

Chapitre XII

La permanence des soins

PRESENTATION

La mission de service public de la permanence des soins permet de répondre aux demandes de soins la nuit, les week-ends, les jours fériés et pendant certains ponts. Elle est assurée par des médecins exerçant en cabinet, par des associations de praticiens constituées spécialement à cet effet, mais également, dans certaines conditions, par les établissements de santé.

Des services de garde et d'urgence, obéissant à des règles différentes, sont également mis en place pour les pharmacies et les transports en ambulance.

Longtemps assurée par un tour de garde des médecins libéraux qui constituait pour eux une obligation déontologique, la permanence des soins ambulatoire s'est trouvée profondément bouleversée lorsque, à la suite d'une grève des gardes, la décision a été prise en 2002 de fonder dorénavant le système sur le volontariat avec une rémunération sous forme de forfaits d'astreinte. Un tel ébranlement rendait nécessaire une nouvelle organisation. Elle s'est progressivement dégagée d'une succession de réformes poursuivies jusqu'à aujourd'hui et s'est traduite en 2012 par près de 700 M€ de dépenses directes de l'assurance maladie, soit un quasi-triplement depuis 2001, indépendamment des frais engagés par les hôpitaux.

L'enquête conduite par la Cour³⁹², centrée principalement sur la permanence des soins assurée par les médecins libéraux, montre que le brusque changement de modèle intervenu en 2002 n'a pas fini de faire sentir ses effets, que ce soit par l'instabilité et la fragilité des systèmes en place aujourd'hui (I) ou par l'explosion des dépenses qui en résulte (II). Ce constat exige que tous les leviers, organisation de la présence médicale sur le terrain, information du public, surveillance et régulation du système soient mobilisés pour améliorer l'efficacité d'un dispositif essentiel pour la population (III).

392. Appuyées notamment sur des investigations de terrain dans trois régions, le Nord – Pas-de-Calais, les Pays de la Loire et la Bourgogne, ainsi que sur l'examen des cahiers des charges régionaux disponibles au moment de l'enquête. Par ailleurs, la Cour des comptes a abordé dans son *Rapport public annuel 2007* la question des urgences médicales, La Documentation française, février 2007, p. 313-412, disponible sur www.ccomptes.fr et, dans un *Rapport public thématique : les services départements d'incendie et de secours*, La Documentation française, novembre 2011, 304 p., disponible sur www.ccomptes.fr, consacré à la concurrence entre les centres 15 des SAMU et le 18 (SDIS).

I - Une organisation durablement fragilisée

A – Un changement de modèle

1 – L’abandon de l’obligation de garde

C’est un mouvement de grève des gardes, lancé en 2001, qui aboutit, après un conflit long et sévère, au retrait, au second semestre 2002 de l’obligation de garde du code de déontologie de la profession médicale et son remplacement par un système collectif fondé sur le volontariat.

Ce changement radical, dont les racines sont à rechercher dans l’explosion de la demande de soins, l’inégalité entre médecins généralistes, sur qui la garde, non rémunérée, reposait de fait exclusivement, et médecins spécialistes, les différences de situation entre les villes et les campagnes et l’aspiration, chez les nouvelles générations de médecins, à moins de contraintes, a marqué le départ d’une succession de réformes s’ajoutant les unes aux autres, dans un cycle qui s’est poursuivi jusqu’à aujourd’hui. Deux lois, en 2002 et 2009³⁹³, quatre décrets, en 2003, 2005, 2006 et 2010, plusieurs conventions médicales et deux campagnes complètes de déclinaison territoriale du dispositif, dont la dernière s’achève à peine, sont tour à tour revenus sur l’organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA)³⁹⁴.

