service d'accueil des urgences, CHU Dijon
Mme MAUDHUIT, directrice adjointe CHU Dijon

Associations de garde

Dr LOUIS, président de la PUM (permanence des urgences médicales)
Mme le Dr RAPILLIARD, présidente de l'association de garde des médecins libéraux de
l'agglomération de Dijon

Régulation libérale

Dr PEPE, président de l'AREMEL (association de régulation de la médecine libérale)

SOS Médecins Dijon

Dr SCHAEFER

SOS 21

Dr GAUYACQ, président

Syndicats médicaux

Mme le Dr MERCIER, déléguée régionale de MG France, vice-présidente de MG 21
Dr GIET, président de l'Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne

Service départemental d'incendie et de secours

M. BIDAUD, chef du groupement opérationnel du SDIS Côte d'Or

CPAM

Mme GOSSIEAUX, cadre, CPAM de Côte d'Or

Département d'Eure-et-Loir (28)**Préfecture et Direction départementale des affaires sanitaires et sociales**

M. DESFORGES, préfet d'Eure et Loir

M. VILBOIS, secrétaire général de la préfecture

M. BOUFFIER, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

M. CABARET, adjoint du DDASS

Mme ANGEBAULT, gestionnaire du dossier permanence des soins à la DDASS

Dr OHAYON, médecin Inspecteur de Santé Publique à la DDASS

SAMU d'Eure-et-Loir

Dr LETELLIER, directeur

Dr RACINE, praticien hospitalier, régulatrice au centre 15/SAMU

AMU 28

Dr GALLIOT, président

Dr FORET, trésorier

Assurance-maladie

Mme THIEBEAULD, directrice par intérim, CPAM Eure-et-Loir

M. GELEZ, URCAM du Centre

URML du Centre

Dr LIERVILLE, président de l'AMU de Dreux

Service Départemental d'Incendie et de Secours d'Eure-et-Loir

Colonel PARIS, directeur du SDIS

Commandant KADIC

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

Dr MELIN, secrétaire général

Dr FAUCHIER, conseillère ordinaire, responsable de l'établissement des listes de garde
pour la maison médicale de Chartres

Syndicats médicaux

Dr RIVIERE, Président MG 28 (MG France)

Dr ZUINGHEDAU, président Syndicat des médecins d'Eure et Loir (SMEL 28 - CSMF)

Services d'Urgences des Centres Hospitaliers de Chartres et Dreux.

Centre Hospitalier de Chartres :

Mme PAUL, directrice Adjointe

Dr ALBERT, président de la CME

Dr DURIEZ : chef du service des urgences

Centre Hospitalier de Dreux :

M. DEGOIS, directeur

Dr MARTIN, président de la CME

Dr AUDOUX, praticien hospitalier aux service des urgences

Autres

Dr JAUMEAU, médecin généraliste à Courvil

Département de l'Isère (38)**Préfecture et Direction départementale des affaires sanitaires et sociales**

M. BART, préfet de l'Isère

M. LAIS, secrétaire général de la préfecture

M. ANDREA, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

Mme le Dr ALLARD-JULIAN, médecin inspectrice de la santé publique

Mme le Dr COUDIERE, médecin inspectrice de la santé publique

Dr BURLAT, médecin inspecteur de la santé publique

Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

M. BASTARD, directeur général du CHU

Dr CUZIN, directeur-adjoint du CHU

M. GAUDILLAT, chef permanencier d'accueil et de régulation médicale (PARM)

Mme le Dr MOINE praticien hospitalier, représentant le professeur FRANCO, chef du service de gériatrie,

Mme ENGELSTEIN, cadre supérieure de santé

Mme le professeur CARPENTIER, chef du service d'Accueil d'Urgence (SAU)

Dr LACROUTE, praticien hospitalier, Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU 38)

Assurance-maladie

M. PEYRIERE, directeur de la CPAM de Grenoble

Mme PEREZ, directrice de la CPAM de Vienne

Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Isère

Lieutenant MARILLET représentant le colonel KAISER, directeur du SDIS 38

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

Dr ROUX, président,
Dr JALLON, secrétaire général adjoint
Mme BICHON, cadre administratif

Syndicats médicaux

Mme le Dr MILESI, présidente de MG 38 (MG France),
Dr ROUGIER, président de l'association syndicale des médecins de l'Isère (ASMI-CSMF 38) et trésorier de la FIPSEL,
Dr LEGEAIS, président du syndicat FMF 38

Associations de médecins

Dr BLANC, président de la Fédération Iséroise pour la Permanence des Soins en Exercice Libéral (FIPSEL) et de l'Association des Médecins Régulateurs Libéraux de l'Isère,
Dr JALLON, président de l'Association Départementale de l'Aide Médicale Urgente de l'Isère (ADAMU) jusqu'à sa disparition,
Mme le Dr BACONNIER, présidente de l'Association des Médecins de Garde de Grenoble (AM2G)

Associations 24 heure sur 24

Dr DEVIN, président de SOS Médecins de Grenoble
et le docteur PIN
Dr BRESO, Président de la Société Mobile d'Urgence Médicale (24 heures sur 24/médecins) et de l'Association OMEGA à Bourgoin-Jallieu.

Le directeur départemental de la sécurité publique de l'Isère a par ailleurs transmis à la mission des éléments ayant trait à la canicule pour les circonscriptions de Grenoble, Vienne, Bourgoin -Jallieu et Voiron.

Département de Meurthe-et-Moselle (54)

Préfecture et direction départementale des affaires sanitaires et sociales

M. CORDET, préfet
M. MICHEL, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
M. LHUILLER, directeur adjoint à la DDASS
Mme DELFORGE inspectrice principale à la DDASS
Mme le Dr ALBISER, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS
Mme le Dr PIQUET, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS

Service d'aide médicale d'urgence, Service des urgences, CHU de NANCY

Dr NACE, responsable du SAMU
Dr LAMBERT, chef de service des urgences
Dr SCHMUTZ, président de la Commission Médicale d'Etablissement

Union régionale des médecins libéraux

Dr UNVOIS, président

Service départemental d'incendie et de secours

Dr. MOUGEOLLES

Conseil départemental de l'ordre des médecins.

Dr CANTON, président

Dr BOYER, secrétaire général

Assurance maladie

M. MOLON directeur de la CPAM de NANCY

Mme HUET, sous-directrice à la CPAM DE NANCY

Mme BERDIN, directrice de la CPAM de LONGWY

M. PETIT, directeur de l'URCAM

Syndicats médicaux

Dr ANTOINE président du syndicat MG 54

Mme le Dr SPAETH présidente du syndicat FMF 54

Dr SCHLITTER, FMF

Dr POIROT, président du syndicat SML 54

Dr UNVOIS, président du syndicat CSMF 54 et président d'URML

Association de médecins

Dr FOLIGNONI, responsable du secteur de garde de BRIN SUR-SEILLE

Dr JOLIVALD, responsable du secteur de garde de LONGUYON

Maison médicale de garde « Les Bains douche »

Mme le Dr UNVOIS, présidente de l'association Service de Continuité des Soins
gestionnaire de la maison médicale

SOS médecins de Nancy

Dr SI-ABDALLAH, président

Département du Rhône (69)**Préfecture et Direction départementale des affaires sanitaires et sociales**

M. GUILLOT, préfet de police auprès du préfet du Rhône, préfet de la région Rhône-Alpes

M. MAY, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

M. GALLAT, directeur adjoint

Mme DREUX, inspectrice principale, responsable du secteur « personnes âgées »

Dr LACK, responsable de la sécurité sanitaire

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

Dr ROMESTAING, président

Dr MAZENOD, vice président

Mme LAFAY, cadre administratif, responsable notamment des tableaux de garde

Hospices Civils de Lyon

Mme PIGNARD, directrice des urgences pour les hospices civils de Lyon

M. le Pr PETIT, chef du département d'anesthésie réanimation, chef du SAMU, à l'hôpital
Edouard Herriot

Dr BAGOU, adjoint au chef du SAMU

CPAM de Lyon

Mme VALLUCCI, directrice adjointe chargée du pôle Santé-Régulation à la caisse
primaire d'assurance maladie de Lyon

Syndicats médicaux

Mme le Dr ATAYI, présidente de CSMF 69

Dr DUREAU, président du syndicat MG 69

Dr REBEILLE-BORGELLA du syndicat MG 69

Dr BONNETAIN, président du syndicat SML

Associations de médecins

Dr DUBOC, responsable du secteur de garde n° 9 (Collonges, Saint Cyr du Mont d'Or, St-
Didier et St Rambert)

Dr PASQUINELLI, responsable du secteur de garde n° 8 (9^{ème} arrondissement de Lyon et
Champagne au Mont d'Or)

Dr PINEAU, responsable du secteur de garde n° 43 (Villefranche-sur-Saône)

SOS médecins

Dr HOBEIKA, président de SOS Médecins de Lyon et président de la fédération SOS
médecins France

Maisons de retraite

Dr CHAPUY, président de l'ACPPA (Accueil et Confort Pour Personnes Agées)

Dr SCHEMBRI, directeur général de l'ACPPA

Mme BERTHO, directrice de La Vérandine (ACPPA)

Dr LAPIE, gériatre coordinateur des médecins intervenant dans les établissements de
l'ACPPA

Fédération d'aide à domicile

M. DRESSY, directeur adjoint de la Fédération du Rhône de l'association d'Aide à
Domicile en milieu rural (ADMR)

Mme BEAU, infirmière coordonnatrice des trois SSIAD de l'ADMR

Département de Paris (75)

Préfecture et direction départementale des affaires sanitaires et sociales

M. CARON, préfet, secrétaire général de la préfecture de Paris

M. LALANDE, directeur de cabinet du préfet de Police

M. DALBAVIE, conseiller technique au cabinet du préfet de police

M. COSTE, directeur des affaires sanitaires et sociales de Paris

Mme le Dr ZASLAVSKY, responsable du pôle santé publique, DASS de Paris

Conseil départemental de l'ordre

Dr ZEIGER, président du conseil départemental de l'ordre des médecins

Syndicats de médecins

Dr HUYNH, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) de Paris

Dr MAIRE, président de la section parisienne de MG France

Dr MOURIES, président de la section parisienne de SML (contacts téléphoniques)

Association de médecins de garde

Dr MONCHICOURT, président de Garde Médicale de Paris

Association de visites à domicile

Dr BRASSEUR, responsable de SOS médecins pour la région Parisienne

Dr SMADJA, SOS médecins Paris

Dr PANNETTI, gérant de Urgences Médicales de Paris

Dr CHESSEC, UMP

Dr TRAUCHESES, Urgences Médicales de Paris

SAMU de Paris

Dr CARLI, directeur médical du SAMU de Paris

Dr JANNIERE, adjoint du directeur médical

Société anonyme d'économie mixte locale des Pompes funèbres de la Ville de Paris (SAEMPF)

M. MICHAUD-NERARD, directeur général (contacts téléphoniques)

Mme CHAPEL, directrice des services aux familles (contacts téléphoniques)

Département des Yvelines (78)

Préfecture et Direction départementale des affaires sanitaire et sociales

M NIQUET Bernard, préfet

Mme LE MOUEL, directrice de Cabinet

M ALEGOET, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

Mme BROUSSE, Inspectrice principale, chargée des établissements pour PA.

Dr DAVIOT, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS
Mme le Dr CUENOT, MISP, chargée notamment des personnes âgées

Conseil départemental de l'ordre des médecins

Dr MENAGER, président
Dr LUIGI, vice-président, responsable de la permanence des soins
Dr DEVYS, secrétaire général,
Mme LETURQ, secrétaire
Mme le Dr LECERF, médecin généraliste exerçant en milieu urbain
Mme le Dr MORTAIN, médecin généraliste exerçant en milieu rural

SAMU des Yvelines

Dr LAMBERT

CH de Poissy- St Germain en Laye

Dr SIMON, chef de service des urgences

AMU 78

Dr RENOUX, président de l'association,
Mme CUZEY, directeur administratif

Assurance maladie.

M MAIRE responsable des relations avec les partenaires de santé, CPAM

Conseil départemental de l'ordre des médecins

Dr MENAGER, président
Dr LUIGI, vice-président, responsable de la permanence des soins
Dr DEVYS, secrétaire général,
Mme LETURQ, secrétaire
Mme le Dr LECERF, médecin généraliste exerçant en milieu urbain
Mme le Dr MORTAIN, médecin généraliste exerçant en milieu rural

Syndicats médicaux

Dr URBETEL, MG 78
Dr TESMOINGT, secrétaire général MG France
Dr BERLINE, Union des Syndicats médicaux des Yvelines (CSMF, FMF, SML)
Dr HANLET, Union des Syndicats médicaux des Yvelines (CSMF, FMF, SML)
Dr PRUDHOMME, Union des Syndicats médicaux des Yvelines (CSMF, FMF, SML)

SOS médecins

Dr GERARDIN

Hôpital gériatrique et médico social de PLAISIR GRIGNON

M BAQUE, directeur

Dr MANDELBAUM, président de la Commission médicale d'Etablissement

M DARNAUDET, directeur adjoint

Mme ALAGUERO responsable de la coordination gériatrique

Hôpital local de HOUDAN

M LORSON, directeur

Département des Hauts-de-Seine (92)**Préfecture et direction départementale des affaires sanitaires et sociales**

M. DELPUECH Michel, préfet.

M. PEYVEL, secrétaire général

M SARDOU, Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

Mme BAGHADOUST, Directrice Adjointe

Dr BALTAGI, MISP

Dr VINAS, MISP

Conseil départemental de l'ordre des médecins

Dr LECLERQ, président

Dr CACLAULT, secrétaire général

Dr HERMARY, trésorier

Mme le Dr DAMAS, présidente de la maison médicale de Courbevoie

Mme le Dr RENARD, médecin généraliste à Sèvres

SAMU 92

Dr BAER

AMU 92

Dr FAGEGALTIER

Dr PAWLOTSKY

SOS 92

Dr DERHY

Syndicats de médecins

Mme le Dr DELOFFRE, président MG France 92

Dr PAWLOTSKY, UNOF – CSMD 92

M. SERMERCYAN, FMF 92

Amicales de médecins

Dr COZZOLINO, Présidente de l'Amicale de Colombes
Dr KASTLER, Président de l'Amicale de Sèvres Ville-d'Avray
Dr MOSCOFIAN, Président de l'Amicale d'Asnières

Urgences hospitalières

Dr BRUN-NEY, urgences de l'Hôpital Ambroise Paré à Boulogne

Brigade des sapeurs pompiers de Paris

Dr KOWALSKI

CPAM

Mme COUSEIN-HIEBEL, directrice adjointe
Mme LAMARQUE

Département de Seine-Saint-Denis (93)**Préfecture et Direction départementale des affaires sanitaires et sociales**

M SAPPIN, préfet de Seine-Saint-Denis,
M BLANCHARD, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
Mme ESAY, directrice-adjointe,
Mme le Dr FAIBIS, médecin inspectrice de la santé publique,

Centre Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil

Dr RAPHAEL, chef du service des urgences

Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU 93)

Mme le Dr FLEURY, anesthésiste, réanimateur, représentant le professeur CUPA

Centre Municipal de Santé de Dugny

Dr BRODARD, directeur du centre municipal de santé

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

Dr BOUET, président

Syndicats médicaux

Dr GARACHE, président de MG 93 (MG France),
Dr ROUEFF, président d'Union 93 regroupant les syndicats CSFM, SML et FMF

Associations de médecins

Dr FOURNIER, président de l'association Permanence des Soins (PS) 93

Structures alternatives

Dr HUA, responsable du service d'urgence (SUR)

Assurance-maladie

Echanges avec M.Mikaël ABITBOUL représentant M. RAVOUX, directeur de la CPAM de Bobigny

Département du Val-de-Marne (94)**Préfecture et direction départementale des affaires sanitaires et sociales**

M BERGOUGNOUX, Préfet

M PERRET, Secrétaire général ;

M BRIERE directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

Mme JUNQUA, directrice adjointe de la DDASS

Dr VEYRAT, médecin inspecteur de la santé publique

M LEMPEREUR inspecteur à la DDASS

Conseil départemental de l'ordre des médecins du Val-de-Marne

Dr LANGE, président

Dr RAGUIN, secrétaire général

Mme ANDRE, responsable administrative

Assurance maladie

M CARPENTIER, CPAM

Représentants des associations de garde

Dr FABIEN, président de l' amicale de Chevilly-La-Rue, L'Hay Les Roses, Rungis

Dr LAVERDURE, membre de cette amicale

Dr AOUIZ, I trésorier de l'association de Créteil, Bonneuil

Dr DURAND, président de l'association de Saint Maur, Joinville

Responsables de maisons médicales de garde (SAMI)

Dr MALFAIT responsable du SAMI d'IVRY

Dr SMADJA responsable du SAMI de Choisy, Thiais

Associations de visites à domicile**Médecins à domicile 94**

Dr BATARD,

Dr NGUYEN,

Dr PASCAL,

Dr PIERANTONI

Médigarde

Dr LEFRANCOIS,

Syndicats médicaux

Dr AUBERTIN, MG 94 (MG France°)

Dr BAUDRY, FMF

Dr LEVY, CSMF

SAMU/centre 15

Dr MARGENET

Services d'urgence

Dr CASALINO, chef du service des urgences CHU de BICETRE

M VENTURA, directeur adjoint CHU de BICETRE

Dr FISCH, chef du service des urgences Centre Hospitalier Intercommunal de
VILLENEUVE SAINT GEORGES (CHIV)

Mme le Dr BERGERON, praticien hospitalier aux urgences, CHIV

M SAADA, directeur adjoint CHIV

ANNEXE 3
Les textes applicables à la continuité et à la permanence des soins

I/ CODES

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Chapitre 3 : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

Article L6313-1

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, II Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I, II, III, IV Journal Officiel du 6 septembre 2003)

Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population.

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

Article L6313-2

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, II Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I, II, III, V Journal Officiel du 6 septembre 2003)

Le comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires est présidé par le représentant de l'Etat dans le département et comprend notamment des représentants des collectivités territoriales. La composition et le fonctionnement de ce comité sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

II/ LOIS

Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 (extrait)

Article 40

I. - Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« Chapitre V

« Permanence des soins

« Art. L. 6325-1. - Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat. »

II. - L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 16° ainsi rédigé :

« 16° Les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins en application des dispositions prévues à l'article L. 6325-1 du code de la santé

III/ DECRETS

Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (extraits)

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur, du ministre des affaires sociales et de l'emploi et du ministre de l'agriculture,

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 70-1318 du 30 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;

Vu la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, et notamment son article 1er ;

Vu le décret n° 80-284 du 17 avril 1980 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1

Modifié par le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003.

Le comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, présidé par le commissaire de la République du département ou son représentant , est composé :

a) De membres de droit ou de leurs représentants

1. Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.
2. Le médecin inspecteur de la santé.
3. Le directeur départemental du service d'incendie et de secours.
4. Le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours.
5. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

b) De quatre représentants des collectivités territoriales

1. Deux conseillers généraux désignés par le conseil général.
2. Deux maires désignés par l'association départementale des maires ou, à défaut, élus par le collège des maires du département, convoqué à cet effet par le commissaire de la République, à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans adjonction ni suppression de noms et sans modification de l'ordre de présentation .

Le vote peut avoir lieu par correspondance.

c) De membres désignés par les organismes qu'ils représentent

1. Un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins.
2. Un médecin conseil désigné par le médecin conseil régional du régime général d'assurance maladie.

3. Trois représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie désignés respectivement par la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de mutualité sociale agricole et la caisse mutuelle régionale d'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, dans le ressort desquelles siège le comité départemental.
4. Un représentant du conseil départemental de la Croix-Rouge française.
5. Un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.
6. Un médecin représentant l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral.

d) De membres nommés, ainsi que leurs suppléants, par le préfet :

1. Un médecin responsable de S.A.M.U. et un médecin responsable de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence du département.
2. Un directeur de centre hospitalier doté de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence.
3. Un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique.
4. Le commandant du corps de sapeurs-pompiers le plus important du département.
5. Un médecin d'exercice libéral désigné sur proposition des instances localement compétentes de chacune des organisations représentatives au niveau national.
6. Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au niveau départemental.
7. Deux représentants des organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan départemental, dont un représentant les établissements d'hospitalisation privés mentionnés à l'article 41 de la loi du 31 décembre 1970 susvisée ;
8. Quatre représentants des organisations professionnelles nationales de transports sanitaires les plus représentatives au plan départemental ;
9. Un représentant de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative sur le plan départemental.
10. Deux praticiens hospitaliers sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les services d'urgence hospitaliers.
11. Un représentant des associations d'usagers.

Article 2

A l'exception des membres de droit, ainsi que des représentants des collectivités locales, lesquels sont nommés pour la durée de leur mandat électif, les membres du comité départemental de l'aide médicale urgente sont nommés par arrêté du commissaire de la République du département, pour une durée de trois ans.

Le commissaire de la République assure le secrétariat du comité.

Article 3

Le comité peut décider d'entendre, sur une question déterminée, toute personnalité qualifiée.

Il constitue en son sein un sous-comité médical et un sous-comité des transports sanitaires.

Il est réuni au moins une fois par an par son président ou à la demande de la moitié de ses membres .

Article 4

Modifié par le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003.

Le sous-comité médical, formé par tous les médecins mentionnés à l'article 1er, sous la présidence du médecin inspecteur de la santé, est réuni à l'initiative de ce dernier ou à la demande de la moitié de ses membres, et au moins deux fois par an.

Il examine les questions relevant de l'activité médicale de l'aide médicale urgente et veille au respect de la déontologie et du secret professionnel.

Il évalue chaque année l'organisation de la permanence des soins et propose les modifications qu'il juge souhaitables.

Article 5

Modifié par le décret n° 95-1093 du 5 octobre 1995.

Le sous-comité des transports sanitaires est constitué, sous la présidence du commissaire de la République ou de son représentant, par les membres du comité départemental suivants :

1. Le médecin inspecteur de la santé ;
2. Le médecin responsable du S.A.M.U. ;
3. Les trois représentants des trois régimes d'assurance maladie désignés à l'article 1er ;
4. Le directeur départemental du service d'incendie et de secours ;
5. Le médecin chef départemental du service d'incendie et de secours ;
6. Le commandant du centre de secours de sapeurs-pompiers le plus important du département ;
7. Les quatre représentants des organisations professionnelles de transports sanitaires désignés à l'article 1er ;
8. Le directeur d'un établissement hospitalier public assurant des transports sanitaires ;
9. Le représentant de l'association départementale des transports sanitaires d'urgence la plus représentative sur le plan départemental, ainsi que des membres désignés par leurs pairs au sein du comité départemental :

a) Deux représentants des collectivités territoriales ;

b) Un médecin d'exercice libéral ;

c) Un directeur d'établissement d'hospitalisation privé assurant des transports sanitaires.

Dans le cas où il examine les problèmes de transports sanitaires non terrestres le sous-comité s'adjoint le représentant des administrations concernées et les techniciens nécessaires désignés par le commissaire de la République du département.

Lorsqu'il est consulté sur une question relative à l'application de l'article L. 51-6 du code de la santé publique, le sous-comité des transports sanitaires s'adjoint le directeur départemental de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, ou son représentant.

Article 6

Le sous-comité des transports sanitaires est chargé de donner un avis préalable à la délivrance, à la suspension ou au retrait par le commissaire de la République du département de l'agrément nécessaire aux transports sanitaires institué par l'article L. 51-2 du code de la santé publique. Cet avis est donné après rapport du médecin inspecteur de la santé et au vu du dossier et des observations de l'intéressé. Il doit être rendu dans les trois mois qui suivent la saisine. Passé ce délai cet avis n'est plus requis.

Le sous-comité peut être saisi par son président de tout problème relatif aux transports sanitaires.

Article 7

En cas d'urgence, le commissaire de la République du département peut procéder à titre provisoire à la délivrance ou au retrait d'agrément.

Avant de se prononcer définitivement, il saisit pour avis le sous-comité dans un délai maximum d'un mois après sa décision provisoire.

Article 8

Dans la composition du comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires de Paris ainsi que des départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne et dans la composition des sous-comités, le directeur départemental du service d'incendie et de secours est remplacé par le général commandant la brigade de sapeurs-pompiers ou son représentant, le médecin chef départemental du service d'incendie et de secours par le médecin chef de la brigade de sapeurs-pompiers ou son représentant, le commandant du corps des sapeurs-pompiers le plus important, par un officier supérieur de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris ou son représentant.

A Marseille, le commandant du corps des sapeurs-pompiers le plus important est le commandant du bataillon des marins pompiers.

A Paris, les quatre représentants des collectivités locales sont quatre conseillers de Paris désignés par leur conseil.

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

Article 1

Il est inséré au livre VII du code de la santé publique un titre II intitulé : « Permanence des soins » et comprenant les articles suivants :

« Art. R. 730. - La permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6325-1 du présent code est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres.

« Cette permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental mentionné à l'article L. 6313-1.

« A cette fin, le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques et en tenant compte de l'offre de soins existante.

« La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du conseil départemental de

l'ordre des médecins et avis du comité départemental mentionné à l'article L. 6313-1. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés.

« La carte des secteurs fait l'objet, suivant la même procédure, d'un réexamen annuel.

« Art. R. 731. - Dans chaque secteur un tableau départemental nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnés à l'article R. 730 qui sont volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en oeuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.

« Les associations de permanence des soins peuvent participer au dispositif sous réserve d'une transmission préalable au conseil départemental de l'ordre des médecins de la liste nominative des médecins participant à cette permanence. Il en est de même pour les médecins des centres de santé.

« Dix jours au moins avant sa mise en oeuvre par le conseil départemental, le tableau est transmis au préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental.

« Art. R. 732. - L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service.

« Les médecins mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale peuvent participer à la régulation.

« Art. R. 733. - Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

« En cas d'absence ou d'insuffisance constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, ce conseil, après avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins des centres de santé, complète le tableau de permanence en tenant compte de l'état de l'offre de soins disponible. Si, à l'issue de cette consultation, le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires.

« Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

« Il peut être accordé des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, des conditions d'exercice de certains médecins.

« Art. R. 734. - A la demande du médecin chargé de la régulation médicale, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou, le cas échéant, par une visite.

« Art. R. 735. - Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est arrêté par le préfet après avis du comité départemental prévu à l'article L. 6313-1.

« Ce cahier des charges est établi sur la base d'un cahier des charges type fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il comporte notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population. Il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques, prévoit les indicateurs d'évaluation et précise, le cas échéant, les collaborations nécessaires entre les médecins assurant la permanence et les structures hospitalières. Il précise en outre les modalités de participation des médecins spécialistes. »

Article 2

Le décret du 30 novembre 1987 susvisé est modifié ainsi qu'il suit :

I. - A l'article 1er :

A. - La liste des membres de droit mentionnés au a est ainsi complétée :

« 5. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

B. - La liste des membres désignés par les organisations qu'ils représentent mentionnée au c est ainsi complétée :

« 5. Un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

« 6. Un médecin représentant l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral. »

C. - La liste des membres nommés par le préfet mentionnée au d est modifiée et complétée comme suit :

« 5. Un médecin d'exercice libéral désigné sur proposition des instances localement compétentes de chacune des organisations représentatives au niveau national.

« 6. Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au niveau départemental. »

« 10. Deux praticiens hospitaliers sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les services d'urgence hospitaliers.

« 11. Un représentant des associations d'usagers. »

II. - L'article 4 est modifié comme suit :

Au premier alinéa, les mots : « au moins une fois par an » sont remplacés par les mots : « au moins deux fois par an ».

Il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :

« Il évalue chaque année l'organisation de la permanence des soins et propose les modifications qu'il juge souhaitables. »

Article 3

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale

Article 1

L'article 77 du décret du 6 septembre 1995 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 77. - Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. »

Article 2

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 15 septembre 2003.

Par le Premier ministre :
Jean-Pierre Raffarin

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Jean-François Mattei

IV/ TEXTES CONVENTIONNELS

AVENANT N° 10

A la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes et les caisses d'assurance maladie (signé le 14 juin 2002, et approuvé par arrêté du 28 juin 2002 (extraits))

Article 3

Un accord national de bon usage des soins à domicile sera conclu au plus tard le 1er juillet 2002. Un référentiel de soins à domicile sera défini dans le cadre de cet accord ainsi que les actions nécessaires afin d'agir sur les comportements.

La mise en œuvre de cet accord doit conduire à une diminution du nombre d'actes de soins hors cabinet.

Dans une deuxième étape, cet AcBUS sera décliné au niveau régional d'ici le 1er octobre 2002 permettant d'étendre le champ d'application de la « majoration de déplacement » aux patients atteints d'une incapacité totale et durable au déplacement selon des critères médico-administratifs, prenant en compte des difficultés d'accès aux soins, qui seront à définir.

Article 7

Les partenaires conventionnels décident de modifier les articles suivants de l'avenant n° 8 à la convention nationale comme suit.

Article 7-1

L'article 3.1. « Associations de garde et d'astreinte » et l'article 3.2 « Conditions d'exercice des médecins libéraux au sein des associations » de l'avenant 8 sont abrogés et remplacés par les articles suivants :

« Article 3.1

« Dans le cadre du dispositif de permanence des soins organisé conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, et afin d'en améliorer le fonctionnement tant du point de vue des patients que de celui des praticiens, les partenaires conventionnels ont décidé de mettre en place, sur la base du volontariat, une rémunération du médecin d'astreinte désigné par l'autorité compétente.

« Ce dispositif pourra éventuellement faire l'objet d'une modification afin de prendre en compte les évolutions légales et réglementaires, et notamment la parution du décret d'application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

« Article 3.2

« Article 3.2.1

« L'astreinte rémunérée est celle effectuée la nuit de 20 heures à 8 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures.

« Peuvent bénéficier de la rémunération de l'astreinte les médecins désignés par l'autorité compétente chargés d'assurer l'astreinte dans un secteur de permanence des soins.

« Article 3.2.2

« Les partenaires conventionnels se fixent pour objectif de favoriser, en concertation avec l'ensemble des partenaires compétents, une meilleure sectorisation en vue d'améliorer leurs conditions d'exercice et d'assurer la permanence des soins pour l'ensemble des patients.

« Un suivi de la mise en œuvre du dispositif et, en particulier, à partir de l'existant, du regroupement des secteurs sera assuré par les signataires. Un premier bilan sera réalisé au 30 novembre 2002.

« Article 3.2.3

« Les parties signataires conviennent de l'importance de compléter le dispositif de permanence des soins par le renforcement de la régulation des appels téléphoniques.

« La régulation est organisée en lien avec le Centre 15. Elle suppose la participation des médecins généralistes libéraux. Cette participation fera l'objet d'un financement.

« Ces financements seront gérés au niveau régional par les instances compétentes notamment conventionnelles, en liaison avec les représentants de l'ordre des médecins et de l'Etat. »

V/ CIRCULAIRES

CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/2002/399 du 15 juillet 2002

Les difficultés rencontrées depuis plusieurs mois dans les départements pour organiser la permanence des soins conduisent à favoriser la mise en œuvre de solutions concertées. Un groupe de travail opérationnel composé de représentants de l'Ordre des médecins, des syndicats médicaux représentatifs des médecins de ville, de l'assurance maladie, des usagers et de l'Etat vient d'être mis en place et doit rendre ses conclusions le 15 décembre en vue de rendre opérationnelle la permanence des soins sur l'ensemble du territoire.

Dans l'attente des résultats de ce groupe et compte tenu de la difficulté de réunir dans tous les départements l'adhésion de toutes les parties prenantes, il importe de sortir du cycle des réquisitions qui ont répondu à la situation de crise provoquée par la " grève des gardes " et d'adopter des solutions provisoires dès à présent.

Cette organisation peut reposer, **dans les départements qui ont pu procéder à des concertations** avec les partenaires locaux, sur la formalisation d'un accord et sur la mise en œuvre de l'avenant n° 10 à la convention médicale.

Dans les autres départements la nécessité d'organiser la permanence des soins doit conduire à mettre en place une démarche pour atteindre l'objectif de formalisation d'un accord. Celle-ci doit vous amener à mettre en place une consultation avec le conseil départemental de l'Ordre, les syndicats des médecins généralistes libéraux et l'assurance maladie.

Concernant les départements qui ont déjà formalisé un accord permettant la mise en place d'une régulation des appels aux médecins généralistes à travers la participation des médecins généralistes libéraux au centre 15, de l'élaboration de la liste des médecins d'astreinte par le conseil de l'Ordre, sur la base du volontariat des médecins, à partir d'une redéfinition des

secteurs, ils pourront demander le financement de l'astreinte aux caisses d'assurance maladie en application de l'avenant n°10.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre de la démarche pour la permanence des soins afin de permettre aux départements qui n'ont pas formalisé leurs accords de lancer les consultations.

Les missions dévolues aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins en matière d'organisation de la permanence des soins conduisent à définir avec lui les conditions permettant de pérenniser et d'améliorer pour l'ensemble des patients une réponse de proximité la nuit, les dimanches et jours fériés sur tout le territoire. Il s'agit d'améliorer l'organisation existante afin de limiter les contraintes pour les médecins liées à la permanence des soins tout en assurant une reconnaissance de la mission de service public ainsi exercée.

Ce dispositif devra faire l'objet d'une concertation entre vos services, le conseil départemental de l'ordre des médecins, les syndicats des médecins généralistes libéraux et l'assurance maladie. Il devra s'attacher à traiter, en complémentarité, la territorialisation de la permanence des soins et les modalités de régulation des appels téléphoniques adressés aux généralistes, en bonne articulation avec l'aide médicale urgente. En effet, c'est parce qu'il y aura un système efficace de réponse aux demandes de soins par des généralistes que l'organisation d'astreintes sur le territoire prendra sa pleine efficacité. Cette problématique ne peut par ailleurs être disjointe de l'aide médicale urgente et nécessite donc que vous consultiez également le SAMU et le comité départemental de l'aide médicale urgente (CODAMU)

Pour atteindre cet objectif, plusieurs étapes sont nécessaires :

- mettre en place avec les associations de médecins et, **en lien avec le centre 15**, un dispositif de **réception et d'orientation des appels** au généraliste, qui permettent aux patients d'être pris en charge de manière adaptée pendant les périodes de fermeture des cabinets libéraux,
- élaborer **une liste de médecins d'astreinte**, sur la base du volontariat des médecins et si possible, selon une carte des **secteurs redéfinis** dans toute la mesure du possible, qui servira de base à la mise en place et à la rémunération des astreintes : le conseil départemental de l'Ordre des médecins en est chargé avec l'aide des préfets de département qui sollicitent l'avis des CODAMU et en associant les caisses primaires d'assurance maladie ;
- assurer le financement des astreintes par les caisses d'assurance maladie sur la base de 50 euros par période de 12h, la nuit, les dimanches et jours fériés.

I Mise en place d'une régulation des appels aux médecins généralistes

1-1 Organisation d'un dispositif de réception et d'orientation des appels aux médecins généralistes

Un renforcement de la régulation des appels téléphoniques aux médecins généralistes est nécessaire. Un médecin généraliste libéral, rémunéré sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), doit répondre aux appels de toute personne cherchant à joindre un médecin généraliste sur le département. Ce médecin apporte la réponse et, le cas échéant, oriente le patient sur le médecin généraliste d'astreinte.

Il importe que le dispositif de réception et d'orientation des appels au généraliste soit bien articulé avec le dispositif d'aide médicale urgente géré par le SAMU. Dans certains départements, la participation des libéraux au centre 15 est effective depuis plusieurs années. Toutefois, elle ne concerne que la participation à l'aide médicale urgente et non la permanence des soins de ville.

L'analyse des volumes d'appels au centre 15 depuis le début de la grève montre que l'augmentation constatée est liée pour partie à du conseil médical ou à une orientation sur le médecin d'astreinte pour une visite à domicile. L'orientation du patient par le permanencier vers le médecin régulateur libéral présent au centre 15 permet, d'une part, de réduire les temps d'attente pour les appelants et, d'autre part, de mieux adapter la réponse.

Cette augmentation des appels (plus 30% à plus 70% à certaines périodes) porte préjudice au bon fonctionnement d'une prise en charge des urgences vitales en raison d'un allongement des délais d'attente.

En conséquence, la participation d'un médecin libéral au centre 15 a pour but d'assurer aux côtés du médecin hospitalier la réponse à la population qui s'adresse au centre 15 pour les appels relevant de la médecine de ville : écoute et conseil médical, transfert vers un confrère d'astreinte lorsqu'un déplacement à domicile est nécessaire sur le secteur de l'appelant, en dehors des heures d'ouverture habituelle des cabinets médicaux.

Dans certains départements à faible densité de population, la présence d'un praticien libéral au centre 15 dédié uniquement aux appels dits de ville ne sera pas toujours justifiée sur l'amplitude des plages horaires (20h-8h, dimanche et jours fériés). Une organisation partagée entre les fonctions de régulation hospitalière et préhospitalière du centre 15 et la régulation libérale pourra être trouvée, sous réserve d'un accord explicite entre les partenaires locaux et de la garantie du service rendu tant sur le volet "aide médicale urgente" que sur le volet "régulation libérale".

La population est **informée** par tous moyens de l'existence d'astreintes sur le département soit par un numéro d'appel soit par des mesures de publicité prises par le conseil départemental.

Ce dernier communique la liste au centre 15 et aux caisses d'assurance maladie.

1-2 : Financement

La rémunération de la participation des médecins généralistes libéraux à la régulation est assurée sur la base de l'article 3.2.3 de l'avenant n°10 de la convention nationale des médecins généralistes.

II Mise en place de la sectorisation : définition des secteurs d'astreinte

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins définit en accord avec le préfet et après concertation avec les caisses primaires, les secteurs de permanence des soins. Le préfet se prononce après consultation du CODAMU qui examine les conclusions rendues par son comité médical.

2-1 Objectif du découpage

La sectorisation a pour but de déterminer des zones dans lesquelles l'accès aux soins délivrés par des professionnels libéraux la nuit, les dimanches et les jours fériés est assuré pour la population. La taille du secteur délimité doit permettre un exercice "normal" de distribution des soins pour le professionnel et d'accès aux soins pour le patient.

En corollaire, l'exercice de sectorisation doit conduire à réduire le nombre de secteurs d'astreinte pour limiter le nombre de médecins concernés et rendre possible dans le contexte actuel la mise en place d'un dispositif de permanence des soins. Il convient de conduire cet exercice de manière pragmatique en tenant compte du découpage existant et des évolutions possibles avec le souci d'aboutir à un accord sur ce point.

L'exercice de la sectorisation se décompose en deux étapes.

En **premier lieu**, il est **souhaitable qu'un état des lieux soit établi**, compte tenu de l'absence dans un bon nombre de départements de formalisation des secteurs de garde (document contractuel ou arrangement informel entre professionnel). Cet état des lieux doit permettre de **recenser les zones actuellement couvertes**, le cas échéant, de manière disproportionnée par un nombre trop élevé de professionnels, en rapport avec la population et le territoire couvert et les **zones dites "blanches", non ou mal couvertes**.

Il comprend également l'inventaire des associations de professionnels regroupés pour la permanence des soins, les modalités actuelles de communication au public des informations concernant cette permanence, ainsi que les zones couvertes par des associations de médecins spécialisés dans l'intervention d'urgence.

En **second lieu**, une **cartographie des secteurs d'astreinte** doit être définie, sur la base d'une comparaison avec d'autres zonages du champ sanitaire et de critères spécifiques.

Il est utile, dans un premier temps de mettre en rapport l'état des lieux de la permanence des soins assurée par les généralistes avec les **autres zonages formalisés** dans le champ sanitaire :

- zonage des SMUR- zonage des officines pharmaceutiques- zonage de la garde ambulancière, actuellement en cours de révision dans la plupart des départements.

Ensuite, une approche complémentaire doit permettre d'intégrer des critères permettant d'appréhender l'accès aux soins sur les territoires tels que :

- la géographie (accessibilité, environnement urbain et rural et en particulier infrastructures routières, temps d'accès, données climatiques, saisonnalité...) ;
- la démographie (densité, âge de la population) ;
- l'offre de soins médicale (démographie médicale, localisation des établissements de santé, articulation ville-hôpital...).

A chaque étape décrite, une **concertation est menée** par le conseil départemental de l'Ordre avec le préfet, en associant la caisse primaire, de manière à valider avec les professionnels tant l'état des lieux que la cartographie des secteurs d'astreinte. Le sous-comité médical du CODAMU est une instance de travail officielle qui peut permettre de conduire cette

concertation entre l'ordre, les représentants des médecins libéraux, l'Etat et l'assurance maladie.

2-2 Conditions de rémunération de l'astreinte

Définition de l'astreinte rémunérée :

L'astreinte rémunérée est instaurée la nuit de 20h00 à 8h00 ainsi que le **dimanche** et les **jours fériés de 8h00 à 20h00**. Le médecin d'astreinte s'engage, conformément au code de déontologie médicale, à prendre toutes les dispositions nécessaires de prise en charge médicale du patient. Il se rend disponible pour recevoir des appels, les traiter ou les orienter vers le lieu de prise en charge adapté.

Il rédige à l'attention du médecin traitant le compte-rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en informant le malade. Lorsqu'il intervient dans le cadre de la centralisation de la régulation, il appelle, au début et à la fin de son intervention, le médecin régulateur pour le prévenir des décisions prises et apporter toute information nécessaire à l'état du patient.

Le paiement de l'astreinte par les caisses d'assurance maladie est attribué aux médecins qui figurent sur la **liste départementale des médecins d'astreinte**, définie par le conseil départemental de l'Ordre en application des articles 77 et 78 du code de déontologie, **sur la base d'un médecin par secteur d'astreinte**.

Ce **paiement n'est pas attribué aux médecins non inscrits** sur cette liste et qui assurent des soins de manière volontaire soit à leur patientèle soit dans le cadre d'associations de médecins spécialisés n'œuvrant que pour ce type d'intervention en dehors des heures et des jours ouvrés.

Sur le plan financier :

- les médecins inscrits sur la liste établie par le conseil de l'Ordre obtiennent en contrepartie de leur **astreinte** réalisée effectivement le paiement par la CPAM de 50 euros par période d'astreinte (12 heures).
- en dehors du paiement de l'astreinte, toute **prise en charge de patient** pendant le temps de l'astreinte fait l'objet d'une **rémunération au titre de la visite ou de la consultation selon la nomenclature** ; le médecin d'astreinte établit un compte rendu à l'intention du médecin traitant du patient pris en charge pendant l'astreinte.
- **en complément à ces dispositions, peuvent être financés**, dans des conditions qui seront décrites par décret, des **dispositifs expérimentaux** de participation à la permanence des soins des professionnels de santé libéraux, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 35). Ces financements pourront ainsi permettre d'expérimenter des maisons médicales.

Les modalités pratiques de mise en œuvre par les caisses d'assurance maladie sont développées dans la circulaire du 3 mai 2002 adressée par la CNAMTS aux CPAM.

III Suivi de la mise en œuvre du dispositif :

Le conseil départemental de l'Ordre, le préfet et l'assurance maladie **rassemblent des informations** concernant l'analyse de l'activité de régulation et d'astreinte : volume et nature des appels à la régulation, nombre d'astreintes par médecin sur un trimestre, nombre de

médecins d'astreinte, nombre d'actes pratiqués pendant ces astreintes et établissement des propositions éventuelles de modification de la cartographie des secteurs d'astreinte.

Le préfet informe régulièrement le CODAMU de la situation de la permanence des soins assurée par les médecins généralistes et organise au moins une fois par an une séance consacrée à l'évolution de ce dispositif.

Je vous demande de me tenir régulièrement informé de l'avancement de vos travaux et des difficultés éventuelles rencontrées. Mes services, sous-direction "organisation des soins" - huguette.mauss@sante.gouv.fr- se tiennent à votre disposition pour apporter toute réponse à vos questions complémentaires.

ANNEXE 4
L'activité quotidienne des omnipraticiens libéraux de 10 départements
durant la canicule d'août 2003
Synthèse réalisée par la CNAMTS – Direction des Statistiques et des Etudes
(DEPAS)

Comment les omnipraticiens libéraux ont-ils participé à la gestion de la crise sanitaire du mois d'août 2003 ? A partir des informations dont elle dispose aujourd'hui, l'assurance maladie peut apporter quelques éléments de réponse généraux.

Quelques précautions statistiques particulières doivent cependant être prises ici compte tenu du caractère tout à fait récent de ces événements. L'assurance maladie ne connaît en effet cette activité, de façon quasi exhaustive, qu'après un certain laps de temps, celui qui est nécessaire pour que les soins dispensés un jour donné aient fait l'objet d'une demande de remboursement et que cette demande ait été satisfaite. Les méthodes qui ont été utilisées ici pour suivre l'activité quotidienne des omnipraticiens libéraux sont détaillées dans le point de conjoncture n°18 d'octobre 2003.

L'information qui est disponible aujourd'hui permet une analyse fiable de ce qui s'est passé au cours des vingt premiers jours du mois d'août 2003, ces jours mêmes qui se trouvaient au cœur de la crise.

Les données qui suivent concernent le nombre d'omnipraticiens libéraux actifs et leurs consultations et visites effectuées pour des patients du régime général d'assurance maladie. Les données de l'année 2002 sont des résultats définitifs obtenus à partir des remboursements intervenus dans les quatre mois. Les résultats de l'année 2003 sont encore provisoires puisque extrapolés après 2 mois de liquidation.

Les comparaisons quotidiennes qui peuvent être faites entre août 2003 et août 2002 doivent évidemment l'être en tenant compte de ce que l'activité des médecins n'est pas du tout la même d'un jour à l'autre de la semaine. Ainsi, un lundi ne peut être comparé qu'à un lundi et, surtout, un dimanche ne peut l'être qu'à un autre dimanche. Une année non bissextile comportant 52 semaines plus un jour, la période allant du vendredi 1^{er} août 2003 au lundi 18 août 2003 doit être comparée à celle allant du vendredi 2 août 2002 au lundi 19 août 2002. Ce décalage d'une journée permet de s'affranchir de la variation infra - hebdomadaire de l'activité des médecins¹.

L'activité des omnipraticiens est décrite en fonction des effectifs, du nombre de consultations ou/et de visites effectuées quotidiennement pendant cette période et ventilées selon l'âge du patient ou que le soin soit en rapport ou non avec une affection de longue durée (ALD).

I – Résultats pour la France métropolitaine (cf. Point de conjoncture n°18).

Des omnipraticiens moins présents en août 2003 qu'en 2002, mais dont l'activité est plus forte à compter du vendredi 8 août 2003.

Les variations sont faibles d'une année sur l'autre : en fait, l'offre de soins en médecine générale libérale a diminué de 2,0 % entre le mois d'août de 2002 et celui de 2003. Cette diminution recouvre une très légère baisse voire une quasi-stabilité pour ce qui concerne les jours ouvrables de la semaine, mais aussi une baisse très prononcée durant les week-ends, allant jusqu'à près de -20 % le dimanche 17 août 2003. Les omnipraticiens ne se sont donc pas (ou n'ont pas été) plus mobilisés durant la canicule.

¹ Il faut cependant garder à l'esprit l'évidence que représente le fait que le 15 août était un vendredi en 2003 mais un jeudi en 2002.

Si l'activité des omnipraticiens a augmenté sur la période, les premiers sept jours d'août 2003 ont nécessité moins d'interventions qu'en 2002. L'activité a par contre été plus élevée à compter du 8/08/2003, et ce, notamment le dimanche 10 août et du vendredi 15 au lundi 18 août 2003. Les visites ont poursuivi la tendance à la baisse amorcée en 2000 ; l'augmentation de l'activité des omnipraticiens à partir de la deuxième semaine du mois d'août paraît essentiellement liée aux soins dispensés à des nourrissons (c'est-à-dire aux enfants âgés de moins de 3 ans). Le nombre de consultations ou de visites faites à l'intention d'enfants en bas âge semble en effet avoir rapidement augmenté à partir du vendredi 8 août 2003.

Sur la fin du mois, l'activité a été a priori un peu plus forte qu'en 2002 pour toutes les catégories de patients, mais surtout pour les patients de moins de 3 ans, ces résultats sont néanmoins plus sujets à caution.

II – Résultats pour 10 départements :

Toutes les données détaillées par département sont fournis dans un fichier excel annexe, en valeurs absolues et relatives.

➤ Les omnipraticiens libéraux en exercice durant les premiers jours d'août 2003 :

L'offre de soins en médecine générale durant les mois d'été est faible du fait des départs en vacances.

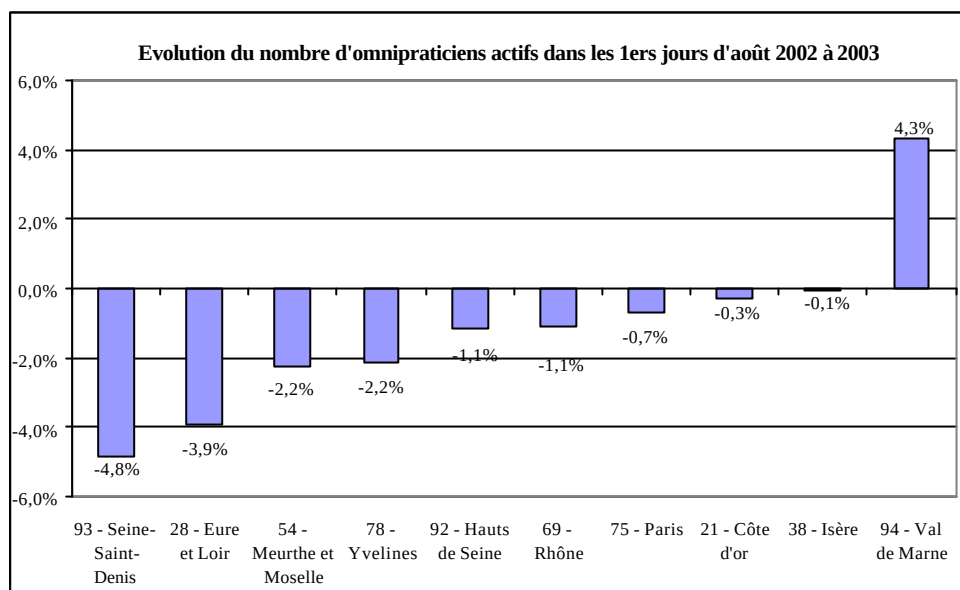
Pour avoir une idée de leur taux de présence quotidien, on peut comparer les effectifs d'août 2003 à ceux de mars (semaine caractéristique d'un travail « normal » : pas de grève, ni d'épidémie, ni de vacances scolaires...).

Nombre d'omnipraticiens actifs	21 - Côte d'Or	28 - Eure et Loir	38 - Isère	54 - Meurthe et Moselle	69 - Rhône	75 - Paris	78 - Yvelines	92 - Hauts de Seine	93 - Seine-Saint-Denis	94 - Val de Marne
Lundi 17 03 2003	436	286	1 015	658	1 209	1 710	901	949	865	891
Lundi 04 08 2003	84%	74%	69%	90%	65%	72%	71%	59%	71%	65%
Lundi 11 08 2003	80%	67%	67%	86%	56%	55%	63%	49%	58%	56%
Lundi 18 08 2003	85%	77%	74%	90%	69%	59%	68%	55%	64%	59%
Mardi 18 03 2003	444	276	993	652	1 201	1 657	885	944	850	879
Mardi 05 08 2003	84%	73%	68%	90%	62%	71%	70%	57%	70%	65%
Mardi 12 08 2003	79%	67%	65%	85%	55%	56%	62%	49%	58%	55%
Mercredi 19 03 2003	419	254	893	609	1 123	1 575	826	901	802	810
Mercredi 06 08 2003	84%	67%	73%	91%	63%	70%	69%	55%	69%	65%
Mercredi 13 08 2003	79%	65%	68%	87%	55%	55%	61%	48%	57%	56%
Jeudi 20 03 2003	352	247	731	553	779	986	768	710	678	703
Jeudi 07 08 2003	98%	79%	81%	97%	88%	106%	71%	70%	77%	75%
Jeudi 14 08 2003	90%	68%	79%	93%	78%	84%	66%	60%	67%	64%
Vendredi 21 03 2003	435	264	977	653	1 180	1 578	854	891	844	841
Vendredi 01 08 2003	90%	86%	78%	92%	81%	94%	86%	74%	84%	83%
Vendredi 08 08 2003	81%	74%	67%	86%	60%	64%	65%	55%	64%	62%
Vendredi 15 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Samedi 22 03 2003	343	224	704	553	737	958	756	690	651	687
Samedi 02 08 2003	84%	82%	78%	88%	76%	87%	79%	63%	78%	72%
Samedi 09 08 2003	81%	71%	70%	86%	65%	63%	62%	51%	63%	58%
Samedi 16 08 2003	54%	53%	53%	66%	43%	44%	45%	27%	43%	39%
Dimanche 23 03 2003	85	58	183	119	223	302	220	157	214	177
Dimanche 03 08 2003	105%	78%	84%	93%	80%	94%	64%	67%	44%	65%
Dimanche 10 08 2003	93%	74%	76%	78%	66%	85%	65%	59%	43%	73%
Dimanche 17 08 2003	78%	61%	62%	66%	57%	67%	56%	40%	43%	50%
Offre de soins semaine mars 2003	2 526	1 619	5 506	3 809	6 461	8 776	5 219	5 250	4 913	4 997
Offre de soins 1ère semaine août 2003	85%	73%	71%	89%	66%	74%	68%	58%	68%	65%
Offre de soins 1ère semaine août 2002	83%	75%	71%	89%	66%	74%	68%	58%	69%	62%

Lecture : les omnipraticiens en activité en Côte d'Or le lundi 4 août 2003 représentent 84 % des omnipraticiens en activité le lundi 17 mars 2003.

Quel que soit le département, le taux de présence des omnipraticiens est plus faible la deuxième semaine d'août que la première.

Entre la période du 2 au 19 août 2002 et celle du 1^{er} au 18 août 2003, six départements sur dix ont vu leur offre de soins diminuer.



Lecture : Le nombre d'omnipraticiens actifs en Isère entre le 1^{er} et le 18 août 2003 est inférieur de 0,1 % à celui du 2 au 19 août 2002.

La région parisienne ne se démarque pas franchement des autres départements sur ces évolutions, qui ne dépendent pas non plus de la densité de omnipraticiens dans le département.