2 – Un volontariat rémunéré avec régulation des appels

Ce sont désormais les agences régionales de santé (ARS) qui encadrent l’organisation locale des tours de garde volontaires entre les médecins³⁹⁵. Elles découpent à cet effet des « territoires de la permanence des soins », secteurs au sein desquels la rotation des volontaires se met en place et elles rédigent les « cahiers des charges » définissant dans tous ses détails la PDSA dans leur région. Ce sont les

393. Il s’agit de la loi de financement de la sécurité sociale du 20 décembre 2002 et de la loi portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

394. Ces textes ont notamment défini avec précision les horaires de la permanence des soins : les nuits entre 20h et 8h, les dimanches et jours fériés, les lundis veille de jour férié, les vendredis et samedis lendemain de jour férié, les samedis après-midi de façon optionnelle.

395. Elles se sont substituées dans la quasi-totalité de leurs attributions aux préfets de département depuis la loi HPST de 2009.

ARS qui demandent aux préfets de procéder à la réquisition du praticien si les tableaux de garde ne sont pas remplis en dépit du rôle de facilitateur que jouent les conseils départementaux de l'ordre des médecins³⁹⁶. Elles déterminent aussi les conditions dans lesquelles les hôpitaux, par l'intermédiaire de leurs services d'urgence, participent au dispositif.

Une notion nouvelle et essentielle a été introduite dès 2003 dans les textes et s'est progressivement développée dans les faits : la régulation médicale des appels. Pour le patient, l'accès au médecin de permanence ne se fait en effet plus directement, mais au travers d'un appel téléphonique au centre 15, qui filtre, donne des conseils médicaux³⁹⁷ et oriente le cas échéant vers le moyen d'« effectation », c'est-à-dire de mise en œuvre, le plus approprié (visite d'un médecin, transport en urgence, etc.). Cet appel peut également être adressé à la plateforme téléphonique d'une association de permanence des soins.

Les gardes, ainsi que la participation des médecins libéraux à la régulation téléphonique, sont désormais rémunérées par des forfaits d'astreinte, ce qui n'était pas le cas avant 2002. Dans le nouveau système issu de la loi HPST, leur montant est déterminé par les ARS, alors qu'il relevait jusque-là du domaine de la convention médicale conclue au niveau national entre l'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins. En revanche, les majorations pour les consultations et les visites réalisées pendant les horaires de PDSA, qui sont plus importantes si l'acte médical a été précédé d'une régulation, relèvent toujours du champ conventionnel et ne peuvent donc pas être modulées localement³⁹⁸.

Pour prendre en charge et adapter les forfaits à la diversité des situations locales, les ARS disposent d'enveloppes globalisées, qui ont récemment³⁹⁹ été rendues fongibles au sein d'un « fonds d'intervention régional » (FIR) avec d'autres dépenses de leur ressort, comme celles de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), les aides à l'investissement hospitalier ou à la qualité du réseau de santé.

396. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre IX : le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale, La Documentation française, septembre 2012, p. 26--270, disponible sur www.ccomptes.fr.

397. Elle peut désormais également établir des ordonnances téléphoniques permettant, dans certains cas, la délivrance de médicaments.

398. Une visite régulée effectuée le dimanche pendant la journée est ainsi rémunérée 51 €. Le tarif passe à 76 € en milieu de nuit.

399. Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et décret du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des ARS.

La permanence des soins en établissements de santé

La permanence des soins ambulatoire, qui peut mobiliser les établissements de santé, doit être distinguée de la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES), qui organise la permanence des soins hospitaliers (et non ambulatoires). Celle-ci concerne le seul champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO) et vise à garantir la présence d'un médecin pour assurer des soins hospitaliers qui ne peuvent être assurés par les services d'urgences ou attendre la fin de la période de permanence des soins.

Jusqu'en 2009, l'organisation de ces gardes et astreintes était laissée à l'initiative de chaque établissement et les dépenses afférentes étaient prises en compte dans les tarifs des hôpitaux. Comme pour la PDSA, la décennie 2000 a vu une forte augmentation des coûts de la PDSSES, en raison notamment de l'évolution de la réglementation sur le temps de travail.