Evolution du nombre d'omnipraticiens actifs sur les premiers jours d'août 2002 et 2003

2 002	2 003	93 - Seine- Saint- Denis	28 - Eure et Loir	54 - Meurthe et Moselle	78 - Yvelines	92 - Hauts de Seine	69 - Rhône	75 - Paris	21 - Côte d'or	38 - Isère	94 - Val de Marne
vendredi 02 08 2002	vendredi 01 08 2003	1,3%	0,8%	-2,8%	0,3%	3,3%	4,3%	3,9%	2,4%	5,2%	3,6%
samedi 03 08 2002	samedi 02 08 2003	-3,9%	-2,5%	-7,5%	1,8%	-1,8%	-4,0%	-2,3%	-4,3%	-1,1%	2,8%
dimanche 04 08 2002	dimanche 03 08 2003	-47,0%	-14,6%	1,2%	-38,7%	-3,3%	5,8%	-2,6%	20,7%	2,6%	21,7%
lundi 05 08 2002	lundi 04 08 2003	3,3%	0,8%	0,5%	5,6%	2,1%	0,4%	4,9%	1,6%	1,6%	3,8%
mardi 06 08 2002	mardi 05 08 2003	1,3%	-4,1%	0,7%	2,6%	0,8%	-1,1%	2,1%	3,3%	-0,8%	2,7%
mercredi 07 08 2002	mercredi 06 08 2003	1,2%	-11,6%	2,9%	2,0%	-3,6%	-0,9%	-0,2%	4,0%	2,4%	3,8%
jeudi 08 08 2002	jeudi 07 08 2003	-2,1%	3,7%	-0,3%	-1,4%	0,4%	-0,2%	-1,9%	3,7%	-0,8%	4,5%
vendredi 09 08 2002	vendredi 08 08 2003	-0,5%	0,4%	-0,6%	-2,9%	2,5%	0,7%	-1,1%	4,8%	-1,7%	4,8%
samedi 10 08 2002	samedi 09 08 2003	-0,9%	-5,4%	-2,9%	-1,1%	-6,1%	-3,4%	-7,4%	0,2%	-2,4%	4,2%
dimanche 11 08 2002	dimanche 10 08 2003	-46,1%	-2,5%	-10,7%	-23,4%	-9,5%	3,2%	-7,1%	-0,4%	16,4%	34,5%
lundi 12 08 2002	lundi 11 08 2003	-3,8%	-5,5%	0,8%	3,0%	-1,7%	-1,8%	-3,5%	0,4%	1,8%	3,7%
mardi 13 08 2002	mardi 12 08 2003	-2,7%	-5,2%	-2,6%	2,7%	-3,6%	0,3%	-2,4%	2,6%	0,5%	4,9%
mercredi 14 08 2002	mercredi 13 08 2003	-5,8%	-5,6%	0,1%	-1,8%	1,6%	-1,8%	0,4%	0,5%	-0,5%	5,0%
vendredi 16 08 2002	jeudi 14 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
jeudi 15 08 2002	vendredi 15 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
samedi 17 08 2002	samedi 16 08 2003	-23,1%	-16,3%	-15,8%	-13,7%	-29,0%	-20,7%	-13,9%	-27,8%	-14,2%	-15,5%
dimanche 18 08 2002	dimanche 17 08 2003	-46,2%	-25,9%	-30,6%	-23,4%	-34,0%	-25,5%	-18,7%	-15,3%	-24,3%	-1,6%
lundi 19 08 2002	lundi 18 08 2003	-4,7%	0,9%	-1,0%	-7,7%	-3,4%	-6,9%	-6,4%	-6,7%	0,9%	-2,0%
2-19/08/2002	1-18/08/2003	-4,8%	-3,9%	-2,2%	-2,2%	-1,1%	-1,1%	-0,7%	-0,3%	-0,1%	4,3%

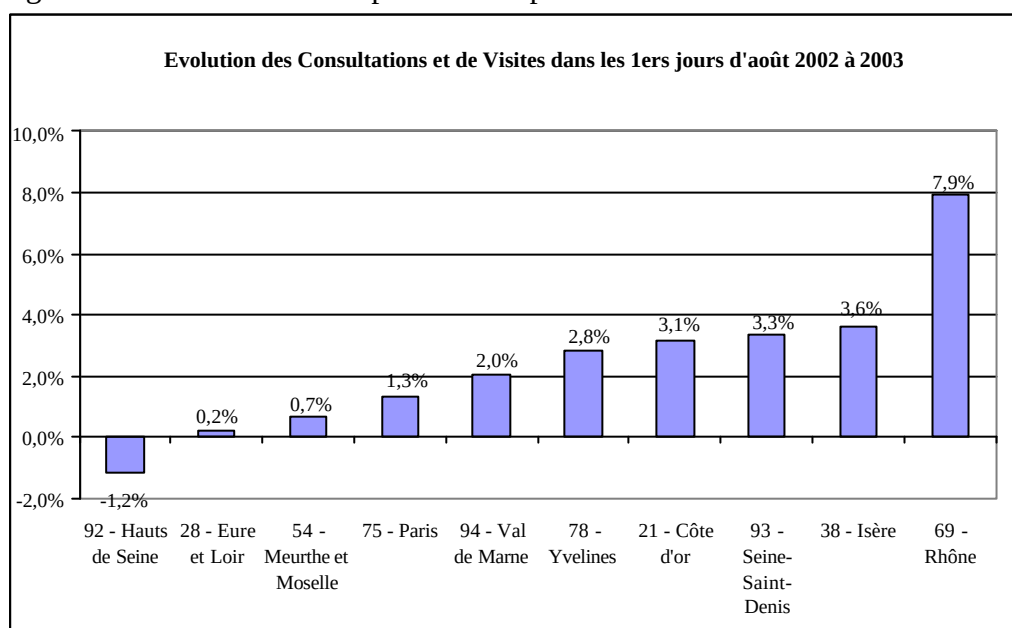
Lecture : Le nombre d'omnipraticiens actifs en Isère le vendredi 1^{er} août 2003 est supérieur de 5,2 % à celui du vendredi 2 août 2002.

D'un jour à l'autre, d'un département à l'autre, l'offre de soins réelle diffère en 2003 de la même période 2002. Cela se ressent beaucoup sur les week-ends, et notamment sur les dimanches (entre 46 et 47 % d'effectif en moins les dimanches de 2003 par rapport à ceux de 2002 en Seine-Saint-Denis).

➤ **L'activité des omnipraticiens libéraux durant les premiers jours d'août 2003 :**

◆ **Consultations & Visites**

Seul le département des Hauts de Seine a légèrement diminué son activité entre le 2 et 19 août 2002 et le 1^{er} au 18 août 2003. Le Rhône se détache nettement des 9 autres avec près de 8 % d'augmentation de son activité pendant ces périodes.



Lecture : Le nombre de consultations et visites des Yvelines entre le 1^{er} et le 18 août 2003 est supérieur de 2,8 % à celui du 2 au 19 août 2002.

Des départements comme la Seine-Saint-Denis et les Yvelines dont les effectifs étaient en baisse ont néanmoins augmenté leur activité et ont donc dû compenser par une activité moyenne plus importante par professionnel.

Evolution des consultations et visites des omnipraticiens sur les premiers jours d'août 2002 et 2003

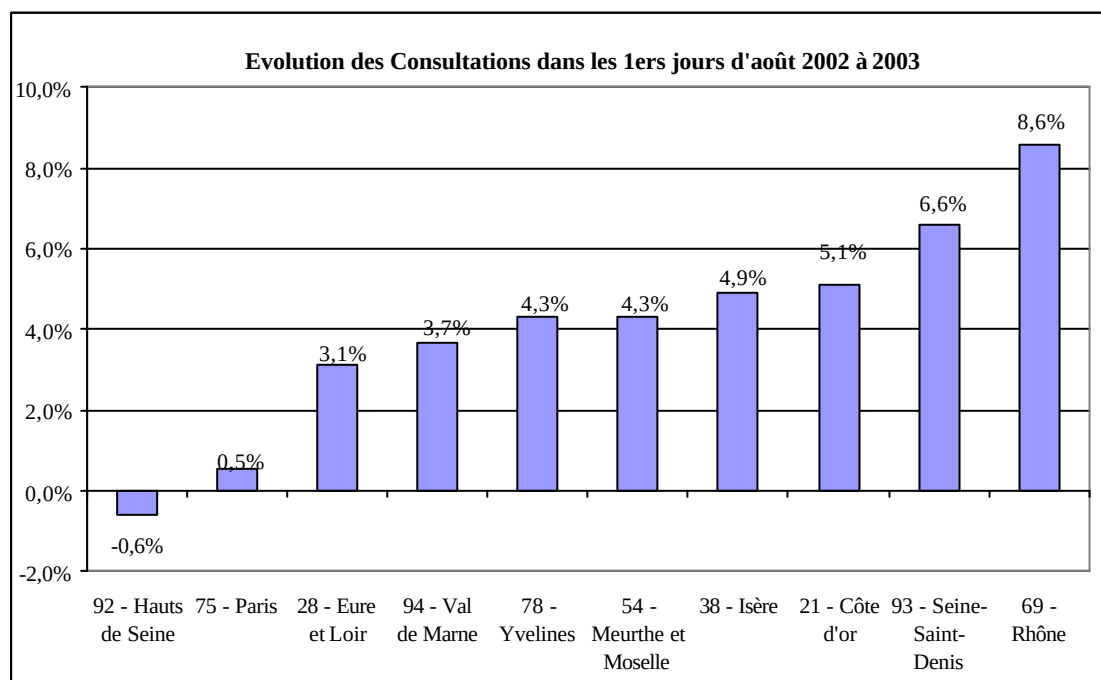
2 002	2 003	92 - Hauts de Seine	28 - Eure et Loir	54 - Meurthe et Moselle	75 - Paris	94 - Val de Marne	78 - Yvelines	21 - Côte d'or	93 - Seine- Saint-Denis	38 - Isère	69 - Rhône
vendredi 02 08 2002	vendredi 01 08 2003	2,1%	0,7%	-1,1%	4,5%	-1,0%	2,0%	3,2%	5,2%	3,4%	9,8%
samedi 03 08 2002	samedi 02 08 2003	0,3%	4,1%	-13,0%	-3,1%	-0,8%	-0,6%	-0,4%	-1,1%	2,8%	-5,9%
dimanche 04 08 2002	dimanche 03 08 2003	6,8%	-31,5%	-4,6%	2,1%	14,0%	-24,1%	-2,7%	-20,4%	9,2%	11,0%
lundi 05 08 2002	lundi 04 08 2003	-1,9%	-4,3%	-5,3%	1,3%	-4,0%	0,4%	1,7%	1,3%	0,3%	2,9%
mardi 06 08 2002	mardi 05 08 2003	-11,5%	-9,7%	-4,1%	-5,3%	-6,8%	-4,2%	-5,5%	-5,2%	-2,6%	-2,0%
mercredi 07 08 2002	mercredi 06 08 2003	-9,1%	-7,7%	-3,9%	-6,1%	-7,9%	0,9%	0,2%	-3,4%	3,3%	0,2%
jeudi 08 08 2002	jeudi 07 08 2003	-14,6%	-2,2%	0,6%	-12,1%	-5,7%	-2,7%	2,9%	-6,1%	-1,0%	1,4%
vendredi 09 08 2002	vendredi 08 08 2003	-1,8%	4,0%	1,7%	1,7%	0,6%	-1,3%	8,3%	2,8%	1,3%	5,7%
samedi 10 08 2002	samedi 09 08 2003	2,7%	0,6%	-0,7%	-1,2%	1,8%	0,2%	14,8%	-2,5%	8,1%	13,7%
dimanche 11 08 2002	dimanche 10 08 2003	6,0%	6,8%	30,4%	10,1%	50,8%	-8,5%	30,9%	9,6%	43,7%	23,3%
lundi 12 08 2002	lundi 11 08 2003	-2,4%	-2,3%	4,3%	2,5%	7,5%	8,1%	4,0%	7,4%	3,7%	11,7%
mardi 13 08 2002	mardi 12 08 2003	-4,7%	-2,1%	1,3%	0,4%	3,8%	7,8%	-0,6%	11,1%	4,5%	9,5%
mercredi 14 08 2002	mercredi 13 08 2003	5,3%	4,5%	5,5%	5,8%	8,1%	9,3%	1,9%	6,1%	3,6%	13,7%
vendredi 16 08 2002	jeudi 14 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
jeudi 15 08 2002	vendredi 15 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
samedi 17 08 2002	samedi 16 08 2003	11,8%	9,9%	16,2%	7,7%	14,0%	9,8%	0,3%	8,2%	11,6%	22,5%
dimanche 18 08 2002	dimanche 17 08 2003	-16,0%	-21,4%	-12,5%	2,6%	-9,4%	-5,1%	14,7%	-8,3%	-4,3%	26,5%
lundi 19 08 2002	lundi 18 08 2003	3,8%	12,7%	14,2%	3,5%	11,3%	6,5%	9,5%	10,6%	10,8%	11,5%
2-19/08/2002	1-18/08/2003	-1,2%	0,2%	0,7%	1,3%	2,0%	2,8%	3,1%	3,3%	3,6%	7,9%

Lecture : Le nombre de consultations et visites des Yvelines le vendredi 1^{er} août 2003 est supérieur de 2,0 % à celui du vendredi 2 août 2002.

L'activité quotidienne augmente pour la plupart des départements à partir du vendredi 8 août 2003, début de la période des plus fortes chaleurs ; les variations sont toujours plus importantes les week-ends.

Certains départements comme les Hauts-de-Seine, l'Eure et Loir ou la Meurthe et Moselle ont très peu d'évolution d'activité malgré la canicule.

◆ Consultations



Lecture : Le nombre de consultation du Rhône entre le 1^{er} et le 18 août 2003 est supérieur de 8,6 % à celui du 2 au 19 août 2002.

A l'exception des Hauts de Seine, tous les départements ont augmenté leur nombre de consultations entre les premiers jours d'août 2002 et 2003, cependant dans des proportions bien différentes. L'évolution moyenne en France métropolitaine est de l'ordre de 6 %, la plupart de ces départements sont donc quand même en dessous de la moyenne nationale.

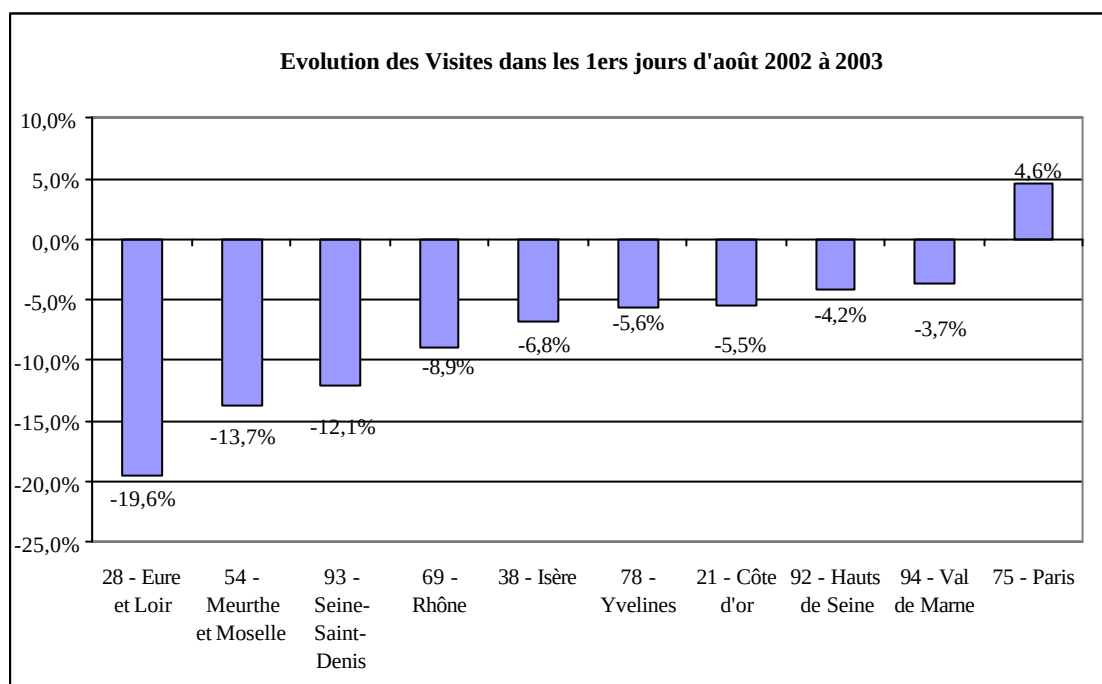
Evolution des consultations des omnipraticiens sur les premiers jours d'août 2002 et 2003

2 002	2 003	92 - Hauts de Seine	75 - Paris	28 - Eure et Loir	94 - Val de Marne	78 - Yvelines	54 - Meurthe et Moselle	38 - Isère	21 - Côte d'or	93 - Seine- Saint- Denis	69 - Rhône
vendredi 02 08 2002	vendredi 01 08 2003	5,7%	7,2%	4,1%	3,9%	4,6%	2,0%	4,9%	7,1%	10,9%	11,1%
samedi 03 08 2002	samedi 02 08 2003	1,9%	-0,5%	10,4%	2,9%	1,1%	-6,6%	5,1%	2,8%	3,3%	-1,8%
dimanche 04 08 2002	dimanche 03 08 2003	10,5%	-18,5%	-1,0%	-3,2%	-24,4%	71,8%	17,9%	19,5%	-18,9%	29,1%
lundi 05 08 2002	lundi 04 08 2003	-0,9%	2,1%	-2,4%	-0,5%	1,9%	-3,1%	1,5%	5,3%	4,6%	4,5%
mardi 06 08 2002	mardi 05 08 2003	-11,1%	-4,4%	-8,0%	-4,2%	-3,2%	-1,5%	-1,2%	-5,3%	-2,0%	-1,3%
mercredi 07 08 2002	mercredi 06 08 2003	-7,0%	-5,6%	-5,8%	-4,5%	1,6%	-2,9%	4,6%	0,5%	-1,7%	0,8%
jeudi 08 08 2002	jeudi 07 08 2003	-14,0%	-12,1%	0,3%	-5,1%	-2,4%	5,7%	-0,1%	5,7%	-3,8%	2,5%
vendredi 09 08 2002	vendredi 08 08 2003	-1,8%	-0,3%	4,0%	1,5%	2,1%	3,7%	2,4%	10,1%	5,4%	5,8%
samedi 10 08 2002	samedi 09 08 2003	3,3%	-3,2%	5,2%	5,6%	0,7%	2,1%	8,4%	14,8%	0,9%	10,5%
dimanche 11 08 2002	dimanche 10 08 2003	0,1%	-19,3%	53,8%	66,3%	-14,9%	156,0%	59,0%	96,9%	7,7%	64,5%
lundi 12 08 2002	lundi 11 08 2003	-1,7%	1,0%	-0,2%	8,3%	9,8%	7,1%	4,9%	7,0%	9,5%	11,6%
mardi 13 08 2002	mardi 12 08 2003	-7,1%	-3,4%	-1,2%	1,4%	10,0%	4,8%	5,4%	0,6%	13,5%	8,7%
mercredi 14 08 2002	mercredi 13 08 2003	5,4%	1,2%	7,8%	8,5%	9,5%	8,4%	4,2%	3,3%	7,7%	12,3%
vendredi 16 08 2002	jeudi 14 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
jeudi 15 08 2002	vendredi 15 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
samedi 17 08 2002	samedi 16 08 2003	9,6%	1,0%	15,2%	10,8%	9,0%	22,4%	13,9%	-0,8%	12,4%	20,6%
dimanche 18 08 2002	dimanche 17 08 2003	-31,1%	-17,6%	3,2%	-26,3%	-29,3%	29,8%	-2,0%	14,8%	3,0%	52,6%
lundi 19 08 2002	lundi 18 08 2003	5,0%	3,0%	16,1%	13,5%	8,9%	19,6%	13,2%	11,9%	14,7%	11,7%
2-19/08/2002	1-18/08/2003	-0,6%	0,5%	3,1%	3,7%	4,3%	4,3%	4,9%	5,1%	6,6%	8,6%

Lecture : Le nombre de consultations du Rhône le vendredi 1^{er} août 2003 est supérieur de 11,1 % à celui du vendredi 2 août 2002.

◆ Visites

La tendance générale depuis 2000 se traduit par la désaffection croissante des médecins vis-à-vis de la pratique des visites et leur préférence pour une activité en cabinet. Les 1ers jours d'août 2003 accusent une baisse des visites de près de 14 % sur l'ensemble de la France.



Lecture : Le nombre de visites d'Isère entre le 1^{er} et le 18 août 2003 est inférieur de 6,8 % à celui du 2 au 19 août 2002.

La diminution des visites se retrouve dans pratiquement tous les départements étudiés, mais est atténuée par rapport à la moyenne nationale. Paris cependant augmente son nombre de visites, sans doute pour visiter des personnes âgées. Cette dernière évolution est fortement liée au travail des médecins urgentistes pendant la canicule.

Evolution des visites des omnipraticiens sur les premiers jours d'août 2002 et 2003

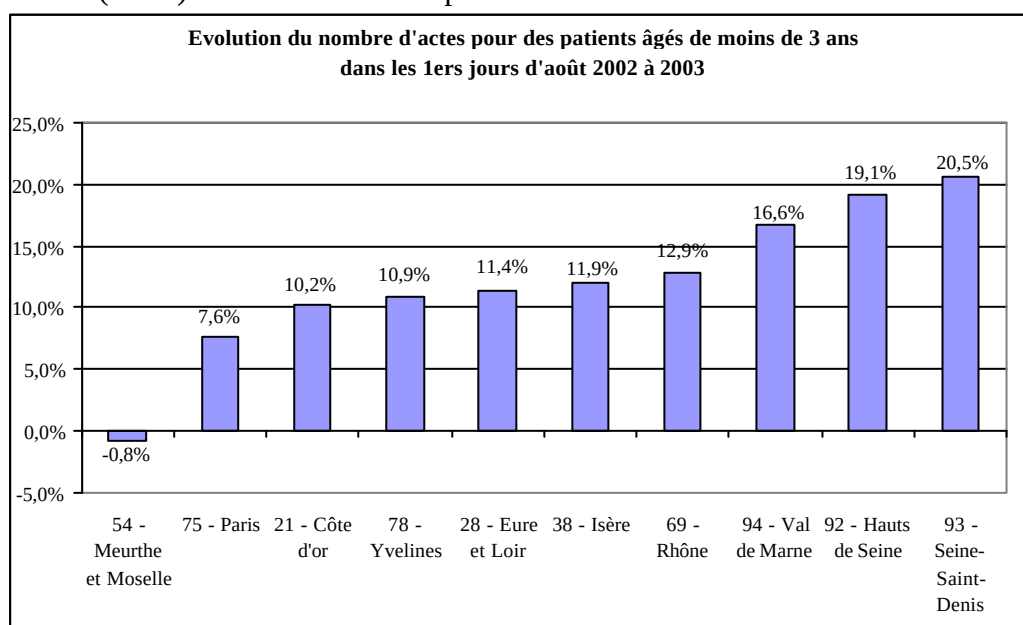
2 002	2 003	28 - Eure et Loir	54 - Meurthe et Moselle	93 - Seine- Saint-Denis	69 - Rhône	38 - Isère	78 - Yvelines	21 - Côte d'or	92 - Hauts de Seine	94 - Val de Marne	75 - Paris
vendredi 02 08 2002	vendredi 01 08 2003	-24,1%	-14,7%	-21,8%	-13,4%	-11,0%	-15,4%	-16,1%	-17,3%	-21,9%	-11,4%
samedi 03 08 2002	samedi 02 08 2003	-49,8%	-42,4%	-27,1%	-26,4%	-14,2%	-13,2%	-13,6%	-9,2%	-16,7%	-11,7%
dimanche 04 08 2002	dimanche 03 08 2003	-59,0%	-29,1%	-23,0%	-24,6%	1,6%	-23,7%	-12,8%	4,4%	8,8%	9,7%
lundi 05 08 2002	lundi 04 08 2003	-19,4%	-15,6%	-16,1%	-9,5%	-10,8%	-9,4%	-16,3%	-8,2%	-11,4%	-3,7%
mardi 06 08 2002	mardi 05 08 2003	-21,1%	-14,0%	-19,3%	-15,8%	-14,7%	-10,2%	-6,4%	-13,4%	-13,1%	-10,2%
mercredi 07 08 2002	mercredi 06 08 2003	-20,1%	-7,8%	-11,4%	-8,3%	-7,9%	-3,0%	-1,1%	-20,7%	-15,8%	-8,4%
jeudi 08 08 2002	jeudi 07 08 2003	-19,2%	-17,2%	-16,8%	-12,3%	-8,1%	-4,4%	-9,1%	-17,6%	-5,8%	-12,4%
vendredi 09 08 2002	vendredi 08 08 2003	4,3%	-6,9%	-9,0%	-4,4%	-8,1%	-19,7%	-0,3%	-1,9%	-6,9%	12,3%
samedi 10 08 2002	samedi 09 08 2003	-36,9%	-15,2%	-21,0%	9,1%	6,2%	-3,2%	14,9%	-0,5%	0,5%	3,8%
dimanche 11 08 2002	dimanche 10 08 2003	-40,2%	-14,1%	12,9%	-14,3%	29,7%	-0,5%	7,3%	10,0%	19,8%	22,0%
lundi 12 08 2002	lundi 11 08 2003	-18,0%	-8,1%	-4,1%	-3,9%	-7,2%	-2,7%	-9,9%	-6,3%	0,5%	9,9%
mardi 13 08 2002	mardi 12 08 2003	-8,3%	-11,8%	0,7%	-1,2%	-3,3%	-3,8%	-6,5%	8,4%	11,3%	18,5%
mercredi 14 08 2002	mercredi 13 08 2003	-15,3%	-5,2%	-1,3%	1,4%	-1,9%	8,2%	-4,3%	4,8%	3,0%	26,4%
vendredi 16 08 2002	jeudi 14 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
jeudi 15 08 2002	vendredi 15 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
samedi 17 08 2002	samedi 16 08 2003	-30,4%	-12,0%	-11,5%	-1,5%	-3,1%	13,7%	4,5%	19,8%	24,2%	20,0%
dimanche 18 08 2002	dimanche 17 08 2003	-49,5%	-30,7%	-25,4%	-19,4%	-6,7%	23,9%	14,7%	-5,0%	17,9%	9,0%
lundi 19 08 2002	lundi 18 08 2003	-12,9%	-8,4%	-9,8%	-15,8%	-10,6%	-9,0%	-2,0%	-3,5%	0,1%	6,4%
2-19/08/2002	1-18/08/2003	-19,6%	-13,7%	-12,1%	-8,9%	-6,8%	-5,6%	-5,5%	-4,2%	-3,7%	4,6%

Lecture : Le nombre de visites de Paris le vendredi 1^{er} août 2003 est inférieur de 11,4 % à celui du vendredi 2 août 2002.

Ce n'est en fait qu'à partir du week-end du 9-10 août que les visites augmentent pour Paris, le Val de Marne et les Hauts de Seine. Les autres départements continuent d'avoir en général un niveau de visites inférieur à 2002, mais de manière beaucoup moins marquée que les jours précédents.

♦ Consultations et visites pour des patients âgés de moins de 3 ans

La canicule touche principalement les nourrissons et les personnes âgées. Il semble donc normal que l'activité concernant les patients âgés de moins de trois ans soit en nette augmentation (+8 %) sur la France métropolitaine entre août 2002 et août 2003.



Lecture : Le nombre de consultations et visites pour des patients âgés de moins de 3 ans des Hauts-de-Seine entre le 1^{er} et le 18 août 2003 est supérieur de 19,1 % à celui du 2 au 19 août 2002.

9 départements sur les 10 étudiés ont un taux d'évolution concernant les actes envers les patients de moins de 3 ans supérieur à la moyenne nationale (7 %), très fort même pour 3 départements de la région parisienne (93, 92 et 94) et le Rhône.

La Meurthe et Moselle est seule à ne pas augmenter ses actes pour cette population.

Les parents inquiets pour leurs bébés ont donc largement fait appel aux omnipraticiens libéraux pendant la canicule.

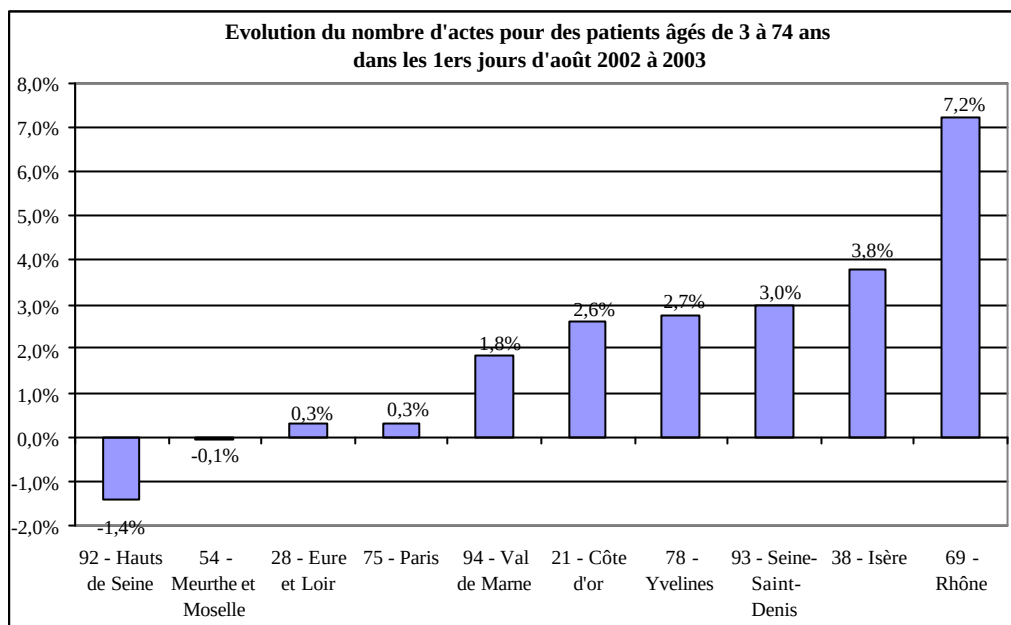
Evolution du nombre d'actes pour des patients âgés de moins de 3 ans sur les premiers jours d'août 2002 et 2003

2 002	2 003	54 - Meurthe et Moselle	75 - Paris	21 - Côte d'or	78 - Yvelines	28 - Eure et Loir	38 - Isère	69 - Rhône	94 - Val de Marne	92 - Hauts de Seine	93 - Seine- Saint-Denis
vendredi 02 08 2002	vendredi 01 08 2003	-4,7%	-8,9%	4,4%	1,9%	-4,6%	-4,9%	9,4%	-10,2%	-5,6%	11,9%
samedi 03 08 2002	samedi 02 08 2003	-7,5%	-11,6%	8,3%	-3,9%	-9,5%	2,1%	-0,8%	-4,0%	-11,4%	11,9%
dimanche 04 08 2002	dimanche 03 08 2003	-22,9%	4,8%	-51,7%	-12,0%	-1,6%	23,9%	6,3%	83,1%	40,9%	-26,1%
lundi 05 08 2002	lundi 04 08 2003	-31,5%	5,3%	-8,9%	-4,4%	4,1%	10,4%	2,5%	-14,6%	7,5%	5,0%
mardi 06 08 2002	mardi 05 08 2003	-19,1%	-19,4%	-8,7%	-7,9%	-3,5%	11,5%	-10,7%	-13,9%	-5,8%	17,3%
mercredi 07 08 2002	mercredi 06 08 2003	-4,7%	-18,4%	8,0%	-11,3%	-8,5%	2,1%	2,7%	-8,9%	-3,4%	-7,4%
jeudi 08 08 2002	jeudi 07 08 2003	-0,6%	-16,2%	23,1%	-1,4%	15,9%	2,5%	6,2%	24,8%	4,7%	7,0%
vendredi 09 08 2002	vendredi 08 08 2003	3,6%	37,1%	0,1%	20,4%	26,8%	12,5%	8,2%	62,4%	23,8%	26,8%
samedi 10 08 2002	samedi 09 08 2003	22,0%	27,5%	14,4%	11,1%	16,1%	26,8%	45,6%	29,7%	66,1%	44,6%
dimanche 11 08 2002	dimanche 10 08 2003	6,8%	29,7%	49,4%	14,4%	-29,5%	35,9%	24,6%	-3,0%	32,9%	25,7%
lundi 12 08 2002	lundi 11 08 2003	9,1%	35,1%	17,4%	45,6%	32,7%	16,4%	22,7%	63,0%	66,7%	43,7%
mardi 13 08 2002	mardi 12 08 2003	3,7%	17,3%	-1,3%	28,0%	11,4%	16,3%	11,8%	28,8%	51,2%	40,0%
mercredi 14 08 2002	mercredi 13 08 2003	-3,9%	1,8%	26,9%	23,6%	12,0%	1,8%	4,2%	39,6%	8,4%	6,8%
vendredi 16 08 2002	jeudi 14 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
jeudi 15 08 2002	vendredi 15 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
samedi 17 08 2002	samedi 16 08 2003	40,7%	35,1%	2,9%	59,2%	48,7%	23,2%	32,6%	23,4%	44,9%	82,6%
dimanche 18 08 2002	dimanche 17 08 2003	-5,9%	-29,0%	-28,4%	20,2%	-19,0%	9,7%	6,8%	25,0%	114,6%	-29,9%
lundi 19 08 2002	lundi 18 08 2003	19,8%	31,8%	48,2%	12,8%	28,2%	27,2%	44,8%	22,6%	34,1%	30,3%
2-19/08/2002	1-18/08/2003	-0,8%	7,6%	10,2%	10,9%	11,4%	11,9%	12,9%	16,6%	19,1%	20,5%

Lecture : Le nombre d'actes pour des patients âgés de moins de 3 ans d'Isère le vendredi 1^{er} août 2003 est inférieur de 4,9 % à celui du vendredi 2 août 2002.