En 2009, la création, dans le cadre de la tarification à l'activité, de la mission d'intérêt général « permanence des soins hospitalière » a permis d'isoler dans chaque région une enveloppe financière (étendue en 2012 aux établissements privés) avec des marges de modulation confiées aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) puis aux agences régionales de santé (ARS). La loi HPST du 21 juillet 2009 a ensuite érigé la PDSSES en mission de service public et donné aux ARS la mission de mettre en place des « schémas-cibles » de PDSSES afin de restructurer la permanence des soins en établissements de santé dans une logique de territoire et non plus d'établissement.

Leur mise en place n'étant pas achevée, il n'est pas encore possible d'évaluer les économies qu'ils auront entraînées et d'estimer dans quelle mesure ils auront permis de maintenir ou d'améliorer la qualité des soins.

3 – L'extension des forfaits d'astreinte aux pharmacies et aux transports sanitaires

Les bouleversements de l'organisation des gardes des médecins, et en particulier la rémunération des astreintes, ne pouvaient pas rester sans conséquences sur les autres systèmes de permanence qui leur étaient proches.

Dès 2003⁴⁰⁰, le système des gardes des transports sanitaires était modifié, en s'inspirant de certains principes de la PDSA. Des forfaits d'astreinte de 346 € par période de 12 heures étaient introduits au profit

400. Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, décret et arrêté du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.

des ambulanciers, avec en contrepartie une diminution des tarifs de transport.

Pour les pharmacies, des forfaits d'astreinte, qui n'existaient pas auparavant, furent institués en janvier 2006 par un protocole d'accord entre l'assurance maladie et la profession, au niveau de 75 € par nuit, par jour férié ou par dimanche. Les honoraires pour les ordonnances exécutées pendant les périodes de garde et d'urgence, qui avaient été introduits, à un niveau faible, dès 1968, puis revalorisés en 1984, étaient quadruplés en moyenne⁴⁰¹. La convention pharmaceutique de 2012 a aligné les forfaits des pharmaciens sur ceux des médecins au niveau de 150 € par nuit, soit encore un doublement.

Les syndicats de pharmaciens font valoir que ces derniers continuent tous, à l'inverse des médecins, à prendre leur tour de garde et que ce rattrapage est donc justifié. Il n'en reste pas moins très lourd pour les finances sociales, puisque le coût du service de garde pharmaceutique, presque nul il y a huit ans, s'approchera de 100 M€ en 2013.

B – Une construction fragile

Malgré les efforts engagés, de nombreuses fragilités caractérisent toujours la permanence des soins, qu'il s'agisse de régulation ou de mise en œuvre des moyens d'intervention.

1 – La baisse du nombre de généralistes volontaires

La diminution tendancielle du nombre de médecins généralistes, qui constituent toujours l'essentiel des médecins susceptibles de participer à la PDSA, est visible dans les chiffres depuis 2010. Selon les plus récentes prévisions, ce mouvement ne s'inversera que dans une dizaine d'années.

À ce handicap structurel, s'ajoute, depuis 2009, un lent déclin du volontariat, qui concerne, selon les statistiques de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), 47 % du total des omnipraticiens en 2011. L'érosion du nombre de médecins participant effectivement à la garde dépasse 5 % depuis 2008, soit une diminution de 1 600 praticiens.

Si ces évolutions ne remettent pas encore en question, dans la majorité des cas, la capacité des autorités de santé à organiser des tours de

401. Ils sont ainsi par exemple passés, pour le dimanche, de 7 F en 1984 à 4 € en 2006.

garde, on constate cependant déjà, dans un nombre croissant de régions, l'apparition de « zones blanches », où la permanence des soins n'est plus assurée. Dans l'Yonne, par exemple, seuls 89 des 298 médecins généralistes, soit moins de 30 %, participent aux tours de permanence : les tableaux de garde ne sont donc pas remplis. D'après une étude de l'ARS, un médecin n'y était disponible, en 2011, que dans 61 % des cas le week-end, 57 % des cas en première partie de nuit et 45 % des cas en nuit profonde. Ailleurs, des « zones grises » où les moyens affichés ne sont pas toujours effectivement disponibles, sont également signalées.

Pour faire face à cette situation, les tentatives faites pour développer le nombre de médecins participant à la permanence des soins n'ont eu jusqu'ici qu'une efficacité limitée.

Le mécanisme principal, mis en place dès le démarrage du nouveau système de participation volontaire, était le droit de réquisition des préfets. Il leur permet, sous réserve de rapports et d'avis préalables, de désigner d'office un médecin pour assurer la garde. Le bilan que l'on peut en tirer dix ans après montre qu'il est inefficace⁴⁰². La procédure très lourde de consultations qui préside à son déclenchement -signalement au conseil départemental de l'ordre des médecins, rapport de cette structure à l'ARS après consultation de l'union régionale des professionnels de santé, transmission de la demande assortie de noms par l'ARS au préfet- est en effet peu adaptée à une réaction rapide en cas d'empêchement imprévu d'un médecin. Par ailleurs, les préfets n'ont pas utilisé leurs pouvoirs pour compléter les tableaux lorsque des manques apparaissaient dès leur constitution initiale.

Les nouvelles perspectives ouvertes par les textes d'application de la loi HPST (extension des médecins pouvant participer à la permanence des soins aux remplaçants et aux retraités notamment) n'ont encore reçu à ce jour qu'un début d'application.

Les pratiques inégales des conseils départementaux de l'ordre des médecins quant aux exemptions qu'ils accordent viennent en outre réduire en partie l'efficacité de ces dispositifs. Ainsi une fraction significative du corps médical peut parfois échapper aux obligations, comme dans l'Yonne où le taux d'exemption atteint 14 %.

402. En 2004 les préfets avaient utilisés leur pouvoir de réquisition dans 44 départements, mais cela n'a été le cas que dans seulement 19 en 2011.

2 – L'implication croissante de l'hôpital dans la permanence des soins ambulatoires

Les services d'urgence des hôpitaux participent aujourd'hui selon deux modalités à la permanence des soins.

En premier lieu, de façon organisée et précisée dans les cahiers des charges des ARS, ils remplacent de plus en plus souvent la garde libérale après minuit, du moins hors des grandes agglomérations. Dans certains cas, cette substitution est plus large encore, comme dans le cas de Montbard où l'hôpital assure à lui seul l'ensemble de la mission.

En second lieu, même quand des tours de garde existent, les hôpitaux continuent à accueillir des patients qui se présentent spontanément à leurs portes pour des cas qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence.

Cette participation assure, certes, que même en cas de défaillance de la garde libérale, une réponse peut toujours être apportée à la population, puisque le maillage des services d'urgence sur le territoire est serré. Elle ne constitue pas cependant un mode de prise en charge toujours adéquat, notamment pour les personnes âgées, ainsi que la Cour l'a déjà relevé⁴⁰³.

3 – Les difficultés persistantes de la régulation

a) *Les limites de la régulation libérale exercée dans les centres 15*

Le développement de la participation des médecins libéraux aux centres 15, dénommée « régulation libérale », a été l'un des objectifs constants des autorités de santé. De fait, selon le conseil national de l'ordre des médecins, 98 départements sur 100 disposaient d'une façon ou d'une autre d'une régulation libérale des appels début 2012. Dans certains départements, toutefois, on constate encore, comme dans le Nord, un arrêt de la régulation libérale à minuit.

Les statistiques de la CNAMTS indiquent que près de 40 %⁴⁰⁴ des actes médicaux réalisés pendant les périodes de PDSA sont cependant encore effectués sans qu'il y ait eu de régulation préalable.