Il semble que pour le Val de Marne, Paris, l'Isère, le Rhône, la Seine-Saint-Denis et les Hauts de Seine, les actes envers les nourrissons aient commencé dès le premier week-end d'août, et non seulement le vendredi 8 août 2003. A partir du 8 août néanmoins, tous les départements ont plus de soins envers ces patients de moins de 3 ans.

◆ **Consultations et visites pour des patients âgés de 3 à 74 ans**



Lecture : Le nombre de consultations et visites pour des patients âgés de 3 à 74 ans de Côte d'Or entre le 1^{er} et le 18 août 2003 est supérieur de 2,6 % à celui du 2 au 19 août 2002.

Les Hauts de Seine, la Meurthe et Moselle et l'Eure et Loir Paris restent plutôt stables en ce qui concerne leur nombre d'actes pour des patients âgés de 3 à 74 ans. Le Rhône se détache à nouveau des autres départements avec un taux de croissance de 7,2 % pour moins de 4 % pour les autres départements.

**Evolution du nombre d'actes pour des patients âgés de 3 à 74 ans
sur les premiers jours d'août 2002 et 2003**

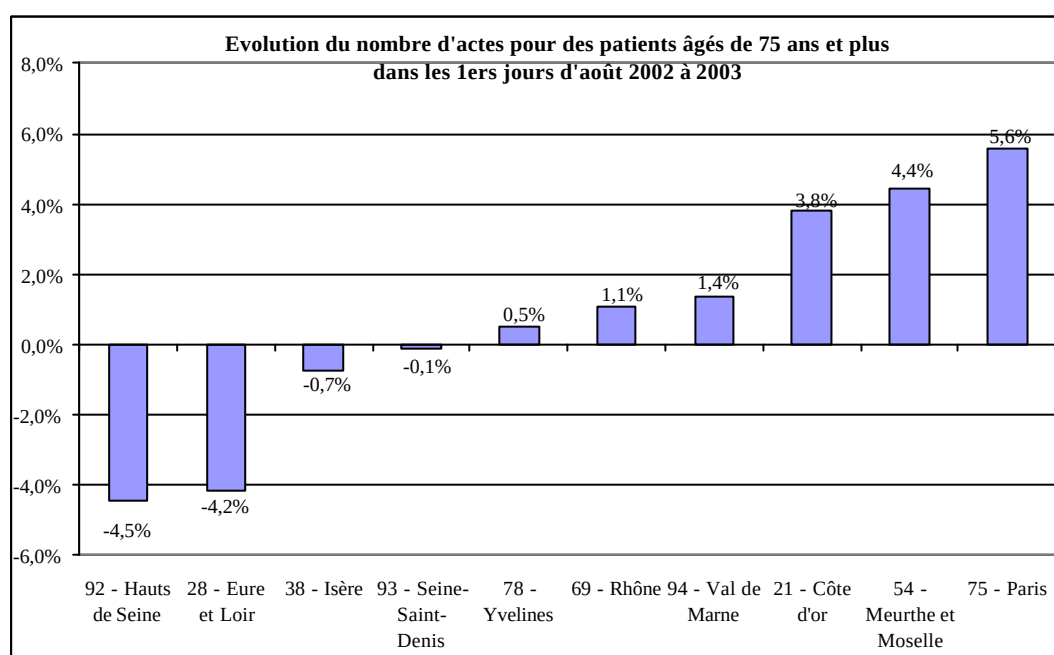
2 002	2 003	92 - Hauts de Seine	54 - Meurthe et Moselle	28 - Eure et Loir	75 - Paris	94 - Val de Marne	21 - Côte d'or	78 - Yvelines	93 - Seine-Saint-Denis	38 - Isère	69 - Rhône
vendredi 02 08 2002	vendredi 01 08 2003	4,6%	-2,4%	0,7%	7,3%	2,3%	2,6%	2,4%	7,0%	4,3%	10,2%
samedi 03 08 2002	samedi 02 08 2003	1,2%	-13,2%	7,6%	-3,3%	2,4%	-2,5%	0,0%	-1,0%	3,4%	-5,5%
dimanche 04 08 2002	dimanche 03 08 2003	8,6%	1,3%	-32,5%	1,0%	-3,2%	0,7%	-22,1%	-23,4%	6,0%	-5,1%
lundi 05 08 2002	lundi 04 08 2003	-2,3%	-4,6%	-4,7%	2,2%	-1,5%	1,6%	1,8%	2,1%	-0,6%	4,2%
mardi 06 08 2002	mardi 05 08 2003	-10,0%	-3,4%	-8,8%	-3,1%	-5,5%	-6,2%	-3,6%	-5,6%	-2,8%	-2,0%
mercredi 07 08 2002	mercredi 06 08 2003	-9,4%	-5,7%	-7,1%	-4,1%	-5,4%	-0,7%	0,7%	-2,6%	3,6%	0,0%
jeudi 08 08 2002	jeudi 07 08 2003	-14,6%	-0,5%	-2,2%	-12,6%	-6,0%	2,1%	-2,0%	-6,0%	-0,7%	1,9%
vendredi 09 08 2002	vendredi 08 08 2003	-2,8%	-0,3%	4,2%	0,3%	-1,5%	8,4%	-1,8%	2,0%	0,5%	5,9%
samedi 10 08 2002	samedi 09 08 2003	-0,6%	-2,1%	0,0%	-5,8%	3,7%	15,4%	-1,6%	-6,7%	7,2%	8,4%
dimanche 11 08 2002	dimanche 10 08 2003	-12,8%	18,7%	12,2%	-1,1%	41,0%	25,2%	-9,0%	4,7%	45,2%	22,5%
lundi 12 08 2002	lundi 11 08 2003	-3,6%	4,6%	-2,2%	-0,6%	3,5%	4,6%	6,6%	6,3%	4,5%	10,4%
mardi 13 08 2002	mardi 12 08 2003	-7,2%	0,8%	-4,6%	-3,4%	0,2%	-1,2%	7,4%	10,2%	4,9%	8,6%
mercredi 14 08 2002	mercredi 13 08 2003	6,2%	4,2%	5,2%	1,6%	6,6%	0,6%	8,4%	4,7%	2,7%	12,3%
vendredi 16 08 2002	jeudi 14 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
jeudi 15 08 2002	vendredi 15 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
samedi 17 08 2002	samedi 16 08 2003	12,0%	16,0%	7,4%	0,4%	10,5%	-1,6%	7,1%	5,1%	11,8%	18,1%
dimanche 18 08 2002	dimanche 17 08 2003	-21,3%	-16,6%	-24,6%	-0,6%	-12,3%	16,5%	-5,5%	-13,1%	-3,8%	21,5%
lundi 19 08 2002	lundi 18 08 2003	3,4%	13,3%	12,4%	1,2%	10,1%	8,6%	6,6%	10,8%	12,0%	9,3%
2-19/08/2002	1-18/08/2003	-1,4%	-0,1%	0,3%	0,3%	1,8%	2,6%	2,7%	3,0%	3,8%	7,2%

Lecture : Le nombre d'actes pour des patients âgés de 3 à 74 ans du Rhône le vendredi 1^{er} août 2003 est supérieur de 10,2 % à celui du vendredi 2 août 2002.

◆ Consultations et visites pour des patients âgés de 75 ans et plus

L'interprétation de l'augmentation de l'activité à partir de la deuxième semaine d'août qui vient spontanément à l'esprit est que les omnipraticiens, s'ils se sont peu impliqués (ou ont été peu impliqués) dans la crise sanitaire du début du mois d'août, l'ont été davantage ensuite, ne fut-ce que pour gérer, sinon les prémisses, du moins les conséquences de cette crise sur les personnes âgées.

En fait, au plan national, les actes dispensés aux personnes âgées de 75 ans et plus sont relativement stables (0,3 % d'augmentation) par rapport à la même période sur 2002. Il semble cependant que sur l'ensemble des départements étudiés, 3 départements (28, 38 et 92) aient diminué leurs actes envers les personnes âgées, 2 soient restés quasiment stables (93 et 78), les autres les ayant augmenté jusqu'à 6 % (75).



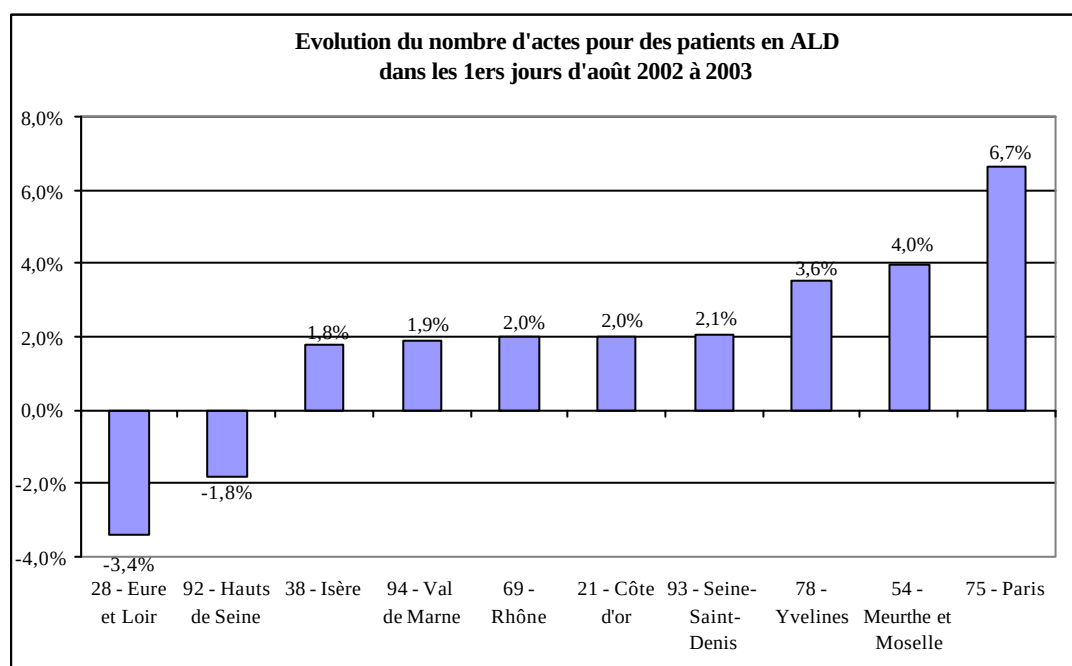
Lecture : Le nombre de consultations et visites pour des patients âgés de 75 ans et plus de Côte d'Or entre le 1^{er} et le 18 août 2003 est supérieur de 3,8 % à celui du 2 au 19 août 2002.

Evolution du nombre d'actes pour des patients âgés de 75 ans et plus sur les premiers jours d'août 2002 et 2003

2 002	2 003	92 - Hauts de Seine	28 - Eure et Loir	38 - Isère	93 - Seine- Saint-Denis	78 - Yvelines	69 - Rhône	94 - Val de Marne	21 - Côte d'or	54 - Meurthe et Moselle	75 - Paris
vendredi 02 08 2002	vendredi 01 08 2003	-7,3%	3,1%	0,1%	-7,3%	-0,3%	1,0%	-11,9%	6,1%	5,4%	-7,4%
samedi 03 08 2002	samedi 02 08 2003	-1,1%	-14,3%	-2,6%	-8,0%	-4,6%	-1,1%	-12,1%	11,7%	-14,0%	1,5%
dimanche 04 08 2002	dimanche 03 08 2003	-11,4%	-39,5%	19,3%	-1,3%	-38,5%	44,6%	5,4%	18,7%	-24,7%	6,8%
lundi 05 08 2002	lundi 04 08 2003	-2,1%	-5,3%	2,5%	-5,3%	-6,9%	-2,5%	-1,5%	5,3%	-2,7%	-5,3%
mardi 06 08 2002	mardi 05 08 2003	-19,0%	-15,0%	-6,1%	-8,8%	-5,7%	-3,6%	-5,0%	-1,7%	-4,4%	-13,7%
mercredi 07 08 2002	mercredi 06 08 2003	-9,1%	-9,9%	1,6%	-6,5%	6,3%	-1,3%	-11,0%	2,4%	4,3%	-14,1%
jeudi 08 08 2002	jeudi 07 08 2003	-18,6%	-8,3%	-4,7%	-10,6%	-6,7%	-6,1%	-8,2%	2,1%	5,3%	-9,0%
vendredi 09 08 2002	vendredi 08 08 2003	-2,8%	-4,9%	2,2%	0,9%	-6,1%	-3,1%	-6,4%	10,2%	9,9%	3,6%
samedi 10 08 2002	samedi 09 08 2003	3,5%	-3,6%	5,4%	12,2%	9,7%	11,0%	3,6%	10,8%	1,5%	18,8%
dimanche 11 08 2002	dimanche 10 08 2003	74,7%	13,9%	41,3%	25,9%	-15,3%	-0,2%	56,7%	51,4%	128,1%	62,3%
lundi 12 08 2002	lundi 11 08 2003	-9,0%	-14,4%	-6,7%	1,2%	4,7%	4,0%	10,5%	-3,2%	1,5%	15,1%
mardi 13 08 2002	mardi 12 08 2003	-3,5%	5,2%	-1,5%	8,5%	3,9%	1,2%	10,2%	2,1%	3,3%	17,1%
mercredi 14 08 2002	mercredi 13 08 2003	1,3%	-1,1%	10,6%	13,9%	9,6%	6,7%	3,5%	2,6%	12,9%	28,2%
vendredi 16 08 2002	jeudi 14 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
jeudi 15 08 2002	vendredi 15 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
samedi 17 08 2002	samedi 16 08 2003	2,2%	10,1%	2,9%	2,9%	8,3%	1,2%	27,0%	13,2%	8,7%	41,3%
dimanche 18 08 2002	dimanche 17 08 2003	-23,1%	9,6%	-15,3%	26,3%	-14,3%	-4,5%	4,0%	45,4%	12,3%	39,5%
lundi 19 08 2002	lundi 18 08 2003	0,0%	9,2%	-2,8%	3,0%	3,4%	-1,6%	14,7%	5,8%	17,9%	12,2%
2-19/08/2002	1-18/08/2003	-4,5%	-4,2%	-0,7%	-0,1%	0,5%	1,1%	1,4%	3,8%	4,4%	5,6%

Lecture : Le nombre d'actes pour des patients âgés de 75 ans et plus de Paris le vendredi 1^{er} août 2003 est inférieur de 7,4 % à celui du vendredi 2 août 2002.

♦ Consultations et visites pour des patients atteints d'une affection de longue durée



Lecture : Le nombre de consultations et visites pour des patients atteints d'une affection de longue durée des Yvelines entre le 1^{er} et le 18 août 2003 est supérieur de 3,6 % à celui du 2 au 19 août 2002.

Les actes effectués envers des patients atteints d'affection de longue durée ont augmenté de 1,4 % sur la France métropolitaine, mais ont diminué pour l'Eure-et-Loir et les Hauts-de-Seine.

Evolution du nombre d'actes pour des patients atteints d'une affection de longue durée sur les premiers jours d'août 2002 et 2003

2 002	2 003	28 - Eure et Loir	92 - Hauts de Seine	38 - Isère	94 - Val de Marne	69 - Rhône	21 - Côte d'or	93 - Seine- Saint-Denis	78 - Yvelines	54 - Meurthe et Moselle	75 - Paris
vendredi 02 08 2002	vendredi 01 08 2003	6,6%	-1,0%	2,6%	-4,3%	3,8%	8,8%	1,3%	6,0%	3,2%	8,3%
samedi 03 08 2002	samedi 02 08 2003	3,7%	2,4%	3,9%	2,7%	0,6%	8,9%	0,3%	2,7%	-9,0%	-0,4%
dimanche 04 08 2002	dimanche 03 08 2003	-37,5%	-23,9%	18,1%	23,2%	12,2%	3,5%	-9,5%	-43,3%	35,8%	2,1%
lundi 05 08 2002	lundi 04 08 2003	-2,2%	3,3%	-1,6%	0,1%	1,9%	2,3%	-0,3%	2,7%	5,4%	2,5%
mardi 06 08 2002	mardi 05 08 2003	-7,7%	-8,6%	-0,2%	-2,7%	-3,9%	-0,4%	-8,3%	-5,6%	-0,2%	-5,1%
mercredi 07 08 2002	mercredi 06 08 2003	-10,0%	-9,6%	8,3%	-6,5%	-4,1%	4,1%	-2,4%	19,2%	3,4%	-3,6%
jeudi 08 08 2002	jeudi 07 08 2003	-10,6%	-12,5%	-1,6%	-5,7%	-5,4%	6,2%	-6,4%	-0,7%	4,3%	-10,3%
vendredi 09 08 2002	vendredi 08 08 2003	2,8%	-5,7%	5,0%	-0,5%	0,7%	14,4%	0,3%	-0,4%	2,8%	5,0%
samedi 10 08 2002	samedi 09 08 2003	-7,7%	2,1%	15,2%	1,6%	11,0%	10,1%	3,2%	-0,1%	3,1%	7,4%
dimanche 11 08 2002	dimanche 10 08 2003	40,7%	49,6%	35,7%	62,0%	-6,4%	14,2%	38,2%	-9,8%	57,9%	39,2%
lundi 12 08 2002	lundi 11 08 2003	-11,7%	-1,6%	-2,1%	0,4%	1,8%	-6,6%	4,1%	2,0%	4,8%	6,7%
mardi 13 08 2002	mardi 12 08 2003	-9,2%	-8,7%	-0,4%	7,6%	-0,8%	-0,2%	10,3%	5,2%	2,1%	7,8%
mercredi 14 08 2002	mercredi 13 08 2003	-8,5%	4,6%	5,5%	4,0%	10,3%	-15,4%	7,1%	7,9%	7,9%	15,5%
vendredi 16 08 2002	jeudi 14 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
jeudi 15 08 2002	vendredi 15 08 2003	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
samedi 17 08 2002	samedi 16 08 2003	3,8%	-7,0%	3,8%	19,7%	5,1%	4,9%	3,4%	3,4%	8,0%	12,4%
dimanche 18 08 2002	dimanche 17 08 2003	-11,6%	-10,5%	-13,8%	-0,7%	-12,6%	15,3%	-4,5%	8,2%	-21,1%	26,7%
lundi 19 08 2002	lundi 18 08 2003	3,7%	5,5%	1,3%	7,7%	1,2%	1,3%	7,1%	4,4%	16,1%	11,8%
2-19/08/2002	1-18/08/2003	-3,4%	-1,8%	1,8%	1,9%	2,0%	2,0%	2,1%	3,6%	4,0%	6,7%

Lecture : Le nombre d'actes pour des patients atteints d'une affection de longue durée d'Isère le vendredi 1^{er} août 2003 est supérieur de 2,6 % à celui du vendredi 2 août 2002.

Conclusions

Ainsi, même si certains chiffres restent encore à confirmer, on peut déjà constater sur ces dix départements que :

- Sur les premières semaines d'août 2003, les omnipraticiens étaient présents dans leurs cabinets dans les mêmes proportions qu'en 2002, c'est à dire jusqu'à 80 % des effectifs. Ils ont moins travaillé qu'un mois « normal »
- Le département des Hauts de Seine est le seul à allier baisse des effectifs et baisse du nombre d'actes. Seuls les actes effectués pour les patients âgés de moins de 3 ans augmentent fortement (+ 19,1 %).
- La Seine-Saint-Denis a la plus forte baisse des effectifs (- 4,8 %), mais une forte augmentation des actes (+ 3,3 %).
- C'est dans le Rhône que l'on constate la plus forte hausse des actes (+ 7,9 %), avec des effectifs en légère baisse – 1,1 %)
- Les effectifs du Val de Marne sont ceux qui ont le plus augmenté entre les deux périodes (+ 4,3 %), les actes n'ont pourtant progressé que de 2 %.
- Paris est le seul département à avoir augmenté ses visites et a le plus fort taux d'augmentation pour les personnes âgées de 75 ans et plus ou/et en Affection de Longue Durée. Ces augmentations semblent dues à l'activité des médecins urgentistes car elles sont beaucoup moins marquées sur les généralistes.

Ce bilan provisoire est donc extrêmement mitigé. Certes, les omnipraticiens n'étaient pas plus en vacances que d'habitude au début du mois d'août 2003. Mais tout s'est passé comme s'ils n'avaient pas eu connaissance de l'ampleur de la crise sanitaire ou comme s'ils avaient été très peu sollicités durant cette crise. Il est probable que les situations d'urgence ont été identifiées tardivement et, une fois connues, traitées par d'autres canaux.

L'observatoire des professions de santé en date de soins : *un suivi de l'offre de soins et de l'activité quotidienne des professionnels de santé*

La source

Le système d'informations ERASME retrace depuis janvier 2000 l'activité quotidienne des professionnels de santé pour les ressortissants du régime général. En regard de chaque acte pratiqué, figurent les caractéristiques générales de la personne qui a bénéficié de ces soins : son sexe et son année de naissance, le taux de prise en charge de ces soins. On sait également si elle est atteinte d'une affection de longue durée.

L'âge des professionnels et le département dans lequel ils exercent leur activité sont également connus grâce au fichier national des professionnels de santé (FINPS). Dans les études publiées antérieurement par la CNAMTS, leur activité était appréciée au terme de quatre mois de remboursements, pour chacun des mois de soins examinés. Ainsi, l'activité d'août 2002 a été décrite dans le Point de conjoncture n°10 (février 2003) au travers des remboursements intervenus jusqu'au 30 novembre 2002. Le nombre de professionnels actifs est alors connu de façon quasi exhaustive.

Un professionnel est considéré comme ayant été actif un jour donné si l'assurance maladie a opéré un remboursement au moins pour des soins dispensés par lui ce jour-là. Comme il s'agit de soins remboursés par le régime général, l'activité des professionnels de santé n'est pas suivie dans son intégralité : elle est connue à 84 % en moyenne dans ce système d'informations, alors qu'elle l'est en totalité, mais avec une périodicité plus faible, au travers du SNIR-PS (Celui-ci rassemble aujourd'hui l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie et fournit des informations annuelles et globales sur l'activité libérale des professionnels de santé). Si les données extraites d'ERASME ne représentent pas toute l'activité des professionnels, elles en constituent un indicateur qui permet d'en suivre l'évolution au cours du temps de façon précise et rapide.

Les informations rassemblées

A partir d'ERASME, l'observatoire permet de suivre l'activité quotidienne d'une spécialité donnée en termes d'effectifs de professionnels actifs un jour donné, et de nombre d'actes et de coefficients réalisés ce jour-là. Les données sont disponibles par région d'exercice, sexe et tranche d'âges du professionnel de santé (<35 ans, 35-54 ans, >54 ans). Les dénombrements sont déclinés par type d'actes, selon trois tranches d'âge (variables) du bénéficiaire, et suivant que ce dernier est atteint d'une affection de longue durée (ALD) ou non.

Ce sont les consultations et les visites qui ont été suivies ici pour cette étude qui porte sur tous les omnipraticiens libéraux de France métropolitaine et sur l'ensemble des patients du régime général. Les actes techniques (actes en K essentiellement) représente une faible part de l'activité totale de ces professionnels. Elle n'a pas été étudiée ici.

Méthodologie

Cf. Point de Conjoncture N°18 pages 26 à 28. Le mois d'août 2003 est maintenant connu après deux mois de liquidation, i.e. avec les remboursements d'août et de septembre 2003.

ANNEXE 5
Synthèse des travaux réalisés par les CPAM
Relatifs à la fréquence des contacts entre les patients âgés de plus de
75 Ans et leur médecin
Direction des Statistiques et des Etudes – DEPAS CNAMTS

Introduction

Le ministre de la santé a confié à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) une mission sur la permanence des soins et la gestion des congés des médecins libéraux au cours de l'été 2003. Les membres de cette mission se sont adressés à la Direction des Statistiques et des Etudes de la CNAMTS (DSE) afin de prendre connaissance des données déjà disponibles au régime général. D'octobre à novembre 2003, la mission a fait une enquête approfondie dans dix départements, tant auprès des services de l'Etat que des conseils départementaux de l'ordre des médecins et des caisses primaires d'assurance maladie du régime général.

Les membres de la mission de l'IGAS souhaitent recueillir des informations relatives à l'organisation des astreintes et des congés des professionnels de santé libéraux d'une part, évaluer la fréquence des contacts entre les patients âgés de 75 ans ou plus et les médecins d'autre part.

La DSE de la CNAMTS a envoyé aux caisses primaires de neuf départements visités par les membres de la mission, un programme de requêtes à lancer sur leur base de données locales, afin d'évaluer la fréquence des contacts entre les patients âgés de 75 ans ou plus et les médecins, depuis le début de l'année 2003.

Il n'est malheureusement pas possible de connaître la proportion de personnes âgées qui n'ont eu aucune dépense de santé au cours d'une période donnée car les dépenses des personnes hébergées dans des maisons de retraite médicalisées ne sont pas reportées dans les fichiers individuels de l'assurance maladie¹ ; il en est de même de certains soins dispensés à domicile à ces personnes². La proportion de personnes âgées qui n'ont eu aucune dépense de santé au cours d'une période donnée est donc surévaluée si on la calcule à partir des fichiers de l'assurance maladie.

Par conséquent, l'étude a été limitée aux patients de 75 ans ou plus qui ont eu recours à des consultations ou des visites de médecins libéraux entre le 1^{er} janvier et le 31 août 2003. Les personnes décédées avant le 1^{er} août 2003 n'ont pas été prises en compte afin de ne pas fausser l'évaluation de la fréquence des contacts entre les patients et leurs médecins lors de la canicule d'août 2003.

Cette note est destinée à présenter une synthèse des résultats obtenus dans les caisses et à faire apparaître les caractéristiques des différents départements quant à la fréquence des contacts entre les patients âgés de 75 ans ou plus et leurs médecins.

¹ Ces dépenses sont comptabilisées sous forme de forfaits journaliers dans le cadre d'une dotation globale et il est impossible d'identifier les personnes qui les ont occasionnées.