403. Cour des comptes *Rapport public annuel 2012*, Tome II, chapitre I-4 – La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents, La Documentation française, février 2012, p. 179-191, disponible sur www.ccomptes.fr.

404. Soit parce que des patients sont reçus par leur médecin traitant hors garde, soit faute de régulation.

En outre, les réponses apportées par la régulation libérale, bien que marquées par la prépondérance du conseil téléphonique, sont variables d'un département à l'autre. Elles témoignent de modes de fonctionnement hétérogènes, propres à la composante libérale des centres de régulation ou liés aux conditions de collaboration entre cette dernière et le SAMU qui l'héberge. Deux lignes de réponse distinctes, l'une constituée des médecins libéraux, l'autre des urgentistes de l'hôpital, coexistent souvent sans communication suffisante. En dépit des recommandations de la Haute Autorité de santé, il n'y a pas toujours un protocole commun permettant de traiter les appels.

L'insuffisance des équipements de certains SAMU a été relevée par certaines enquêtes⁴⁰⁵. L'inadéquation du matériel, qui entraîne des pannes fréquentes⁴⁰⁶, n'est pas compensée par une mise en réseau permettant à la fois de suppléer aux interruptions et d'optimiser la gestion de l'ensemble. Les logiciels du SAMU, conçus pour les besoins des hôpitaux et des urgences, ne sont pas toujours adaptés à ceux de la régulation libérale et aux échanges entre les deux composantes du système⁴⁰⁷.

La régulation « déportée », permise depuis 2010 par la réglementation, consiste à autoriser un médecin libéral à réguler depuis son domicile ou son cabinet. Cette dérogation, qui peut s'avérer nécessaire dans les cas où les distances ou les conditions d'accès au siège du SAMU depuis le lieu d'exercice du médecin volontaire sont des obstacles, requiert cependant des conditions minimales. Les communications entre les deux pôles de la régulation, SAMU et antenne déportée, doivent en particulier permettre l'échange d'informations sur plusieurs supports simultanés, les conférences téléphoniques ou la création de files d'attente, ce qui n'est pas toujours le cas.

Le suivi de la régulation, la vérification d'une mise en œuvre adaptée des moyens d'intervention, la mise à jour du dossier ouvert du patient, ne sont pas la règle, ce qui peut poser des problèmes sérieux en cas d'incident.

Quant aux mutualisations, qui peuvent être la réponse à plusieurs de ces difficultés, elles ne se mettent en place que lentement.

405. Agence des systèmes d'information partagés de santé, 2010, « *Le renforcement des centres 15, bilan et préconisations* » et Margedan, « *Rapport relatif à la modernisation des SAMU* ».

406. Cinq centres ont des pannes bloquantes tous les mois, 26 seulement n'en ont jamais.

407. Selon la DGOS, un projet national de modernisation du fonctionnement des SAMU initié par le ministère devrait répondre à ces dysfonctionnements.

b) Des modes de régulation différents entre associations de permanence des soins et centres 15

Ces associations, dont les plus connues sont regroupées dans le réseau SOS médecins⁴⁰⁸, rassemblent des praticiens volontaires. La plupart ont pour caractéristique principale de disposer de leurs propres plateformes téléphoniques qui reçoivent les appels des patients et déclenchent l'intervention appropriée. Il s'agit souvent dans ce cas de visites de médecins mobiles, mais les centres de consultation se sont développés. L'appel est, le cas échéant, renvoyé au SAMU.

Elles rendent un service apprécié de la population, comme en témoigne l'augmentation régulière de leur activité. Elles suivent toutefois des règles spécifiques, différentes de celles appliquées dans les centres 15, puisqu'aucun cadre juridique contraignant ne discipline la régulation des appels.