² SSAD et SSIAD : services de soins à domicile et services de soins infirmiers à domicile.

I – Un indicateur de l'état de santé des patients âgés de 75 ans ou plus

Les affections dont souffre la population ne sont pas reportées dans les fichiers de l'assurance maladie (si elles donnent lieu à une exonération du ticket modérateur, elles sont connues des seuls médecins conseils). Par contre, le motif d'exonération du ticket modérateur est connu et la détermination de la proportion de personnes exonérées pour affection de longue durée (ALD) fournit un indicateur de l'état de santé de la population.

Pour l'ensemble de la population française protégée par le régime général, cette proportion est estimée à 12,2 %, elle passe à 49,6 % chez les personnes âgées de 75 ans ou plus³.

Dans les 9 départements étudiés par la mission de l'IGAS, la proportion de patients âgés de 75 ans ou plus exonérés pour ALD varie fortement, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 1
Bénéficiaires âgés de 75 ans ou plus ayant eu des consultations ou des visites de médecins
entre janvier et août 2003

Département	% de bénéficiaires exonérés pour ALD
21 Côte d'or	44.5
54 Meurthe et Moselle	46.0
92 Hauts de seine	47.5
69 Rhône	48.7
75 Paris	49.9
78 Yvelines	50.1
38 Isère	53.6
94 Val de Marne	53.9
93 Seine Saint Denis	60.4

Les départements sont classés suivant l'importance croissante des bénéficiaires exonérés pour ALD.

L'écart important de la proportion de bénéficiaires exonérés pour ALD entre les départements (de 44.5 % en Côte d'Or à 60.4 % en Seine Saint Denis) traduit une grande différence de l'état de santé des personnes âgées d'un département à l'autre, le département de Seine Saint Denis étant celui où l'état de santé de cette population semble le plus précaire.

Il convient alors d'analyser si ces différences d'état de santé se traduisent par des différences dans la fréquence des contacts entre les patients et leurs médecins.

II – La fréquence des contacts entre les patients et les médecins

II-1) Nombre de consultations et visites de médecins entre janvier et août 2003 :

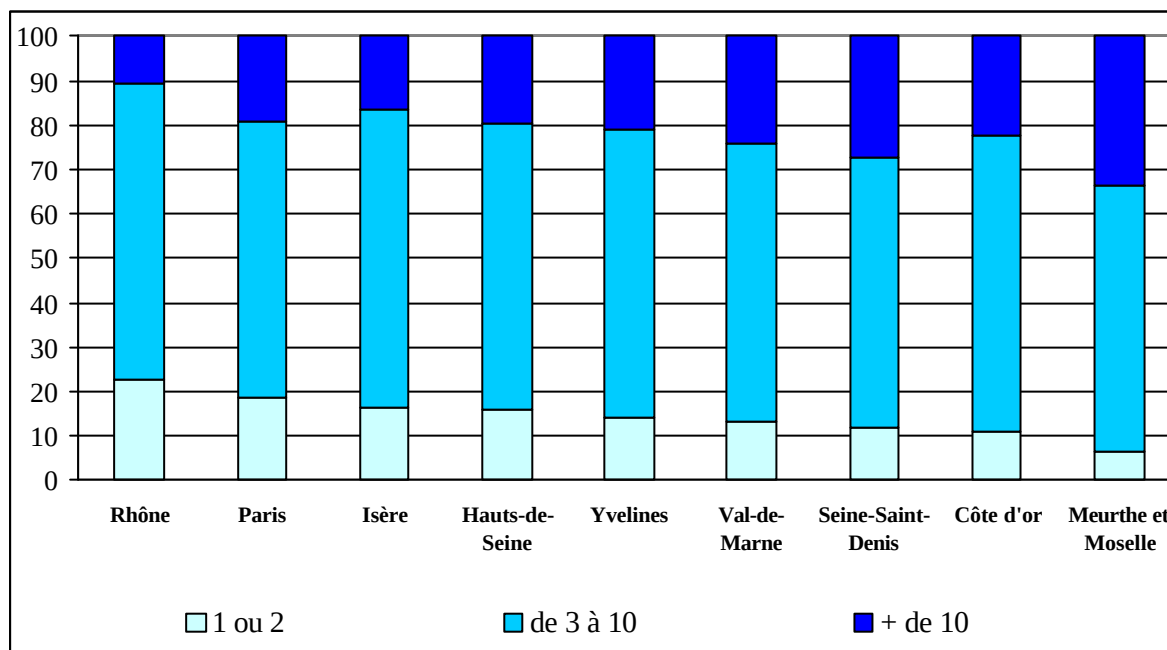
Le programme de requêtes envoyé aux caisses par la DSE permet, en premier lieu, de calculer le nombre de consultations et visites de médecins auxquelles les personnes âgées de 75 ans ou plus ont eu recours entre janvier et août 2003 (1, 2, ... 10, plus de 10). La répartition de ces

³ Source : échantillon permanent des assurés sociaux, proportions calculées pour la France métropolitaine.

personnes suivant le nombre de consultations et visites auxquelles elles ont eu recours est synthétisée sur les graphiques 1 à 3 ci-après.

Le graphique 1 fournit la répartition en pourcentage de l'ensemble de la population étudiée suivant le nombre de consultations et visites de médecins (1 ou 2, de 3 à 10, plus de 10). Les départements sont classés de la plus forte à la plus faible proportion de personnes ayant eu une ou deux consultations et visites de médecins⁴.

Graphique 1 : Répartition (%) des personnes âgées de 75 ans ou plus selon leur nombre de consultations ou visites de médecins (janvier-août 2003)



On aurait pu s'attendre à ce que, dans les départements où la proportion de bénéficiaires exonérés pour ALD est la plus faible, la proportion de patients qui n'ont eu qu'une ou deux consultations ou visites de médecins soit la plus forte. A contrario, il aurait semblé logique que là où la proportion de bénéficiaires exonérés pour ALD est la plus forte, la proportion de patients n'ayant eu qu'un ou deux actes soit la plus faible, puisqu'une personne qui souffre d'une affection de longue durée nécessite plus de soins qu'une personne qui n'en souffre pas.

En réalité, le graphique 1 permet de montrer que cet ordre n'est pas respecté. En effet, les deux départements où la proportion de patients ayant eu un ou deux actes médicaux est la plus faible sont la Meurthe et Moselle⁵ (6.4 %) et la Côte d'Or (11.1 %) ; ces deux départements sont ceux où la proportion de patients exonérés pour ALD est la plus faible.

La Seine Saint Denis n'est qu'au septième rang sur le graphique avec 11.7 % de patients ayant eu une ou deux consultations ou visites de médecins, alors que ce département compte la plus forte proportion de personnes exonérées pour ALD.

⁴ l'ordre des départements défini sur ce graphique sera conservé dans tous les graphiques présentés dans la suite de ce document.

⁵ ce département est celui où le nombre moyen estimé d'actes par personne est le plus élevé (près de 11 actes)

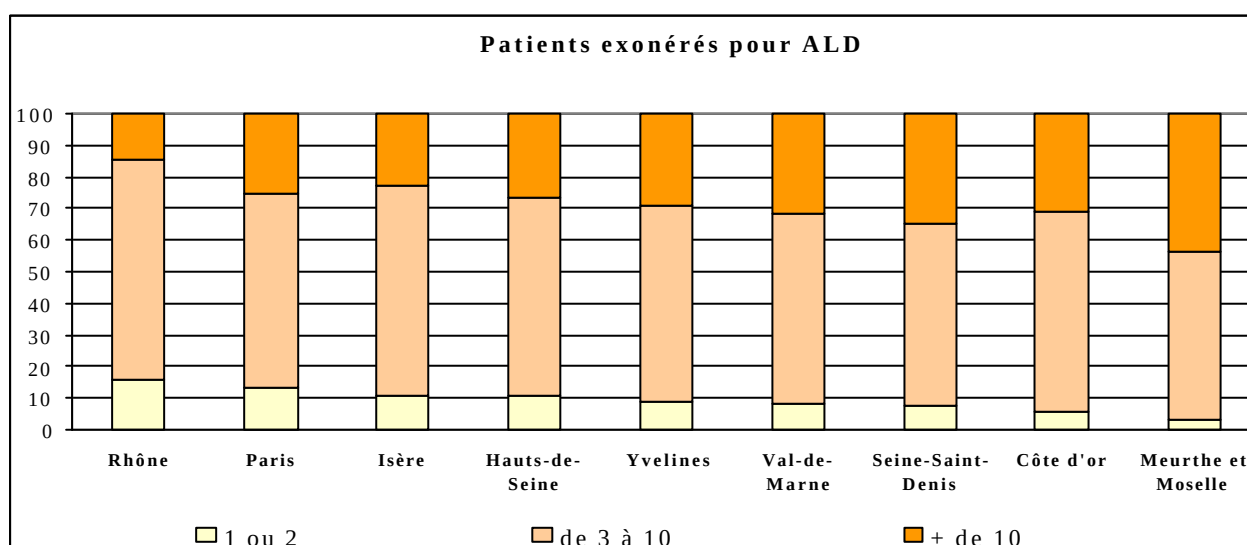
En revanche, les deux départements où la proportion de patients n'ayant eu qu'un ou deux actes est la plus forte (22.7 % dans le Rhône et 18.4 % à Paris), se situent au 4^{ème} et au 5^{ème} rang pour la proportion de patients exonérés pour ALD (Cf. tableau 1 page 2).

Il n'y a donc pas de relation directe entre l'état de santé des personnes âgées (mesuré par l'importance relative des patients exonérés pour ALD) et la fréquence des contacts entre les patients et leurs médecins. Il existe des départements où l'état de santé des personnes âgées peut être jugé satisfaisant et où la fréquence des contacts entre les patients et leurs médecins est plus élevée que dans des départements où l'état de santé des personnes âgées semble plus précaire.

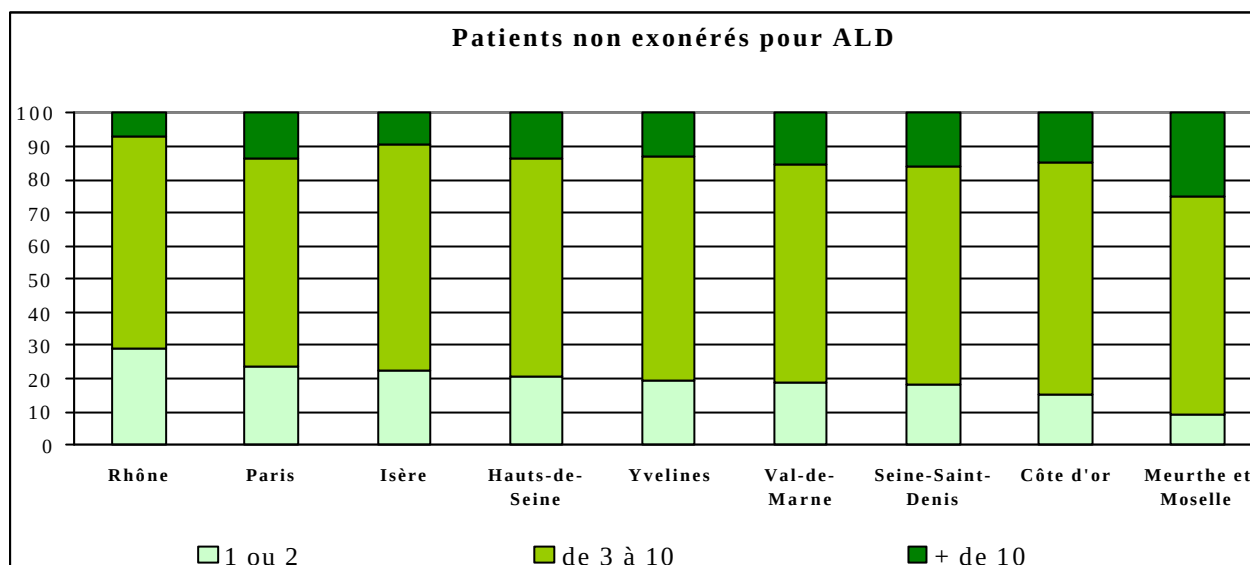
Les graphiques 2 et 3 ci-après présentent respectivement, la répartition des personnes exonérées et non exonérées pour ALD suivant le nombre de consultations et visites de médecins auxquelles elles ont eu recours entre janvier et août 2003.

Le classement des départements suivant l'importance relative des patients ayant eu un ou deux actes médicaux est pratiquement identique à celui de l'ensemble de la population. Par contre, comme l'on pouvait s'y attendre, cette proportion est nettement plus élevée chez les patients non exonérés pour ALD que chez ceux qui souffrent d'une affection de longue durée.

Graphique 2 : Répartition (%) des personnes âgées de 75 ans ou plus exonérées pour ALD selon leur nombre de consultations ou visites de médecins (janvier-août 2003)



**Graphique 3 : Répartition (%) des personnes âgées de 75 ans ou plus non exonérées pour
ALD
selon leur nombre de consultations ou visites de médecins (janvier-août 2003)**



II-2) Date de la dernière consultation ou visite de médecins entre janvier et août 2003

Les requêtes envoyées aux caisses permettaient en second lieu, de déterminer le mois de la dernière consultation ou visite de médecins des personnes âgées de 75 ans ou plus, entre janvier et août 2003.

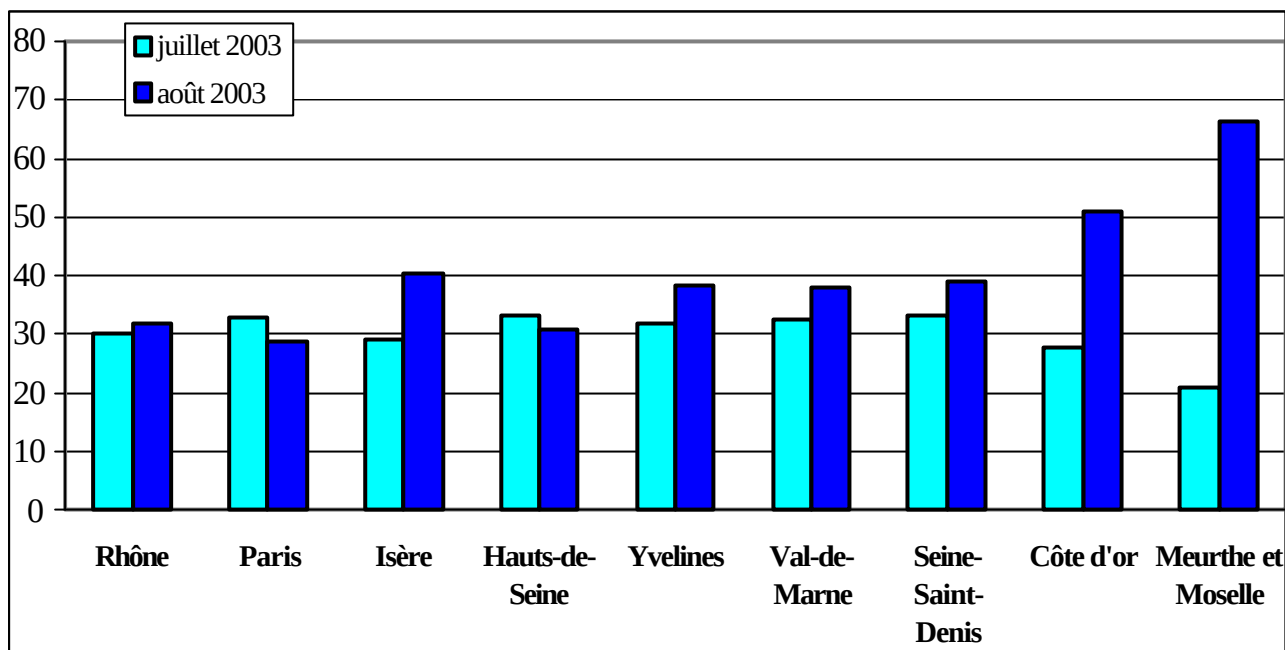
Le graphique 4 ci-après représente, pour chaque département, la proportion de personnes pour qui ce dernier acte médical a eu lieu en juillet d'une part, en août d'autre part.

Pour au moins trois personnes concernées sur cinq, le dernier acte a eu lieu en juillet ou en août⁶ 2003, ce qui est une proportion relativement élevée. Dans les cinq départements situés le plus à droite du graphique (Yvelines, Val de Marne, Seine Saint Denis, Côte d'Or, Meurthe et Moselle), la proportion correspondante augmente d'un département à l'autre (de 70.2 % dans les Yvelines à 87.3 % en Meurthe et Moselle).

Par contre, pour le seul mois d'août, la proportion de patients ayant consulté un médecin varie fortement d'un département à l'autre, elle passe de 28.9 % à Paris à 40.4 % en Isère, 50.9 % en Côte d'Or et 66.4 % en Meurthe et Moselle.

⁶ Le pourcentage cumulé sur ces deux mois est toujours supérieur à 61.5 %.

Graphique 4 : Proportion de la population âgée de 75 ans ou plus
dont le dernier acte a eu lieu en juillet ou en août 2003

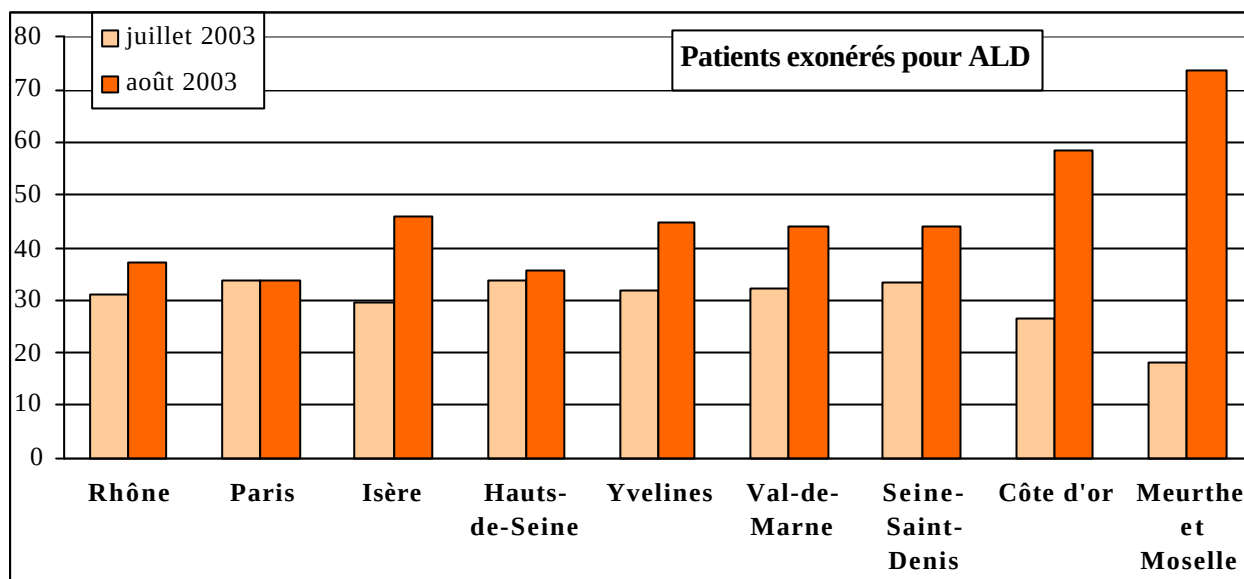


Il est possible de conclure de l'examen de ce graphique que la permanence des soins a été relativement assurée sur l'ensemble des mois de juillet et août 2003 mais qu'elle l'a été de façon très inégale sur août 2003 ; en effet, si les deux tiers des patients ont consulté un médecin en août en Côte d'Or, moins d'un tiers d'entre eux en ont consulté un à Paris, dans les Hauts de Seine et dans le Rhône. Paris et les Hauts de Seine sont en outre, les seuls départements où la part des patients pour qui la dernière consultation de médecins a eu lieu en août est inférieure à celle de juillet.

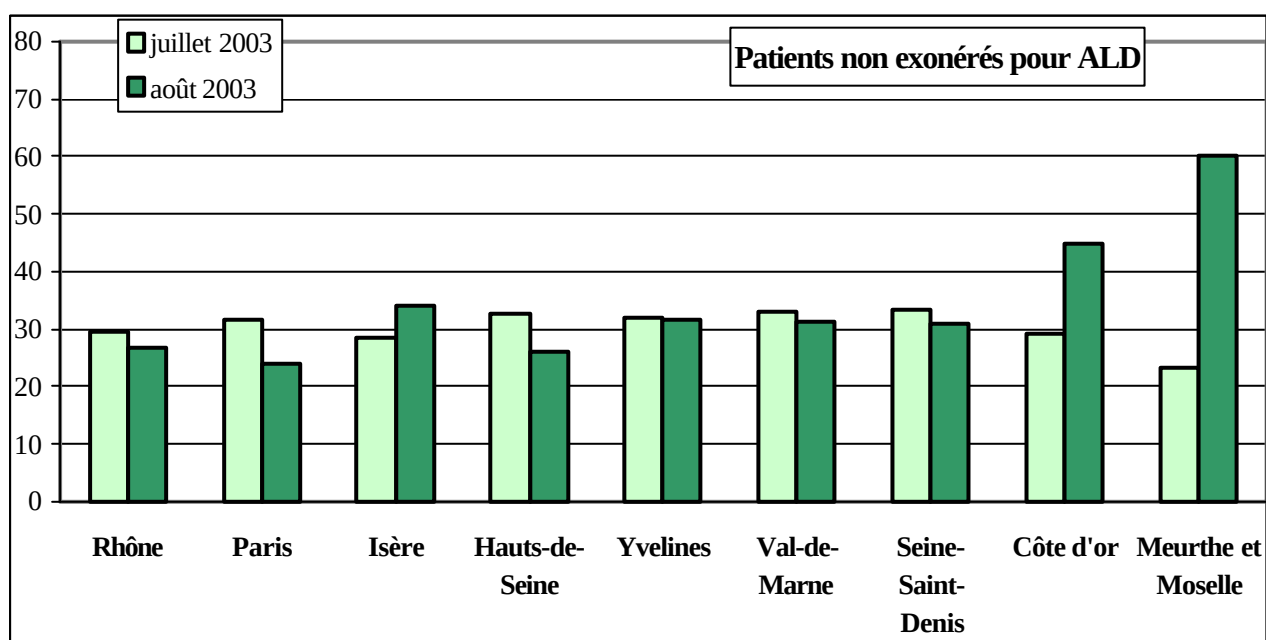
La proportion de patients pour qui la dernière consultation ou visite de médecins a eu lieu en août 2003 est toujours plus élevée chez les patients exonérés pour ALD que chez les patients non exonérés, ce qui est parfaitement logique étant donné le besoin de soins plus fréquent des patients souffrant d'une affection de longue durée.

Les départements de Paris, des Hauts de Seine et du Rhône se distinguent avec les plus faibles proportions de patients exonérés du ticket modérateur pour ALD qui ont consulté un médecin en août (moins de 40 %).

Graphique 5 : Proportion de la population âgée de 75 ans ou plus exonérée pour ALD dont le dernier acte a eu lieu en juillet ou en août 2003



Graphique 6 : Proportion de la population âgée de 75 ans ou plus non exonérée pour ALD dont le dernier acte a eu lieu en juillet ou en août 2003



II-3) Délai entre les deux dernières consultations ou visites de médecins

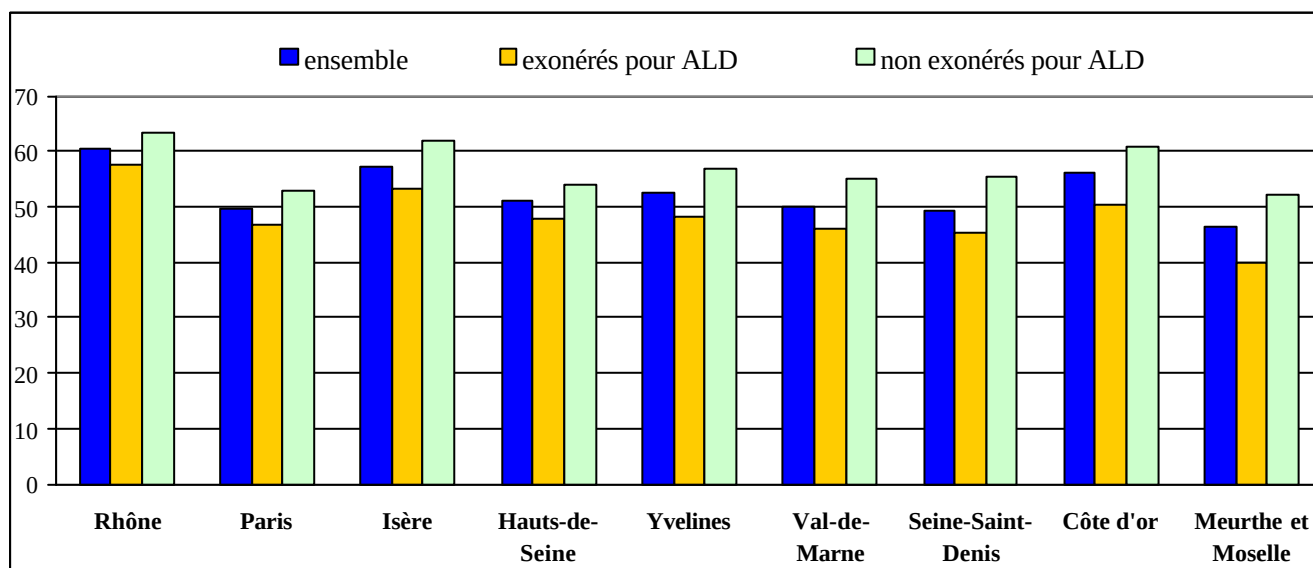
Une autre manière d'appréhender la fréquence des contacts entre les patients et leurs médecins de janvier à août 2003 est de calculer le délai entre les deux dernières consultations et visites de médecins au cours de cette période.

Le graphique 7 ci-après représente, pour chaque département, le pourcentage de patients âgés de 75 ans ou plus pour qui ce délai a été supérieur à 28 jours, en fonction de leur situation par rapport au ticket modérateur (patients exonérés pour ALD, non exonérés pour ALD, ensemble des patients).

Sur l'ensemble des 9 départements, la proportion de personnes âgées pour qui le délai entre les deux dernières consultations ou visites de médecins excède 28 jours est toujours supérieure à 46 % (valeur élevée). Cette proportion atteint 60.5 % dans le Rhône, département où les contacts entre les patients et leurs médecins sont les moins fréquents (Cf. paragraphe I-1).

La Meurthe et Moselle se distingue nettement des autres départements avec la plus faible proportion de patients exonérés pour ALD, pour qui le délai entre ces deux derniers actes est supérieur à 28 jours (39.8 %). Ce département occupe donc une place tout à fait particulière, tant au niveau de l'état de santé des personnes âgées de 75 ans ou plus (la proportion des patients exonérés du ticket modérateur pour ALD est l'une des plus faibles des 9 départements), que du nombre de contacts entre les patients et leurs médecins et de leur étalement dans le temps.

Graphique 7 : Proportion (%) de la population âgée de 75 ans ou plus pour qui le délai entre les deux dernières consultations ou visites est supérieur à 28 jours



Conclusion

L'étude de ces 9 départements fait apparaître de grandes différences entre ces unités géographiques, tant au niveau de l'état de santé des personnes âgées que de la fréquence de leurs contacts avec leurs médecins. Le cas de la Meurthe et Moselle est remarquable, avec un état de santé des personnes âgées relativement satisfaisant et la plus grande fréquence des contacts entre les patients et leurs médecins.

Il est cependant possible de dégager trois tendances générales. En premier lieu, il n'y a pas de relation directe entre l'état de santé de la population des personnes âgées et la fréquence de leurs contacts avec leurs médecins, un mauvais état de santé de la population ne se traduit pas automatiquement par une plus grande fréquence de ces contacts.

En second lieu, quel que soit le département, au moins trois personnes âgées sur cinq ont consulté un médecin en juillet ou en août 2003. Par contre, sur le seul mois d'août, la permanence des soins a été assurée de façon très inégale puisque moins d'une personne sur trois a consulté un médecin à Paris, dans les Hauts de Seine et dans le Rhône, alors que deux personnes sur trois en ont consulté un en Meurthe et Moselle. Néanmoins, cette étude ne permet pas d'analyser les cas individuels et de dégager avec précision les causes de la forte mortalité des personnes âgées au cours de l'été dernier.

Enfin, même dans les départements où les contacts entre les personnes âgées et leurs médecins sont les plus fréquents, le délai entre les deux derniers contacts est généralement élevé, puisque pour au moins 46 % d'entre elles, il est supérieur à 28 jours.

Annexe 1

Personnes âgées de 75 ans ou plus ayant eu au moins une consultation ou visite de médecins entre janvier et août 2003

Département	Effectifs			% de patients exonérés pour ALD
	Ensemble des patients	Patients exonérés pour ALD	Patients non exonérés pour ALD	
Rhône	70 761	34 444	36 317	48.7
Paris	113 815	56 812	57 003	49.9
Isère	48 594	26 067	22 527	53.6
Hauts-de-Seine	73 264	34 818	38 446	47.5
Yvelines	52 909	26 521	26 388	50.1
Val-de-Marne	55 545	29 926	25 619	53.9
Seine-Saint-Denis	53 412	32 252	21 160	60.4
Côte d'or	22 514	10 028	12 486	44.5
Meurthe et Moselle	34 365	15 815	18 550	46.0

Annexe 2

Répartition des personnes âgées de 75 ans ou plus selon leur nombre de consultations ou visites de médecins (janvier-août 2003)

a) Ensemble des patients

Nombre de C+V de médecins	Département								
	Rhône	Paris	Isère	Hauts-de-Seine	Yvelines	Val-de-Marne	Seine-Saint-Denis	Côte d'or	Meurthe et Moselle
1 ou 2	22.7	18.4	16.4	16.1	14.2	13.2	11.7	11.1	6.4
de 3 à 10	66.7	62.1	67.0	64.1	64.8	62.6	61.0	66.6	60.1
+ de 10	10.7	19.4	16.6	19.8	21.1	24.2	27.3	22.3	33.6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

b) Patients exonérés du ticket modérateur pour ALD

Nombre de C+V de médecins	Département								
	Rhône	Paris	Isère	Hauts-de-Seine	Yvelines	Val-de-Marne	Seine-Saint-Denis	Côte d'or	Meurthe et Moselle
1 ou 2	15.8	13.2	10.9	11.1	9.0	8.4	7.4	6.0	3.1
de 3 à 10	69.4	61.4	66.5	62.4	62.1	60.2	58.1	62.7	53.2
+ de 10	14.8	25.4	22.6	26.5	28.9	31.5	34.5	31.3	43.7

c) Patients non exonérés du ticket modérateur pour ALD

	Département								
Nombre de C+V de médecins	Rhône	Paris	Isère	Hauts-de-Seine	Yvelines	Val-de-Marne	Seine-Saint-Denis	Côte d'or	Meurthe et Moselle
1 ou 2	29.1	23.7	22.7	20.6	19.4	18.8	18.3	15.2	9.1
de 3 à 10	64.1	62.9	67.6	65.7	67.4	65.6	65.6	69.8	65.9
+ de 10	6.8	13.4	9.6	13.7	13.2	15.6	16.2	15.0	24.9

Annexe 3

Proportion de la population âgée de 75 ans ou plus dont le dernier acte a eu lieu en juillet ou en août 2003

	Ensemble des patients			Patients exonérés pour ALD			Patients non exonérés pour ALD		
Département	juillet 2003	août 2003	juillet + août	juillet 2003	août 2003	juillet + août	juillet 2003	août 2003	juillet + août
Rhône	30.2	31.8	62.0	30.8	37.0	67.8	29.6	26.9	56.5
Paris	32.7	28.9	61.6	33.7	33.9	67.6	31.7	23.9	55.7
Isère	29.0	40.4	69.4	29.4	45.7	75.1	28.5	34.2	62.7
Hauts-de-Seine	33.2	30.7	63.8	33.9	35.7	69.6	32.5	26.1	58.6
Yvelines	31.9	38.2	70.2	31.9	44.7	76.5	32.0	31.7	63.7
Val-de-Marne	32.6	38.1	70.7	32.2	44.0	76.2	33.0	31.3	64.3
Seine-Saint-Denis	33.2	38.9	72.1	33.2	44.0	77.2	33.3	31.1	64.3
Côte d'or	27.9	50.9	78.8	26.4	58.5	84.9	29.1	44.9	74.0
Meurthe et Moselle	20.9	66.4	87.3	17.8	73.7	91.6	23.4	60.2	83.6

Annexe 4

Proportion de la population âgée de 75 ans ou plus pour qui le délai entre les deux dernières consultations ou visites est supérieur à 28 jours

Département	Ensemble des patients	Patients exonérés pour ALD	Patients non exonérés pour ALD
Rhône	60.5	57.7	63.4
Paris	49.6	46.6	52.9
Isère	57.1	53.4	61.7
Hauts-de-Seine	51.0	47.9	54.0
Yvelines	52.5	48.2	57.0
Val-de-Marne	50.0	46.0	54.9
Seine-Saint-Denis	49.2	45.2	55.5
Côte d'or	56.1	50.3	60.8
Meurthe et Moselle	46.3	39.8	52.0

ANNEXE 6
L'activité pendant la canicule des associations de médecins assurant
des visites à domicile 24 h. sur 24
Résultats des enquêtes départementales

Côte d'Or (21)

L'accroissement de l'activité de SOS Médecins Dijon a été importante pendant le mois d'août 2003 par rapport à août 2002. Au total en août 2003, SOS médecins Dijon a réalisé 1461 visites, contre 1117 en août 2002, soit une progression d'activité de plus de 30 % (à noter que le nombre de visites effectuées en août 2001 était proche de celui de 2002, à savoir 1066). Certaines journées ont été particulièrement difficiles, notamment le 9 août avec un total de 99 visites, soit un doublement d'activité par rapport aux deux années antérieures. SOS médecins Dijon a indiqué à la mission qu'entre le 9 et le 18 août, il y a eu quatre ou cinq journées où le standard a été débordé et a dû arrêter de prendre des appels. La fièvre a représenté le principal motif d'appel (22,5 % des appels). Au total, SOS Médecins Dijon estime que 50 à 100 appels ont dû être différés pendant la semaine du 8 au 15 août 2003. Certains patients se sont ensuite plaints auprès de SOS car il n'avaient pu obtenir de visites. Ces difficultés se sont produites alors même que l'association a mobilisé les médecins d'astreinte. Paradoxalement, l'autre association SOS 21 n'a pas enregistré d'augmentation d'activité notable sur la période. Seul un accroissement des appels provenant des maisons de retraite à partir de la fin août 2003 a été noté.

Isère (38)

Deux structures alternatives existent dans l'Isère :

- SOS médecins où travaillent douze médecins et quatre standardistes ainsi que trois médecins temporaires en hiver, sur la majeure partie de l'agglomération Grenobloise (environ 400 000 habitants) . Cette association a effectué 2116 visites en juillet 2003 (67 appels provenant d'une maison de retraite et 131 du SAMU) et 2462 en août 2003 (128 appels provenant d'une maison de retraite et 107 du SAMU) contre 1853 en août 2002. Le centre 15 oriente les appels vers les cabinets libéraux et non vers SOS médecins ;
- la Société Mobile d'Urgence Médicale «(24 heures sur 24/Médecins)», société d'exercice libéral à responsabilité limitée de création récente regroupant six médecins dont les quatre gérants, travaillant dans un rayon de 20 à 30 kilomètres autour de Bourgoin-Jallieu (80 à 90 000 habitants). Elle assure en plus des visites à domiciles urgentes, une permanence en cabinet de médecine de soins non programmés 7 jours sur 7 de 9 heures à 20 heures.

Meurthe et Moselle (54)

SOS médecins est implanté dans le département depuis 1999. Il est composé de sept associés, l'effectif de médecins intervenant à SOS est de 17 (10 remplaçants dont 8 sont de futurs associés)

La zone géographique couverte est celle du grand Nancy et qui concernera une population de 300 000 habitants au 1^{er} décembre.

L'activité était de 15 374 visites en 2002 (elle atteindra 18 000 visites en 2003). Elle est en hausse constante. En moyenne SOS assure entre 200 et 250 visites par week-end.

L'évolution de l'activité entre 2002 et 2003 a été la suivante pendant de juin à septembre :

Evolution de l'activité de SOS médecins Nancy de 2002 à 2003 (*)

Mois	2002	2003
Juillet	986	1343
Août	1051	1537
Septembre	1232	1365

(*) L'aire d'intervention de SOS médecins Nancy a été étendu entre 2002 et 2003.

SOS médecins assure la couverture de la permanence des gardes sur 4 secteurs nancéens.

Ils se déplace à la demande du SAMU ou des patients directement.

L'activité est concentrée sur la nuit et les week-ends (3 médecins présents de 20h à 24h puis 2 après minuit, 4 médecins disponibles le samedi, 5 le dimanche).

La gestion de la période de canicule s'est traduite par un accroissement important d'activité :

- multiplication par trois des appels pour décès ;
- augmentation de 50 % de l'activité, mais il faut tenir compte de la forte montée en charge de SOS ;
- leur plus grosse clientèle est traditionnellement constituée des personnes âgées et des enfants en bas âge et l'évolution de leur activité n'a donc pas conduit à une alerte particulière ;
- le nombre des appels en provenance des maisons de retraite est resté dans l'ensemble faible.

SOS considère qu'il a pu faire face aux appels car il augmente son effectif présent l'été. Il n'y a pas eu de saturation du standard (qui assure la gestion des appels de huit SOS médecins dans toute la France). Les difficultés principales de cette période selon SOS renvoyaient au problème du transport des malades.

Rhône (69)

SOS médecins Lyon, qui fait partie de la fédération nationale, existe depuis 1974. L'association comprend 37 médecins à temps plein. Elle travaille 24h/24, sur appels à son standard, mais également sur demande de « médecins honoraires », c'est-à-dire de médecins de ville qui désirent que SOS assure leur remplacement ainsi que pour ceux qui mettent leur numéro sur leur répondeur (tous ceux de la Courly). 116 médecins ont ainsi demandé à SOS d'assurer leur remplacement, moyennant une cotisation de 220 euros auprès de SOS médecins.

SOS fait le tiers payant pour la CMU et les ALD. Pour les patients qui bénéficient du tiers payant, SOS ne pratique jamais de dépassement d'honoraires, quel que soit le motif de l'appel.

L'activité de SOS a évolué de la façon suivante :

Activité 2001 : 74 208 interventions (en année pleine).

Activité 2003 : activité en baisse tous les mois jusqu'en juillet (on est passé de 6937 affaires traitées en janvier à 5167 en juillet) avec une remontée en août (5335 affaires traitées) confirmée en septembre (5787 affaires traitées). En 2002, août a été le mois le plus bas (4865) et septembre se caractérise par un nombre d'appels supérieur à juillet (5520).

Comparativement, en affaires traitées de janvier à septembre, on enregistre les évolutions suivantes :

- en 2002 : 51.723
- en 2003 : 54.253

SOS a travaillé avec le SAMU à l'élaboration d'un référentiel commun : quand et pourquoi telle structure doit intervenir ? Les standardistes se rencontrent 2 fois par an, notamment pour fournir une même réponse à une même question. Ainsi le centre 15 prend les coordonnées des patients qu'il renvoie vers SOS de même que, pour les cas lourds, SOS renvoie vers le SAMU sans que le patient n'ait à appeler une seconde fois.

De plus, un médecin ou un étudiant en médecine participent au fonctionnement du standard de SOS. Les médecins de SOS ne participent pas à la régulation du Centre 15.

Les médecins de SOS travaillent aussi avec des maisons de retraite ; ils passeront avec elles une convention pour garantir le paiement de l'acte.

Les délais de « décroche » s'allongent au grand dam des appelants. Cet été l'attente était de 10 à 15 minutes. SOS indique ne pas arriver à trouver tous les financements nécessaires. Malgré l'avis favorable du CODAMU, le FASQV a refusé d'y participer.

Résultats statistiques pour le mois d'août :

Nombre d'appels	2002	2003
reçus au standard	5389	5926
attribués	5046	5493
traités	4865	5335

En provenance des résidences et maisons de retraite, pour des soins :

- 2002 : 216 appels avec des pics les 4, 16, 17, 20 et 24 août (maximum le 16 août avec 16 appels.)
- 2003 : 382 appels

L'augmentation des appels a été enregistrée dès le 2 août avec 15 appels, puis on constate un bond très important le 9 (27 appels), avec le maximum le 13 août (29 appels).

Pour la période du 09 au 15 août : 25 appels /j en moyenne, et du 09 au 17 août : 22 appels/j

Appels pour des décès :

- 2002 : 49
- 2003 : 175

Paris (75)

Sur Paris, trois associations de médecins se partagent la permanence des soins, sans que l'action de ces trois associations soit coordonnée sous la forme d'un tableau départemental de garde. Deux des associations sont des sociétés civiles de moyens qui rassemblent des médecins ayant un mode d'exercice exclusif par visites. Une troisième association regroupe des médecins généralistes installés.

SOS Médecins est la plus grosse de ces associations. Créée en 1967, elle regroupe 153 médecins généralistes qui assurent une réponse 7j/7 et 24h/24.

SOS médecins fonctionne comme un cabinet libéral principal, avec un contrat d'exercice est passé avec tous les médecins. 30 % des médecins ont une capacité en urgence. Beaucoup exercent une activité salariée parallèle, notamment dans des services d'urgence (Ambroise Paré, St Michel, SAMU pédiatrique, SAMU 77, SAMU Garches...).

Le tableau de garde est établi tous les deux mois sur la base du volontariat.

Les tranches horaires sont établies différemment pour l'été et l'hiver

- pour l'été quatre tranches horaires

7-13h / 13-19 h / 18-0h / 19-7h

- en hiver, s'ajoutent deux plages horaires

17-21 h / 21-3h

En plus de ces plages horaires, il y a des médecins d'astreinte qui peuvent intervenir en cas de surcroît d'activité.

SOS médecins intervient à la fois sur Paris (150 000 visites/an en moyenne) et sur les trois départements de la petite couronne (avec respectivement 50 000 visites/an en moyenne pour chacun des trois départements : Hauts-de-Seine, Seine-saint-Denis et Val de Marne).

Urgences médicales de Paris (UMP) est également une association d'une taille importante. Créée en 1982, elle regroupe 35 médecins associés auxquels s'adjoignent 5 ou 6 jeunes médecins. Elle reçoit en moyenne 130 000 appels par an, aboutissant à 85 000 visites essentiellement sur Paris (les interventions en petite couronne sont très minoritaires, elles représentent 3 à 4 % de l'activité). Elle fonctionne 24h/24 et 7j/7.

Le standard téléphonique, en sus des standardistes médicaux spécialisés, bénéficie en permanence d'un médecin régulateur. En moyenne, pendant les soirées, 10 à 11 médecins font des visites. La nuit (entre 2 et 6 heures du matin), 4 ou 5 médecins travaillent en même temps. Il peut y avoir des pics d'activité importants ; par exemple un dimanche d'hiver, jusqu'à 20 médecins peuvent travailler en même temps.

L'UMP est également médecin correspondant de l'AP-HP pour l'HAD, membre du réseau « quiétude » (soins palliatifs gérée par Gustave Roussy). Elle reçoit environ 27 000 demandes de visites par an du SAMU.

Depuis que la législation sur les certificats de décès a changé à Paris (1^{er} janvier 2001), l'UMP prend en charge la rédaction de certificats de décès. En moyenne, elle établit 40 certificats de décès par mois.

Après une hausse continue de l'activité (10 % par an en moyenne), l'association a vu son nombre d'interventions baisser en 2002 de 7 % dans le cadre de l'accord sur le bon usage de la visite. Depuis, l'activité semble se stabiliser.

Une part importante de la clientèle de l'UMP est fournie par des médecins installés qui renvoient leur répondant vers eux pendant les périodes de fermeture des cabinets, les soirs, week-ends surtout. Pour les congés, cela arrive moins souvent car les médecins libéraux se renvoient souvent entre eux leurs appels.

La Garde médicale de Paris (GMP) est la troisième association à intervenir sur Paris. Elle a deux points communs avec les autres associations, dans la mesure où elle fonctionne 24h/24 et 7j/7 et où elle assure des visites à domicile. En revanche, elle ne regroupe que des médecins généralistes installés, contrairement aux deux autres structures. Entre 70 et 80 médecins généralistes participent à des tours de garde dans le cadre de cette association, mais le nombre de généralistes y participant ne cesse de décliner.

L'activité de la GMP est de ce fait également sur une tendance de baisse structurelle. En 2002, la GMP avait réalisé 20 000 visites environ. Quand la GMP n'arrive pas à répondre aux appels, ils ont renvoyés vers les UMP.

Tous les trois mois, les médecins se réunissent pour établir le tour de garde. Paris est divisé en neuf secteurs et le tableau de garde est établi 24h/24.

L'association est financée par le reversement de 15 % des honoraires des chaque médecin, ces sommes servant principalement à payer le standard téléphonique. Il n'y a pas de régulation médicale des appels. L'association avait présenté une demande au FAQSV pour médicaliser le standard mais elle a été refusée.

Les statistiques d'activité de ces associations font apparaître que deux sur les trois ont été plus fortement sollicitées en août 2003 qu'en août 2002 :

- Urgences médicales de paris : 2 505 visites en août 2002 ; 3001 visites en août 2003, soit une progression globale de 20 %, concentrée sur les nourrissons (hausse de 35 % pour les visites d'enfants de 0 à 3 ans) et les personnes âgées (hausse de 40 % des visites pour les patients de plus de 70 ans)
- SOS Médecins : 17 166 visites du 28 juillet 2002 au 19 août 2002 ; 17 595 visites du 28 juillet 2003 au 19 août 2003, soit une progression légère de 2,5 %. En revanche, sur la même période, le nombre de visites pour les personnes âgées de 75 ans et plus est passée de 2 032 en 2002 à 3 069 en 2003 soit une progression de 51 %.

Par ailleurs, l'UMP a dispensé des conseils pratiques auprès des maisons de retraite :

- interdiction de toute prescription de neuroleptique, quel que soit le motif ;
- en cas d'insuffisance cardiaque traitée par diurétiques, augmentation de l'apport en eau mais maintien de la posologie des diurétiques.

Les gardes médicales de Paris ont sur l'ensemble du mois d'août 2003 une activité légèrement inférieure à celle du mois d'août 2001 (1 326 visites en août 2003 contre 1486 visites en août 2002, soit une baisse d'activité de 11 %). Cette baisse s'inscrit dans un mouvement tendanciel, la baisse d'activité entre août 2002 et août 2001 est également de 11,5 % (1 680 visites en août 2001). Le président de l'association a déclaré avoir appelé le standard de l'association a plusieurs reprises de son lieu de vacances, qui lui a déclaré qu'il n'y avait de besoin de médecins supplémentaires.

Les deux associations SOS médecins et UMP rencontrées par la mission ont déclaré avoir mobilisé sur certaines journées des médecins d'astreinte prévus en réserve. Les deux ont également indiqué qu'elles avaient dû faire de la régulation médicale, en établissant des priorités et en générant un temps d'attente plus important que d'habitude pour les patients moins urgents, ce qui a été rendu possible par la présence de régulateurs médicaux au sein de ces deux structures. L'une comme l'autre déclarent qu'avec ces moyens complémentaires, elles ont pu faire face à la situation.

Yvelines (78)

SOS Médecins Yvelines existe depuis 1984. Il fonctionne sur deux aires géographiques. Il ne dessert qu'une partie du département (le Sud Ouest essentiellement rural n'est pas couvert) :

- Mantes-Les Mureaux avec cinq généralistes associés ;
- secteur de Conflans, avec 24 médecins.

Neuf personnes sont employées au standard téléphonique .

L'activité qui est de 70.000 visites/an a progressé jusqu'en 2002 (diminution depuis l'AcBus « visites »). Elle est concentrée le matin et en soirée. 5% des appels proviennent du centre 15.

L'organisation du travail est laissée à l'initiative de chaque médecin, l'hiver chaque médecin travaille le week-end (l'été un week-end sur deux).

La charge de travail est importante. SOS médecins est amené parfois à refuser des visites. Le temps d'intervention s'allonge, il était de 35 minutes en moyenne en 1999 et est passé à 45 minutes en moyenne. Lors d'épidémies de grippe par exemple, ce temps peut être de deux heures. Sont signalés des problèmes d'insécurité (trois agressions) qui conduisent à ne plus se rendre dans certains endroits.

Pendant la phase de canicule, l'activité a été légèrement plus élevée qu'en août 2002.

Nombre d'interventions mensuelles assurées par SOS 78

Années	AOÛT 2002	AOUT 2003
SOS OUEST	713	700
SOS EST	3218	3476
TOTAL	3931	4176

Nombre d'interventions journalières de SOS médecins 78, second et troisième week-end d'août, comparaisons 2003/2002, ensemble des secteurs confondus¹

JOURS	Nombre d'interventions 2002	Nombre d'interventions 2003
Second week-end d'août		
Samedi	160	155
Dimanche	132	174
Troisième week-end d'août		
jeudi	158	102
vendredi	112	228
samedi	143	203
dimanche	169	216

Par contre une forte augmentation des décès a été constatée et SOS a été mobilisé pour la signature de certificats de décès. A souligner que la reprise des certificats de décès par réquisition par un service médico-judiciaire à Versailles a fait baisser le chiffre d'affaires du secteur Mantes.

Hauts-de-Seine (92)

SOS médecins 92 a vu son activité augmenter mais déclare avoir été en mesure de répondre à cette hausse d'activité. C'est une société civile de moyens qui regroupe 35 médecins associés et dispose d'un standard téléphonique employant 13 salariés, SOS 92 a reçu 83 000 appels en 2001 (pour 74 600 visites effectuées), 76 000 appels en 2002 (pour 68 600 visites effectuées) et devrait recevoir 80 000 appels en 2003. En temps normal, une grande partie de l'activité concerne la pédiatrie (50 % environ) ; au mois d'août traditionnellement, la part de la gériatrie est en revanche dominante. SOS 92 reçoit des appels du centre 15 et est capable de répondre rapidement (moins de 20 minutes) pour les cas d'urgence du type douleur thoracique. Les gardes sont organisées en quatre tranches horaires de 6 heures chacune. 40 % des appels sont reçus le week-end, 30 % le soir et 30 % pendant la journée. Les pics d'appels se situent entre 19 et 23 heures. Le planning est établi deux mois à l'avance sur la base de l'activité constatée les trois années précédentes.

Pendant la canicule de cet été, les statistiques font apparaître un accroissement significatif de l'activité, notamment pendant la seconde semaine d'août :

¹ En 2002 le 15 août était un jeudi et un vendredi en 2003.

	Nombre d'appels
10 août 2002	184 appels
10 août 2003	239 appels
11 août 2002	163 appels
11 août 2003	211 appels

Soit + 30 % d'activité le 10 août 2003 et + 29,4 % d'activité le 11 août 2003.

Toutefois, il existe un système d'astreintes qui a permis de répondre correctement à cet accroissement de la demande. Un courriel a aussi été adressé à l'ensemble des confrères pour faire appel au volontariat. En revanche, il n'y a eu aucun contact particulier avec la DDASS pendant cette période.

Seine-saint-Denis (93)

En Seine-saint-Denis, SOS Paris intervient et assure environ 50 000 visites par an dans le département.

Une autre association est présente, créée à l'initiative des médecins libéraux et associée au fonctionnement du centre 15 : le Service Urgence Médicale (SUR). Le SUR est une société civile de moyens comprenant une quinzaine de médecins libéraux intervenant par visites à domicile sur la base d'une régulation par le CRRA commun au SAMU (centre 15). Il est financé depuis 1998 par l'ensemble de la profession médicale et non plus par le syndicat Union 93. Par convention signée le 20 mars 1981, le SAMU s'engage à assurer une régulation téléphonique 24 heures sur 24 à la fois par des médecins du SUR et du SAMU. La partie privée de cette régulation est administrée par un médecin directeur. Une association FOREUM est chargée de la formation des permanenciers et régulateurs privés. Le SUR assure entre 42 et 43 000 visites par an soit 3000 actes par médecin et par an. Il a de très grosses difficultés pour recruter des médecins acceptant de travailler en Seine-Saint-Denis, la nuit et les week-ends. La plupart des médecins ont au moins 10 ans d'ancienneté.

Le SUR a indiqué qu'en août, il a travaillé avec 7 médecins comme l'année précédente à pareille époque, qu'il y a eu 20 % d'appels en plus en 2003, mais l'activité n'a progressé que de trois pour cent dans la mesure où il n'avait pas les effectifs suffisants pour la couvrir.

ANNEXE 7

Réponse de la direction de la police urbaine de proximité (préfecture de police de paris) au questionnaire de la mission relatif à l'établissement des certificats de décès pendant la canicule

Cette annexe reproduit les réponses écrites apportées à l'Inspection générale des affaires sociales par la Direction de la Police urbaine de proximité.

Il convient de rappeler que la mission des services de police n'est pas « d'établir des certificats de décès » mais de diligenter, selon les diverses hypothèses, soit des procédures judiciaires soit des opérations de police administrative consécutives aux décès. En conséquence la mention de « procédure de certificats de décès » semble devoir être remplacée par des termes plus en adéquation avec la réalité de la mission.

1 – MODALITES HABITUELLES DES INTERVENTIONS DES SERVICES DE POLICE CONSECUTIVES AUX DECES

Il convient de mentionner que dans tous les cas de figure cités infra, les corps des personnes décédées sont acheminés vers l'Institut médico-légal. Le transport est généralement effectué par les Services Funéraires de la Ville de Paris requis à cette fin dans le cadre d'une convention. Il peut arriver exceptionnellement que le transport soit opéré dans un véhicule de police notamment en cas de corps découverts sur la voie publique ou dans le métro.

Trois cas de figure doivent être envisagés.

11 – DECES MANIFESTEMENT CONSECUTIFS A UNE INFRACTION PENALE (Crime ou délit).

Ex : Homicide volontaire ou involontaire, accident de la circulation ou du travail etc...

Dans cette hypothèse, une procédure pénale est diligentée sous l'autorité du procureur de la République ou sur commission rogatoire du juge d'instruction. Le magistrat ordonne généralement une autopsie (exceptionnellement un examen externe pour les cas simples comme il est dit au § suivant).

12 – DECES DE CAUSE INCONNUE OU SUSPECTE SANS TOUTEFOIS QUE LE CARACTERE CRIMINEL OU DELICTUEL SOIT MANIFESTE (Ex : suicide, accident fortuit, cause inconnue sans que les constatations laissent présager un crime ou un délit ou décès sur la voie publique ou dans un lieu public).

Il est établie une procédure judiciaire dite « d'enquête décès » conformément à l'article 74 du C P P. Au vu du compte – rendu qui lui est fait par l'O P J, le Procureur décide de faire procéder soit à une autopsie soit à un examen médical externe. Cet acte est effectué à l'I M L par un médecin désigné par l'O P J sur une liste de praticiens agréés par le Parquet Il n'est jamais fait appel à des médecins libéraux. dans ces deux cas d'espèce.

13 – LES ENVOIS DE CORPS A L'INSTITUT MEDICO – LEGAL PAR MESURE D'HYGIENE OU DE DECENCE.

Il s'agit d'une procédure particulière à la Préfecture de Police mise en œuvre dans le cas suivant. :

- intervention des services de police pour constater un décès de nature incontestablement naturelle hors voie publique ou lieu ouvert au public.
- impossibilité de faire procéder aux obsèques de la manière habituelle en raison de l'absence de toute famille sur place ou lorsque l'exiguïté des lieux, l'état du corps, les conditions atmosphériques rendent impossible le maintien du corps sur place.

Dans cette hypothèse, un médecin requis doit procéder sur place à un examen du défunt et établir le certificat médical habituel en vue de délivrance du permis d'inhumer. (N'importe quel médecin peut être requis dans ce cas et les services de police s'adressent à tout médecin de ville disponible).

NB : le choix du médecin est généralement dicté par la rapidité de son intervention l'enlèvement rapide du corps représentant une priorité absolue dans ce contexte.

Après délivrance du dit certificat attestant que le décès ne pose aucun problème médico – légal l'officier de police judiciaire fait transporter le corps à l'I M L par les Services Funéraires de la Ville de Paris.

L'officier de Police judiciaire établit alors un rapport adressé au Procureur de la République qui délivre le permis d'inhumer compte tenu du caractère spécifique de l'I M L.

2 – CADRE JURIDIQUE DE L'INTERVENTION DES MEDECINS

21 – ENQUETES JUDICIAIRES.

Dans les cas cités aux paragraphes 11 et 12 l'officier de police judiciaire établit, pour effectuer les examens externes, une réquisition visant, selon les cas d'espèce, soit l'article 53 du C P P (crime ou délit flagrant) soit l'article 74 du C P P.. (Pour mémoire les réquisitions aux fins d'autopsie relèvent de la compétence exclusive Parquet).

22 – MESURES D'HYGIENE OU DE DECENCE.

Le médecin intervenant sur ce type d'intervention le fait dans le cadre d'une constatation normale d'un décès en vue de délivrer le permis d'inhumer. Il n'est pas délivré de réquisition particulière.

3 – REMUNERATION

31 – ENQUETES JUDICIAIRES

Le médecin ayant procédé à l'examen externe est rétribué par le T G I sur le budget des frais de justice selon le barème prévu à cette fin. A la transmission de la procédure au Parquet, l'O P J établit un mémoire de frais au nom du médecin qui est ensuite réglé directement par la régie du T G I. (Lors de la période de canicule les médecins ayant procédé à des examens de

corps reposant hors de l'I M L dans des sites situés hors les limites de la ville de Paris se sont vus défrayés leurs indemnités kilométriques de déplacement).

32 – MESURES D'HYGIENE OU DE DECENCE.

Le médecin est rémunéré de la même manière que lorsqu'il est appelé à constater un décès dans le cadre de la mission d'état-civil.

4 – L'ANCIENNE PROCEDURE DES MEDECINS DITS « D'ETAT – CIVIL »

Il a longtemps existé à Paris (l'abrogation date de 1996) des médecins dits « d'état civil », désignés par les services municipaux d'état – civil, et qui étaient seuls habilités à établir les certificats médicaux préalables à la délivrance du permis d'inhumer. Ces praticiens, étaient adressés aux familles par les mairies lors des déclarations de décès ou intervenaient à la demande des services de police à l'occasion des procédures d'envois de corps par hygiène et de décence.

Ce dispositif était particulièrement disponible, une permanence des médecins étant organisée par les services de la Ville.

La décision de supprimer ce service a été prise unilatéralement par la ville de Paris, la Préfecture de Police ayant émis des réserves sur cette mesure. En effet cette institution permettait une très bonne disponibilité des médecins et, compte tenu de leur statut et de leur compétence limitait largement les dérives.

Le système actuel, appel à tout médecin disponible, ne pose pas de problème particulier quant à son fonctionnement en période normale. Il a en revanche montré ses limites lors de la période de canicule.

5 - PROBLEMES RENCONTRES PENDANT LA PERIODE CANICULAIRE.

Il convient de souligner qu'en période normale, la moyenne d'interventions des services de police sur l'ensemble de la capitale est estimée, toutes causes confondues, à 10/jour. Cette activité ne pose, en temps normal aucune difficulté particulière tant sur le plan de l'activité des services de police que des médecins d'autant que le nombre d'envois par mesure d'hygiène ou de décence nécessitant le transport d'un médecin sur place est très réduit en période normale (mois d'une opération/jour en moyenne).

Il faut également mentionner qu'en tous temps, et plus particulièrement lors de cette période qui a vu une augmentation forte du nombre des décès, les éléments statistiques ne peuvent être obtenus en temps réel mais nécessitent un certain recul rendu indispensable par les délais d'intervention, d'envoi des corps et d'analyse des procédures mises en œuvre.

51 – WEEK – END DU 8 AU 10 AOUT.

Le nombre global des opérations au cours de cette période de trois jours a été de **31**, la journée la plus importante étant le dimanche 10 août avec 12 interventions.

On voit donc que les chiffres sont tout à fait conformes aux données moyennes et n'ont donc suscité aucune attention particulière.

52 – PERIODE DU 11 AU 20 AOUT 2003.

Un pic brutal du nombre d'interventions s'est produit au cours de cette période. de dix jours puisque **437** interventions ont eu lieu au cours de cette période.

Dans des conditions normales, on peut estimer que leur nombre eût été de **100** environ.

Cette massification a été encore plus sensible pour les envois à l'I M L par mesure d'hygiène et de décence, la seule procédure impliquant les médecins libéraux puisque le nombre effectif de ces opérations a été, pour la période considérée de **182** soit **41 %** du total alors qu'il est de l'ordre de **10 %** au maximum en période normale.

53 – DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES SERVICES DE POLICE.

Le chiffre très important de mesures d'envois de corps à l'I M L par mesure d'hygiène et de décence effectivement réalisées (182) montre qu'au cours de cette période et alors que de nombreux médecins étaient absents de Paris pour congés, la médecine de ville sollicitée par les services de police a répondu au maximum de ses capacités.

Toutefois cette procédure aurait pu être utilisée encore plus largement dans la mesure où les circonstances de fait ont mis en évidence que la très grande majorité des interventions, (personnes âgées retrouvées décédées à domicile sans élément suspect), ne nécessitait pas de procédure judiciaire plus lourde que la mesure d'hygiène et de décence.

Il est néanmoins avéré que dans un nombre limité de cas, qui ne peut être comptabilisé avec précision, les officiers de police judiciaire ont dû, alors qu'une mesure d'hygiène et de décence était envisageable, ouvrir une procédure d'enquête décès selon les formes de l'article 74 du Code de Procédure Pénale en raison de l'impossibilité de disposer dans les délais utiles du certificat médical nécessaire.

Il s'agit des cas qui ont pu survenir, notamment en dehors des heures ouvrables, où les O P J n'ont pu faire intervenir un médecin dans les délais souhaités qui, pour des raisons liées aux impératifs de transport de corps et d'hygiène, ne peuvent excéder deux ou trois heures au maximum. **Il doit être mentionné qu'il n'a pas été porté à la connaissance de la Direction de la Police Urbaine de Proximité de cas de refus d'un médecin de se transporter pour procéder à un examen de défunt. En revanche, il est arrivé que les médecins sollicités conditionnaient leur intervention à des délais d'attente trop longs amenant les O P J à renoncer à leur venue et à changer de cadre procédural.**

Enfin, il s'est produit plusieurs cas où le médecin, venu sur place, a refusé de rédiger le certificat médical compte tenu de l'état du corps et du fait que, généralement il ne connaissait pas les antécédents médicaux du défunt.

Il convient de souligner que jamais une situation comparable n'avait été soumise aux services de la Préfecture de Police. Aucun pic de décès de cette importance n'avait été constaté et les opérations consécutives aux décès ont toujours pu, avant cette période critique, être diligentées dans des conditions normales.

ANNEXE 8
Lettre adressée par le Conseil national de l'ordre des médecins
à la mission sur les gardes et urgences

Madame Christine DANIEL
Madame le Dr Thérèse ROQUEL
Messieurs Jean-Claude CUENAT
et Roland OLLIVIER
Inspecteurs généraux des affaires sociales
de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)
Ministère des affaires sociales
du travail et de la solidarité
25-27, rue d'Assolant
75008 PARIS

Paris, le 1^{er} décembre 2003

Nos références à rappeler
sur tout échange de correspondance
JJ.K.F./Jd/Exercice professionnel
D 03 335 001
Contact M. JORNET - 01.53.89.32.71

Objet : Gardes et urgences

Mesdames les inspectrices,
Messieurs les inspecteurs,

Vous nous avez demandé lors de notre entretien du 19 novembre 2003 confirmation des indications que nous vous donnions au sujet de la réponse des médecins libéraux aux urgences engendrés par le phénomène climatique du mois d'août.

Sur 95 départements que nous avons interrogés, suite aux demandes de renseignements du Dr LALANDE, 85 nous ont répondu qu'ils n'avaient rencontré aucun problème de permanence des soins spécifique à cette période.

10 départements ont une réaction plus nuancée, signalant des incidents mineurs et récurrents de complétude des tableaux de garde ; ces incidents ont tous été rapidement traités et n'ont eu en tout état de cause aucun effet dommageable sur la santé publique.

En conclusion nous pouvons affirmer que d'une manière générale sur le territoire français l'activité médicale libérale s'est déroulée de la même manière que l'an dernier à la même période avec toutefois quelques difficultés liées aux incertitudes sur les modalités nouvelles d'organisation de la permanence des soins.

Ces difficultés n'ont eu aucune incidence sur la réponse de la médecine libérale aux demandes de soins d'urgence.

Veuillez agréer, Mesdames les inspectrices, Messieurs les inspecteurs, l'expression de ma considération distinguée.



Docteur Jean-Jacques KENNEL
Secrétaire général adjoint

ANNEXE 9

**Extraits de l'enquête du réseau Sentinelles sur les conséquences sanitaires
liées à la canicule de l'été 2003 en France, 30 novembre 2003**

Résumé de l'étude

L'analyse, effectuée au réseau Sentinelles, de cet épisode de canicule à propos de l'été 2003 et du nombre exceptionnel de décès qui lui ont été attribués est de deux ordres :

- En premier lieu, la série chronologique initiée en 1997 à l'occasion d'un travail de recherche de l'unité 444 portant sur le recours à l'hospitalisation quel qu'en soit le motif par le médecin généraliste, fournit une expérience pour mettre en place, dès 2004, des indicateurs d'alerte vis-à-vis des conséquences sanitaires attribuables à la canicule en milieu communautaire. Ces indicateurs se décomposent en un premier seuil d'alerte, non spécifique, portant sur « l'incidence » des hospitalisations initiée par le médecin généraliste extrapolé au niveau national, avec une méthodologie très analogue à celle de la grippe ou des gastro-entérites, c'est-à-dire en se référant au modèle épidémique. Un indicateur plus spécifique sera activé durant l'été, et recherchera la proportion des motifs de recours à l'hospitalisation attribuables à une vague de chaleur (essentiellement la déshydratation et l'hyperthermie chez les plus de 65 ans). Lorsque cette proportion dépassera un seuil de 10%, l'alerte sera donnée.
- En second lieu, les médecins généralistes libéraux qui initient environ 10% des hospitalisations en France ont été absents de façon inégale, et certains ont été très présents, comme le rapport Lalande l'avait d'ailleurs noté. Ainsi, les médecins généralistes Sentinelles ont rapporté, au cours de notre enquête menée au début du mois de septembre 2003 portant sur l'ensemble du mois d'août, 101 décès attribuables à la canicule chez leurs patients (24 à domicile, 27 en maison de retraite, et 50 à l'hôpital), et ont pu décrire l'histoire clinique individuelle de 91 d'entre eux (90%). Si les 590 médecins Sentinelles contactés pour cette enquête que nous avons menée en septembre 2003 sur ces questions étaient représentatifs des 60 000 médecins généralistes français, et si l'on accepte l'hypothèse maximale que ceux qui n'ont pas répondu à cette enquête n'avaient pas eu connaissance, dans leur clientèle, de décès attribuables à la canicule (hypothèse qu'il ne nous a pas été possible de vérifier pour des raisons d'anonymat de la forme du questionnaire), alors on peut estimer que les médecins généralistes auraient eu connaissance d'au moins 10 000 des 15 000 décès attribuables à la canicule de cet été, dont près de la moitié serait survenue au cours de leur hospitalisation (49%), 27% en maison de retraite, et 24% à leur domicile. Les patients décédés à leur domicile étaient plutôt moins âgés que ceux décédés en maison de retraite ou à l'hôpital (en moyenne 77, 86, et 83 ans respectivement, $P < 0,05$).

Contexte de la recherche

(....)

Nous présentons dans cette section les principaux résultats de cette surveillance Sentinelles, concernant le problème spécifique des conséquences sanitaires liées à la canicule et les éléments comparatifs dont nous disposons depuis 1997 (figures 1 et 2, et tableau 1). L'analyse de la série temporelle, considérée à l'unité 444 comme encore trop courte pour permettre la mise en place d'un système d'alerte précoce fiable en routine. Le réseau Sentinelles proposera à partir du printemps 2004 plusieurs seuils d'alerte reposant sur un modèle de régression périodique. Il s'agit de seuils non spécifiques des conséquences sanitaires de la canicule, mais indiquant un excès d'hospitalisation pour la saison, excès qu'il conviendra d'investiguer éventuellement. Il est aussi possible de regrouper les données par saison (Figure 2a) et d'observer une recrudescence des hospitalisations par les généralistes (tous motifs confondus) durant l'été 2003 par rapport à l'hiver précédent ($P=0,05$), différence non significative les années précédentes. On observe même un niveau particulièrement bas des hospitalisations au cours de l'été 2002 que nous n'avons pas encore rapproché de données météorologiques. L'âge moyen des patients hospitalisés était plus élevé durant l'été 2003 que durant l'hiver précédent (65 vs 63 ans $p=0,05$) ce qui n'était pas le cas durant l'été 2002 comparativement à l'hiver précédent (62 vs 61 $p=0,43$), ni les années précédentes (en 2000, respectivement 61 vs 61, NS ; en 1999 60 vs 6, NS ; 60 vs 5, NS ; en 1998 60 vs 60, NS), Figure 2c.

Parmi les cas rapportés, les motifs de recours ont été classés en causes pouvant relever des conséquences de la canicule chez les personnes de 65 ans et plus (Figure 2b et Tableau 1).

L'analyse univariée que nous avons effectuée indique que seuls deux motifs étaient plus fréquemment rapportés durant la période estivale 2003 par rapport à l'hiver précédent, il s'agit de la déshydratation (6,1% vs 1,3 ; Odds-Ratio (OR)= 5,1 IC 95% =[1,9-13,7]) et de l'hyperthermie (1,8% vs 0,25% ; OR = 7,4 IC 95 % [0,9-61,5]). Le modèle de régression logistique utilisant l'indicateur combiné suivant (« hyperthermie » et/ou « déshydratation » et/ou « fièvre » et/ou « chaleur » et/ou « canicule ») fournit l'approximation du risque relatif suivante : OR =4,6 IC 95% = [2,3-9,5], pour des valeurs du pourcentage des recours en été 2003 pour ces motifs de 10,7% contre 2,5% durant l'hiver précédent. Pour les hospitalisations demandées par les généralistes durant l'été 2003, tous âges confondus, l'OR associé à cet indicateur composite est de 3,25, IC 95% = [1,9-5,6]. En comparaison avec l'été 2000, les causes d'hospitalisation possiblement liées à la canicule ont été plus fréquentes en 2003 (respectivement 19%, vs 24% $P = 0,02$). Nous suggérons de cette étude la mise en place d'un indicateur de surveillance des conséquences sanitaires des vagues de chaleur durant l'été basé sur les motifs relatifs à l'hyperthermie ou la déshydratation (incluant des libellés en texte libre comme « chaleur » ou « canicule), analysés chaque semaine, à partir des recours aux hospitalisations rapportés par les médecins généralistes du réseau Sentinelles durant les périodes estivales. Nous avons appliqué cet indicateur aux périodes estivales des années précédentes, d'abord en le validant sur les données saisonnières, puis de façon opérationnelle en dressant la série chronologique du pourcentage cumulé de ces deux motifs de recours (déshydratation ou hyperthermie) sur une base hebdomadaire (Tableau 1b). Nous suggérons d'appliquer un seuil pragmatique d'alerte. Lorsque le pourcentage d'hospitalisations pour les motifs de recours suivants : « fièvre » et/ou « hyperthermie » et/ou « chaleur » et/ou « déshydratation » et/ou « canicule » rapportés ainsi par les médecins Sentinelles dépasse la valeur de 10% alors il y aura lieu d'alerter les autorités de santé des conséquences potentielles de la canicule sur le plan sanitaire (Figure 1b). Nous proposons en fait d'utiliser séquentiellement d'abord l'indicateur précédent (Figure 1a), celui reposant sur la régression périodique (selon une méthodologie voisine de celle utilisée pour la grippe) et appliquée aux

données d'hospitalisations (tous motifs de recours confondus) : lorsque le seuil épidémique sera franchi, si l'indicateur canicule est également franchi (pourcentage des motifs associés supérieur à 10%), alors les autorités chargées de la veille sanitaire en seront immédiatement informées et les actions appropriées éventuellement entreprises. En dehors du problème relatif à la canicule, l'indicateur d'hospitalisation toutes causes confondues sera surveillé à partir de 2004 de façon permanente et continue et permettra le déclenchement d'alertes non spécifiques restant à valider.

La base de données du réseau Sentinelles, permet, lorsque l'on étudie la série chronologique des recours à l'hospitalisation de remarquer un excès d'hospitalisation durant les périodes estivales, particulièrement dans les tranches d'âge de plus de 65 ans (sauf en 2002). Cette recrudescence a été particulièrement marquée durant l'été 2003. La série ayant été initiée en 1997 était jugée trop courte jusqu'en 2004 pour permettre une surveillance hebdomadaire, mais malgré son imprécision et les précautions qu'imposeront les alertes éventuellement générées à partir de ces données, une modélisation par régression périodique permettra dans un proche avenir de détecter des augmentations « épidémiques » d'hospitalisations qu'il conviendra de notifier comme les autres événements détectés par le réseau Sentinelles. De plus, l'étude des motifs de ces recours à l'hospitalisation fait apparaître que les hyperthermies et la déshydratation sont les deux motifs significativement plus fréquemment rapportés par les médecins Sentinelles durant l'été 2003 (sous des libellés parfois un peu différents). Il est donc possible de proposer un indicateur plus spécifique que le précédent (et complémentaire à ce dernier), basé sur un pourcentage d'hospitalisation pour ces motifs rapporté à l'ensemble des motifs de recours des généralistes Sentinelles et qui, au-dessus de 10%, permettra aux autorités de santé de suspecter des conséquences possibles d'une vague de chaleur sur le plan sanitaire. Il conviendra à ces dernières de valider ces alertes sur le terrain ou par d'autres indicateurs indépendants.
(...)

Enquête sur la canicule du mois d'août 2003 menée auprès des médecins Sentinelles de France métropolitaine

Méthodologie de l'enquête réalisée auprès des médecins du réseau Sentinelles

Le 11 septembre 2003, un questionnaire électronique sur les conséquences de la canicule a été adressé aux 497 des 1203 médecins généralistes libéraux du réseau Sentinelles pour lesquels nous avions les adresses e-mail (Annexe I). Le questionnaire a également été mis en ligne sur le site du réseau Sentinelles (<http://www.u444.jussieu.fr/sentiweb>) du 15/09/2003 au 21/09/2003 inclus. Durant cette période 150 connexions sécurisées de médecins Sentinelles ont été dénombrées sur le serveur provenant de 93 médecins. Ainsi, au maximum 590 médecins Sentinelles ont eu accès à ce questionnaire. (...)

Au total, 202 médecins ont répondu au questionnaire (31%).

Hospitalisation

172 hospitalisations considérées par les médecins comme étant en rapport avec la canicule ont été rapportées par 78 des 202 médecins durant la période du 1er août au 31 août. 124 médecins répondant à l'enquête ne rapportent aucune hospitalisation de patients durant cette période (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition du nombre d'hospitalisations liées à la canicule rapportées par les médecins généralistes libéraux du réseau Sentinelles en août 2003

Nombre d'hospitalisations (n)	Nombre de médecins ayant hospitalisé n patients
10	2
9	1
7	2
6	2
5	1
4	4
3	7
2	16
1	43
0	124

Selon leur médecin traitant, 50 patients sur les 172 patients hospitalisés pour un motif considéré comme lié à la canicule sont décédés en cours d'hospitalisation (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition du nombre de décès durant les hospitalisations liées à la canicule rapportées par les médecins généralistes libéraux du réseau Sentinelles en août 2003

Nombre (n) de décès en cours d'hospitalisation	Nombre de médecins rapportant n décès
5	1
4	1
3	2
2	5
1	25
0	168

On dispose des caractéristiques de 48 patients décédés en cours d'hospitalisation (voir annexe 3).

Les patients décédés étaient plus souvent des femmes (67 %), l'âge moyen de ces patients était de 83 ans +/-13 (minimum 50 ans, maximum 106 ans)

Maisons de retraite

Sur les 202 médecins répondants, 171 (85%) ont déclaré suivre des patients en maison de retraite. 27 décès liés à la canicule ont été rapportés parmi les patients suivis en maison de retraite, 23 ont été décrits individuellement (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition du nombre de décès liés à la canicule en maison de retraite rapportés par les médecins généralistes libéraux du réseau Sentinelles en août 2003

Nombre (n) de décès en maison de retraite	Nombre de médecins rapportant n décès
0	150
1	19
2	1
6	1
27	171

Décès constatés au domicile du patient

Les 202 médecins répondant ont déclaré avoir constaté 24 décès à domicile (tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des décès liés à la canicule constatés à domicile par les médecins généralistes libéraux du réseau Sentinelles en août 2003

Nombre (n) de décès à domicile	Nombre de médecins rapportant n décès
0	184
1	10
2	5
4	1

70% des 21 patients décédés et décrits étaient des femmes, l'âge moyen de ces patients était de 77 ans +/-12 (58 ans – 97 ans), voir annexe 3.

(...)

Au total, à propos du versant quantitatif de cette enquête

Les médecins généralistes libéraux qui initient environ 10% des hospitalisations en France ont été absents de façon inégale en août 2003, et certains ont été très présents, comme le rapport Lalande l'avait d'ailleurs noté. Ainsi, les médecins généralistes Sentinelles ont rapporté, au cours de notre enquête menée au début du mois de septembre 2003 portant sur l'ensemble du mois d'août, 101 décès attribuables à la canicule chez leurs patients (24 à domicile, 27 en maison de retraite, et 50 à l'hôpital), et ont pu décrire l'histoire clinique individuelle de 91 d'entre eux (90%). Si les 590 médecins Sentinelles contactés pour cette enquête que nous

avons menée en septembre 2003 sur ces questions étaient représentatifs des 60 000 médecins généralistes français, et si l'on accepte l'hypothèse maximale que ceux qui n'ont pas répondu à cette enquête n'avaient pas eu connaissance, dans leur clientèle, de décès attribuables à la canicule (hypothèse qu'il ne nous a pas été possible de vérifier pour des raisons d'anonymat de la forme du questionnaire), alors on peut estimer que les médecins généralistes auraient eu connaissance d'au moins 10 000 des 15 000 décès attribuables à la canicule de cet été, dont près de la moitié serait survenue au cours de leur hospitalisation (49%), 27% en maison de retraite, et 24% à leur domicile. Les patients décédés à leur domicile étaient plutôt moins âgés que ceux décédés en maison de retraite ou à l'hôpital (en moyenne 77, 86, et 83 ans respectivement, $P < 0,05$).

ANNEXE 10
Cartographie réalisée par IMS sur la prescription de solutés massifs
par la médecine de ville entre mai et septembre 20003

Evolution (en %) des ventes de soluté de perfusion en pharmacie de ville de juin à septembre 2003
--

Source :ims

Légende des cartes ci-après :

Gris pointillé clair : variation inférieure à 20 %

Gris moyen : variation comprise entre 20 % (inclus) et 50 % (par valeur inférieure)

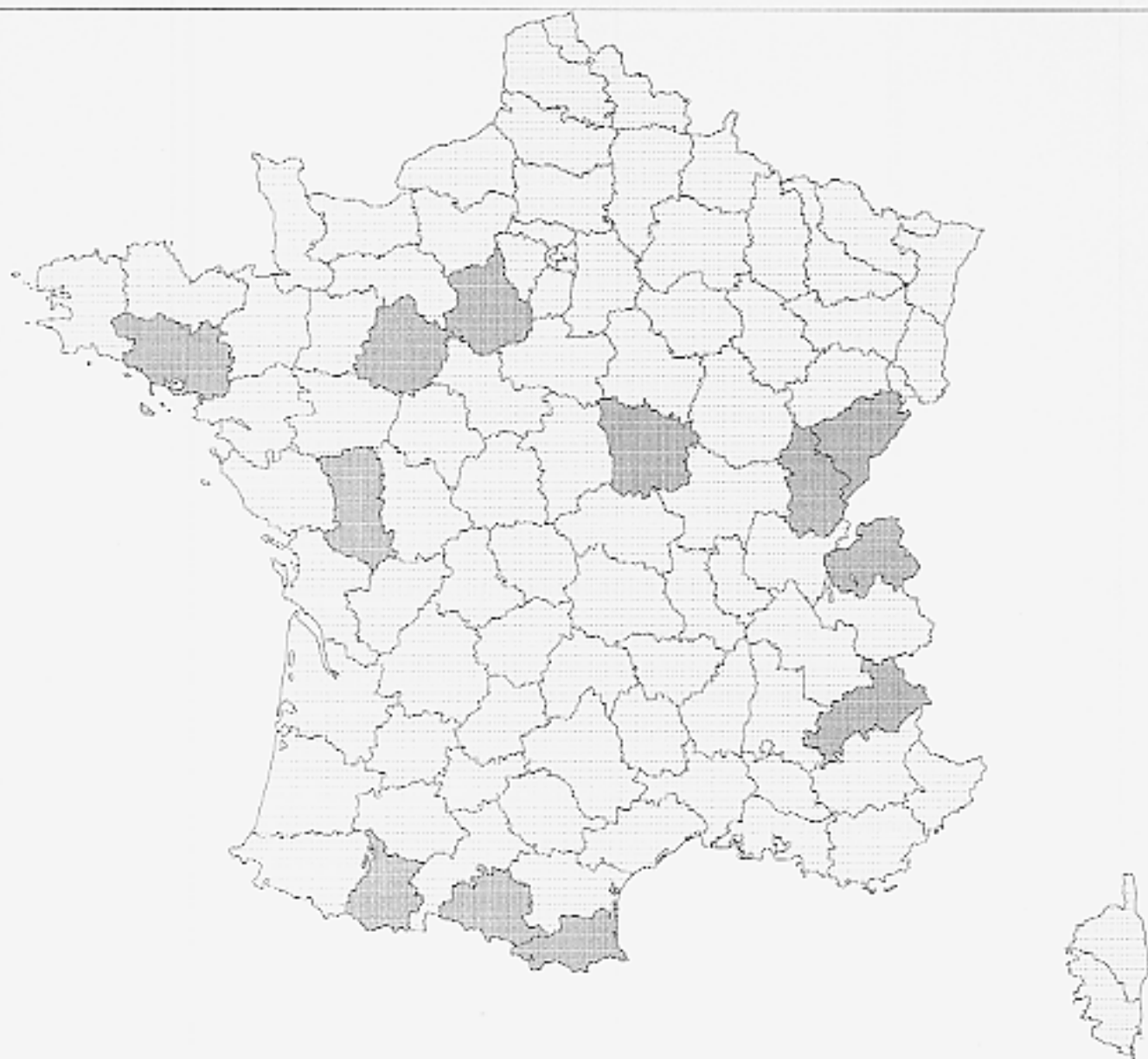
Gris foncé : variation supérieure à 50 % inclus.

**Répartition du nombre de départements par mois et par tranche de taux de variation,
de mai à septembre 2003**

	septembre			
Variations	mai 2003	juin 2003	juillet 2003	août 2003
<20 %	84	51	22	5
de 20 % à 50 %(<)	12	41	50	27
Plus de 50 %	0	4	24	64

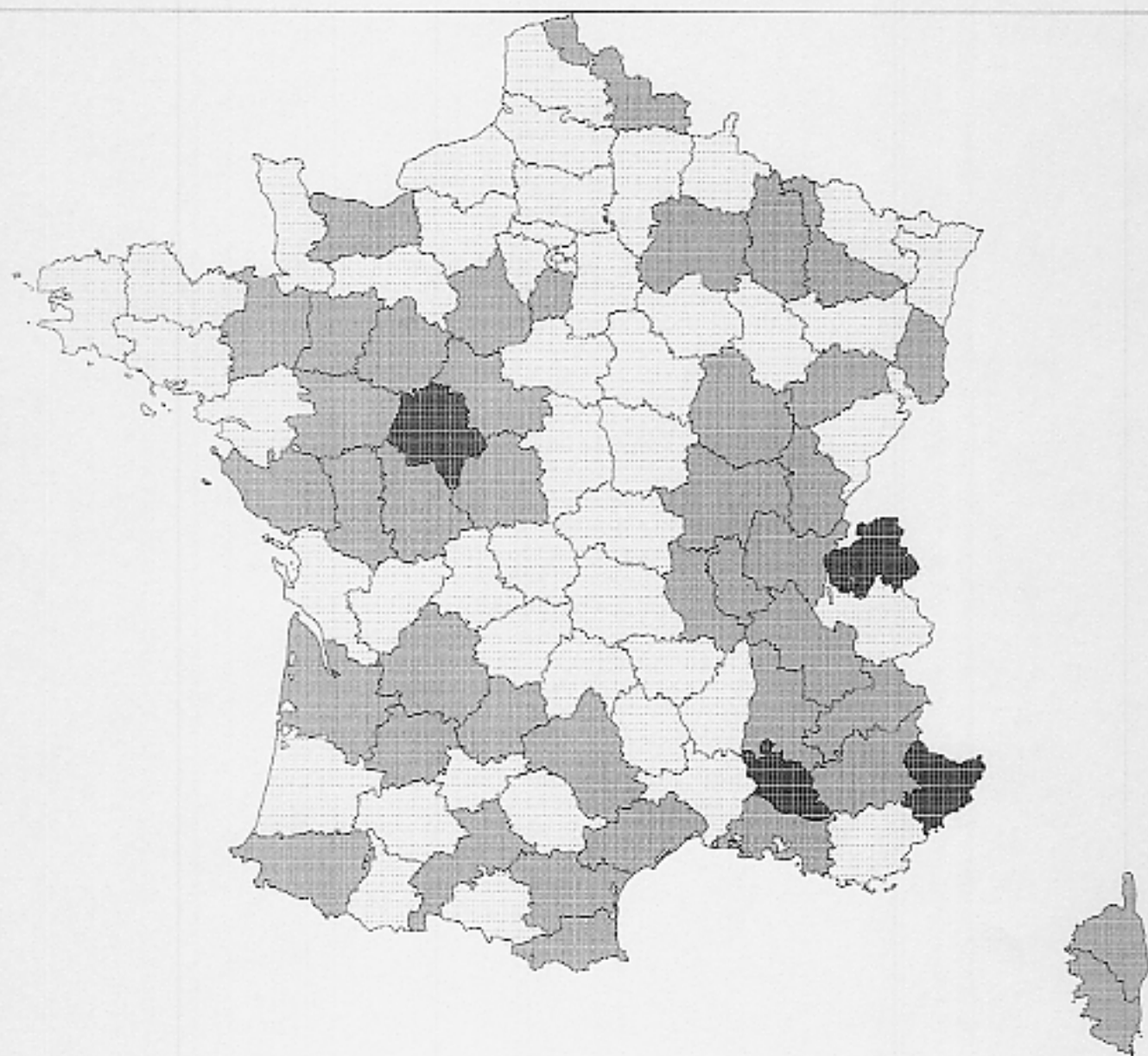
NB : en août, **29 départements** ont vu les ventes plus que doubler (augmentation > 100%).

Mai 2003



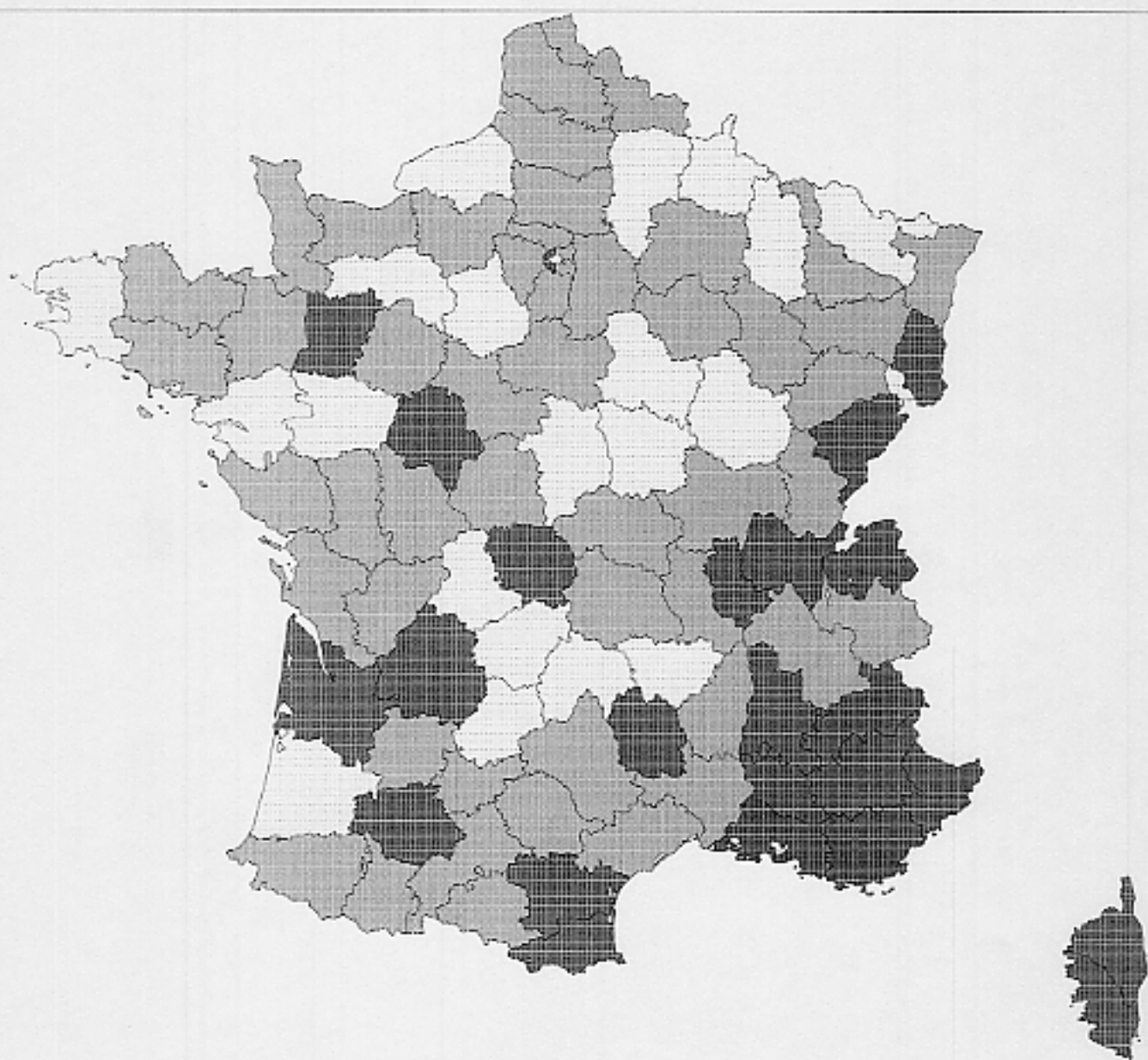
ims

Juin 2003



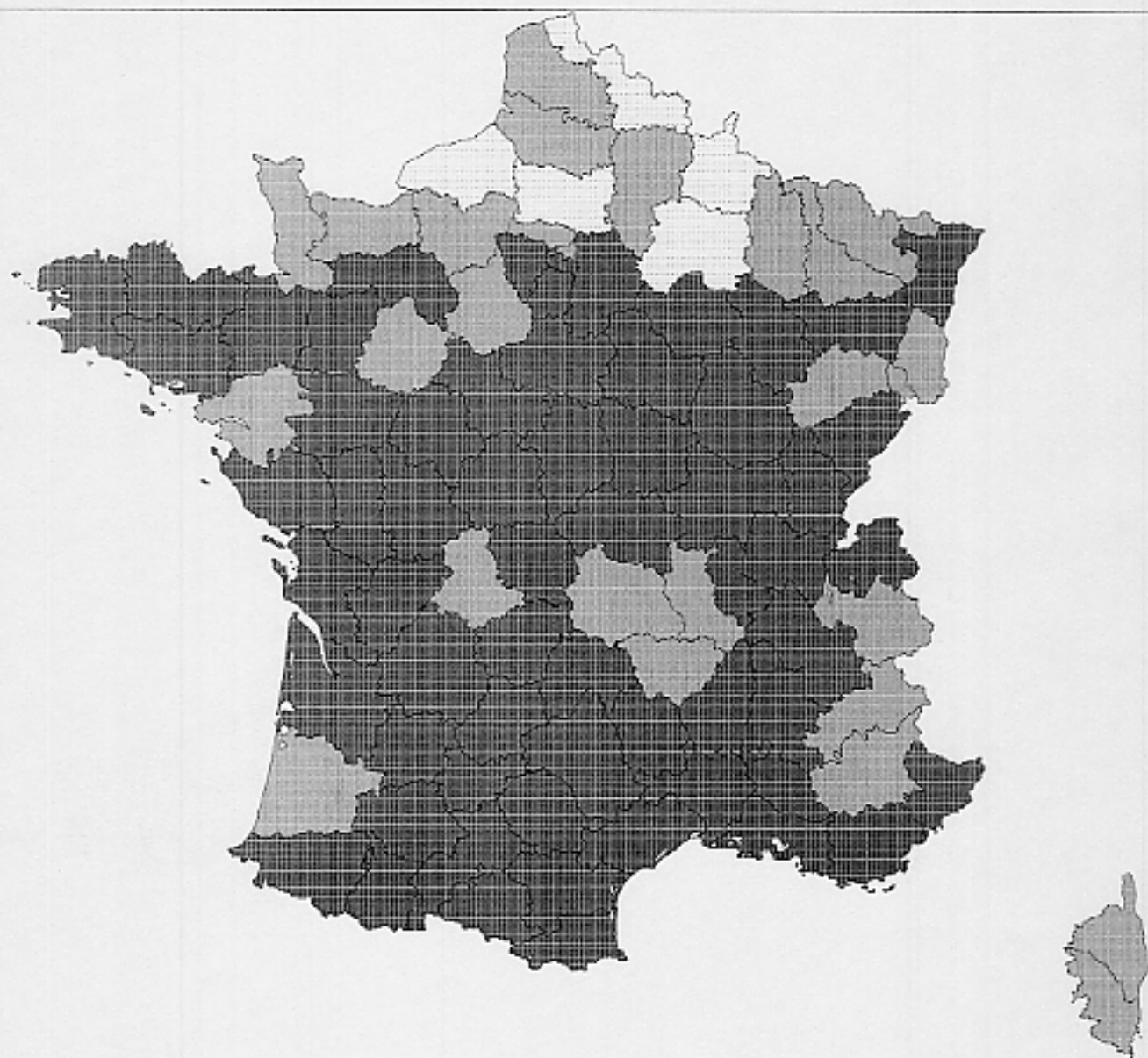
ims

Juillet 2003



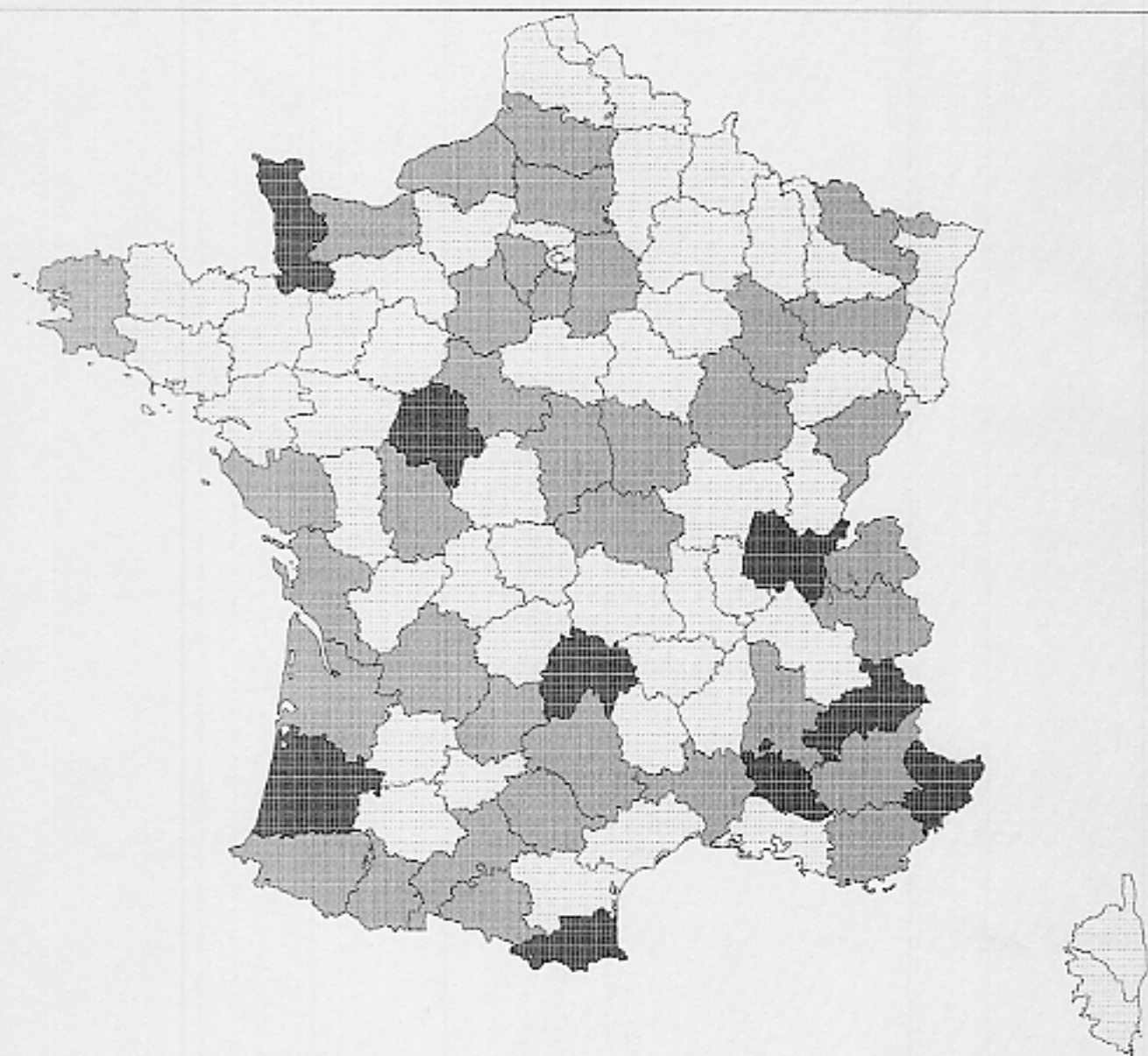
ims

Août 2003



ims

Septembre 2003



ims

ANNEXE 11
Textes juridiques applicables aux certificats de décès

CODE GENERAL DES COLLECTIVITES TERRITORIALES (Partie Législative)

Section 2 : Opérations funéraires

Article L2223-42

L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès.

Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la santé, précise, de manière confidentielle, la ou les causes du décès à l'autorité sanitaire de la santé dans le département.

Ces informations ne peuvent être utilisées que par l'Etat, pour la prise de mesures de santé publique ou pour l'établissement de la statistique nationale des causes de décès par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

CODE GENERAL DES COLLECTIVITES TERRITORIALES (Partie Réglementaire)

Section 2 : Police des funérailles et des lieux de sépulture

Article R2213-15

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée est mis en bière. La housse imperméable éventuellement utilisée pour envelopper le corps avant sa mise en bière est fabriquée dans un matériau biodégradable. Elle doit répondre à des caractéristiques de composition, de résistance et d'étanchéité fixées par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et du Conseil national des opérations funéraires. Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, **un médecin ou un thanatopracteur atteste de la récupération de l'appareil avant la mise en bière.**

Article R2213-16

Il n'est admis qu'un seul corps dans chaque cercueil. Toutefois, est autorisée la mise en bière dans un même cercueil des corps :

1° De plusieurs enfants mort-nés de la même mère ;

2° D'un ou plusieurs enfants mort-nés et de leur mère également décédée.

Article R2213-17

(Décret n° 2002-1065 du 5 août 2002 art. 2 Journal Officiel du 9 août 2002)

La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu de décès ou, en cas d'application du premier alinéa de l'article R. 2213-7, par l'officier d'état civil du lieu de dépôt du corps, dans le respect des dispositions de l'article L. 2223-42.

L'autorisation, établie sur papier libre et sans frais, est délivrée sur production **d'un certificat du médecin chargé par l'officier d'état civil de s'assurer du décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.**

Article R2213-18

L'officier d'état civil peut, s'il y a urgence, notamment en cas de décès survenu à la suite d'une maladie contagieuse ou épidémique, ou en cas de décomposition rapide, prescrire, sur l'avis du médecin qu'il a commis, la mise en bière immédiate, après la constatation officielle du décès.

ANNEXE 12
Présentation de quelques exemples de maisons médicales

La mission a rassemblé lors de ses investigations un certain nombre d'éléments relatifs aux expériences de maisons médicales. Trois exemples très différents sont donnés ici : les SAMI en Val de Marne et la maison de Vénissieux, qui constituent une initiative de la médecine libérale, la maison médicale de Dijon, implantée au sein des urgences hospitalières, et le centre de santé de l'hôpital local d'Houdan, qui illustre les difficultés de mise en place d'une permanence des soins, notamment lorsque plusieurs départements sont concernés.

1. Le processus de création des SAMI (services d'aide médicale initiale) dans le Val-de-Marne

Le département du Val-de-Marne sous l'impulsion du conseil départemental de l'ordre a été pionnier dans le lancement de ces nouveaux dispositifs. Le concept du SAMI (pour Service d'aide médicale initiale) a été arrêté à la fin des années 1990.

Le premier SAMI celui de Vincennes a vu le jour en début 2002. En novembre 2003, quatre SAMI étaient en service, deux autres implantations étant prévues pour la fin de l'année 2003. En 2004, il devrait y avoir 9 SAMI implantés dans le département..

Les SAMI, sont des maisons médicales de garde, ouvertes en semaine, samedi inclus de 20H à 24H. Le dimanche et le jours fériés elles sont ouvertes de 8H à 16H et de 16H à 24 H.

Le tour de garde est organisé par le président ou le trésorier de l'amicale, sur la base du volontariat en sensibilisant toutefois les généralistes sur l'intérêt de la participation à cette permanence moins contraignante qu'une garde usuelle. S'agissant du SAMI de VINCENNES, les généralistes sont fortement incités à assurer une garde. Quelque uns n'honorent pas leurs engagements.

Deux SAMI bénéficient d'un financement expérimental de la CPAM (sur son fonds d'action social).

Le dispositif n'est pas complètement pérenne, il y a des manques dans certains tours de gardes et un SAMI celui de Choisy-le-Roi a fermé en août.

Ces SAMI sont parfois sécurisés par la mise à disposition d'un vigile par les municipalités qui fournissent également les locaux .

Pour l'heure les patients sont orientés vers les SAMI par le biais du 15. Peu à peu cependant leur existence est connue des patients qui s'y rendent directement (ou qui l'utilisent après avoir été informés de ce mode de garde par les médecins traitants). Le conseil départemental de l'ordre considère qu'une campagne d'information départementale ne sera possible que lorsque la sectorisation sera effective et la couverture par des SAMI plus large. Le Conseil général a indiqué qu'il apporterait son concours au financement d'une telle campagne d'information.

L'activité est variable suivant les SAMI. Elle est faible en soirée et plus significative le dimanche et les jours fériés en journée.

Un premier bilan d'activité peut être dressé.

Le premier SAMI, celui de VINCENNES/SAINT-MANDE/FONTENAY-SOUS-BOIS présente le profil d'activité suivant pour les années 2002 et 2003.

Activité du SAMI de Vincennes Saint-Mandé en 2002.

2002 Mois	Nb de vacations médicales	Nb de vacations non effectuées	Consultations de semaine en heures creuses	Consulta tions de semaine, dont Samedi	Consultations du dimanche matin	Consultations du dimanche Après midi	Consultations du dimanche soir
Avril	37	4	9	23	23	10	1
Mai	47	3	15	13	44	28	10
Juin	40	3	7	38	29	16	5
Juillet	37	7	9	19	15	13	4
Août	42	20	8	5	9	12	3
Sept	40	12	4	21	6	27	2
Octobre	39	6	3	32	21	27	4
Nov	42	8	4	37	63	60	4
Déc	43	15	5	18	33	64	9
Total	367	78	64	206	243	257	42

Source, données communiquées par le SAMI de VINCENNES

Activité du SAMI de Vincennes Saint-Mandé en 2003

Mois	Nb moyen de consultations le Samedi	Nb moyen de consultations Le dimanche	Nb de consultation les jours fériés	Nb moyen de consultations les jours de semaine
Janvier	3,25	22,5	18	1
Février	2,5	26	-	0,61
Mars	1,4	23,4	-	1,23
Avril	5	17,75	33	1,09
Mai	1,6	19,25	10,3	1,4
Juin	1,5	19,75	30	1,05
Juillet	1,75	15,5	18	1
Août	0,8	12,4	15	0,55

Source : données transmises par le SAMI et retraitement IGAS.

Le SAMI de CHOISY LE ROI, a réalisé 419 consultations du 3 février au 19 octobre avec un maximum de consultations le dimanche (minimum de 2 consultations, maximum de 15 consultations). Il était fermé au mois d'août 2003.

2. La maison médicale de Vénissieux

Une maison médicale a été ouverte à Vénissieux, commune de 56 000 habitants de la banlieue Lyonnaise, en novembre 2002.

Elle était d'abord censée répondre à un problème d'insécurité dans un contexte où les médecins n'assuraient plus de service de garde.

L'immeuble a été choisi en plein centre de la ville dans un immeuble où l'accès est conditionné par un code confidentiel et où est implantée une régie municipale de sécurité.

Le personnel de sécurité est particulièrement réactif et se dérange très facilement. Trois incidents ont été enregistrés au cours des douze premiers mois et ont été résolus sans problème.

En plus du médecin, il y a une secrétaire.

Les heures d'ouverture sont les suivantes :

- de 19 heures à minuit la nuit,
- de 12 heures à minuit le samedi,
- de 10 heures à minuit le dimanche.

La totalité des quarante deux médecins généralistes ont accepté d'assurer une garde au sein de cette maison.

Les patients sont adressés par le centre 15 mais certains d'entre eux s'y présentent directement.

Le bilan des dix premiers mois d'exploitation faisait ressortir :

4200 consultations

et une moyenne de

six à huit consultations en soirée

27 consultations le samedi

28 consultations le dimanche.

Les deux mois qui ont connu la plus forte activité ont été les mois de décembre 2002 et d'août 2003.

Ce bilan positif a conduit à développer d'autres projets de maisons médicales dans le Rhône :

deux ont ouvert dans le courant du mois de novembre 2003 à Lyon

et d'ici le mois de janvier 2004, deux autres devraient ouvrir à Lyon et une autre à Villefranche sur Saône, sous préfecture située à 30 kilomètres au nord de Lyon.

Le choix fait dans le Rhône a été de choisir une localisation en dehors des hôpitaux mais bien desservie par les transports en commun et à distance à peu près égale de l'hôpital Edouard Herriot, siège des urgences médicales pour les hôpitaux civils de Lyon.

Dans le cadre de ces projets, le directeur de la CPAM a été conduit à interroger, par lettre du 22 octobre 2002, le directeur général de la CNAM sur deux points :

- possibilité de financer les indemnités de permanence comme s'il s'agissait d'indemnité d'astreinte
- possibilité d'assurer à ces médecins la rémunération de ces actes réalisés dans la structure et ce, même si les patients sont insolvable.

Par lettre du 10 janvier 2003, la CNAM avait fait une réponse d'attente.

3. La « permanence des urgences médicales » au CHU de Dijon

Au départ, l'initiative de ce projet revient largement au chef de service des urgences de l'hôpital de Dijon qui poursuivait plusieurs objectifs :

- un désengorgement des urgences des pathologies légères, prises en charge dans de mauvaises conditions (forts délais d'attente) ;
- un rapprochement ville-hôpital.

Le projet a répondu aux attentes de certains médecins généralistes qui souhaitaient se réinvestir dans la prise en charge de certaines urgences, notamment de la traumatologie nécessitant éventuellement l'accès à une radio (entorses, sutures...).

Le projet a été mené par l'association « permanence des urgences médicales » (PUM). Cette association regroupe environ 20 médecins libéraux installés qui tournent sur des plages horaires de garde :

- 19h30 / 24h en semaine et le samedi
- 17h30/24h le dimanche.

Les locaux jouxtent ceux des urgences.

Une infirmière assure le tri entre les patients qui vont aux urgences et ceux qui vont vers les consultations de médecine générale. Pour le tri, sont retenus des critères médicaux (pathologie) mais aussi une prise en charge financière minimale (carte Vitale ou possibilité de payer la consultation). Dans la mesure où les médecins généralistes qui participent à ces gardes sont exclusivement rémunérés sur la base des actes, sans aucun forfait, ce critère apparaissait indispensable pour maintenir la motivation des médecins participant au système.

Le FAQSV est intervenu pour appuyer le financement du projet à hauteur de 1 million de francs sur 3 ans.

L'ARH est intervenue en finançant une prime pour les médecins incitative pour le démarrage du projet (300.000 francs). Cette prime a été versée pendant 6 mois et ne l'est plus aujourd'hui.

Une évaluation du fonctionnement de cette maison médicale en 2002 a été réalisée, aussi bien quantitative que qualitative (rapport transmis à la mission, d'où sont tirées ces données quantitatives).

Tout d'abord, en termes de volontariat des médecins, celui-ci s'est maintenu puisque 30 médecins environ participent au dispositif contre environ 20 au départ.

En termes d'activité, celle-ci est importante et a dépassé les objectifs prévus : sur l'ensemble de l'année 2002, 2747 consultations ont été assurées, soit 7,53 consultations par garde en moyenne (le nombre de consultations est plus important le dimanche qu'en semaine, mais l'activité est quand même significative en semaine, et bien rémunérée puisque basée sur consultation majorée de nuit).

En terme de prise en charge médicale, 95 % des patients déclarent être satisfaits ou très satisfaits. Les personnes qui n'ont pas eu de radiographie, même si elles venaient pour cette raison, ne sont pas mécontentes. La consultation est conforme aux attentes et considérée comme similaire à celle réalisée par un généraliste.

En revanche, dans deux tiers des cas, le paiement à l'acte a choqué les gens.

La majorité des pathologies (80 % selon les médecins) est de la traumatologie, ce qui semble contenter les médecins puisque cette frange de pathologie n'est pas bien appréhendée en médecine de ville.

Pour l'origine des patients, 50 % viennent de Dijon même, 15 % proviennent de l'agglomération dijonnaise et 35 % hors agglomération (touristes, passages professionnels...). A noter également que 21 % sont étudiants. Cela explique une partie du recours aux urgences, faute d'un médecin traitant dans le département.

La durée moyenne d'attente est de 48 minutes, très dispersée (cela s'explique par les horaires d'ouverture – personnes qui arrivent avant l'ouverture). La durée moyenne de consultation est de 29 minutes, qui montre que la prise en charge est plus lourde qu'une consultation moyenne en médecine de ville.

Par ailleurs, depuis novembre 2002, la PUM a lancé une autre initiative, à savoir l'ouverture tournante d'un cabinet médical en ville pendant le week-end. Ce sont les mêmes médecins que ceux de la PUM qui participent à ce dispositif. C'est la secrétaire de la PUM (mi-temps) qui gère les plannings. Et de la publicité a été faite dans les journaux, à la télévision locale et au SAMU. Les cabinets sont ouverts sur des plages horaires définies : 14 à 19 heures le samedi ; 9 à 13 heures et 16 à 19 heures le dimanche. Les personnes se déplacent au cabinet ; il n'y a pas de visite. Le seul paiement se fait à l'acte il n'y a pas de forfait ni d'astreinte puisque la période couverte n'est pas de 12 heures.

Au démarrage, le système a eu du mal à fonctionner. Les médecins ne voyaient qu'un patient par jour. Il s'est progressivement développé. Aujourd'hui, il y a 12 à 14 consultations par jour le week-end. Ce succès a poussé la PUM à expérimenter à partir de novembre 2003 une ouverture en soirée d'un cabinet tournant jusqu'à 24 heures.

4. Le Centre de santé implanté à l'hôpital local d'Houdan

Un service de consultations générales et de soins de première intention a été créé au sein de l'hôpital local d'HOUDAN (Yvelines) depuis 1973.

Des consultations programmées et sans rendez vous de généralistes y sont assurées par des praticiens libéraux rémunérés à l'acte.

Les consultations de médecine générale sont organisées :

- avec rendez vous par des généralistes du secteur ; 26 vacations hebdomadaires sont assurées ;
- sans rendez vous du lundi au vendredi de 9H à 20H et le samedi de 9H à 13H. Dix médecins couvrent ces plages horaires et permettent la prise en charge de « la petite urgence »

Une présence infirmière et la disponibilité d'une installation d'imagerie (fonctionnant avec le concours de radiologues libéraux) permet d'assurer une prise en charge assez complète du patient.

En 2002, le secteur de consultations sans rendez vous en médecine générale a accueilli 8137 patients. L'hôpital local est également engagé dans un dispositif général de coordination gériatrique, les généralistes trouvent auprès de la plate forme sanitaire et médico-sociale qu'il constitue un support dans leur exercice professionnel. Les locaux de consultation pourraient aisément être utilisés pour l'organisation de la permanence des soins en soirée et le dimanche. Malheureusement selon le directeur de l'hôpital, cette perspective est encore éloignée.

L'aire d'attraction de l'hôpital dépasse les limites des Yvelines et comprend des cantons du département voisin de l'Eure-et-Loir voisin (il représente 30 % des consultations de médecine générale) Les contacts pris avec les généralistes concernés n'auraient pas abouti ; le conseil départemental de l'ordre des médecins d'Eure-et-Loir selon le directeur s'opposant à cette solution et privilégiant un regroupement des praticiens autour de la future maison médicale de garde de DREUX.