En effet, si la loi de 2009 dispose que la régulation téléphonique du 15 est également accessible « par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels », il n'a été donné aucune traduction réglementaire à cette « régulation médicale ». La Haute Autorité de santé a certes publié en mars 2011 des recommandations à ce sujet, mais elles ne sont pas consensuelles et elles n'ont pas force obligatoire. Elles indiquent que la régulation « est un acte médical pratiqué par un médecin régulateur » et que la fonction de médecin régulateur « est, pendant toute la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction ».

La régulation faite par les centres d'appel téléphoniques de SOS médecins ne répond pas, au contraire des centres 15, à cette définition, puisque les médecins régulateurs ne se consacrent pas toujours exclusivement à cette fonction et que les décisions sont souvent prises par des « non médecins » sur la base de protocoles.

Si la réglementation n'a pas cherché à établir un cadre de référence commun, elle a demandé que des conventions d'interconnexion soient établies entre les centres 15 et les associations de permanence des soins. Celles-ci n'ont pas toujours bien fonctionné. Les indicateurs prévus n'ont pas vu le jour ou n'ont pas été renseignés, les commissions mixtes qu'elles organisaient ne se sont pas toujours réunies.

408. Au nombre de 64, elles couvrent les principales villes de France, rassemblent plus de 1 000 médecins et ont reçu en 2011 six millions d'appels. Elles exercent leur activité 24 heures sur 24 et 365 jours par an.

Le fonctionnement concret de cette interconnexion n'a au demeurant jamais été expertisé de façon indépendante. Une enquête de SAMU-Urgences de France tendrait à montrer que la garantie d'un délai court d'intervention ou même de l'existence d'une réaction, dans tous les cas, de SOS médecins n'est pas toujours apportée. Ses résultats sont toutefois contestés par SOS médecins.

II - Une explosion des dépenses

Une conséquence du remplacement de l'obligation de garde par un système volontaire et rémunéré est la très forte dynamique d'augmentation des coûts supportés directement ou indirectement par l'assurance maladie.

Les dépenses liées à la permanence des soins recouvrent celles des services de permanence, de garde et d'urgence de la médecine de ville, des pharmacies et des transports sanitaires, que la CNAMTS recense avec précision, mais aussi les frais engagés pour la participation des hôpitaux à la PDSA, qui sont, eux, beaucoup plus mal connus.

A – L'envolée des dépenses des services de garde et d'urgence

Une étude réalisée spécifiquement par la CNAMTS à la demande de la Cour permet de dresser le tableau suivant, qui récapitule l'évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre des trois secteurs (ambulatoire, transports sanitaires et pharmacies) depuis 2001⁴⁰⁹.

409. Dernière année d'existence du système antérieur de gardes obligatoires pour les médecins mais non rémunérées.

Tableau n° 74 : évolution des dépenses de permanence des soins pour la France entière*En M€*

Année		2001	2003	2005	2006	2011
Permanence des soins ambulatoire	Forfaits d'astreinte	0	56	66,4	143,6	141,6
	Actes remboursés	216,1	238,8	211,9	214,3	237,1
	Subventions diverses ⁴¹⁰	4,4	19,4	22,5	13,7	n.d.
	Dépenses totales PDSA	220,5	314,2	300,8	370,6	393,5
Services de garde et d'urgence des pharmacies ⁴¹¹	Forfaits d'astreinte	0	0	0	8,9	38,8
	Actes remboursés	8,5	8,7	7,9	9,3	15,7
	Dépenses totales pharmacies	8,5	8,7	7,9	18,2	54,5
Total dépenses hors transports		229	322,9	308,7	388,8	448
Garde des transports sanitaires	Forfaits d'astreinte	0	0	143,4	144,6	146,9
	Sorties remboursées	n.d.	n.d.	21,1	23,4	34,6
	Total transports	n.d.	n.d.	164,5	168,0	181,5
Total général		n.d.	n.d.	473,2	557,8	629,5

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Les dépenses hors transports sanitaires ont ainsi doublé en une décennie. Si l'on ajoute les dépenses de garde des transports sanitaires et si l'on tient compte du doublement décidé en 2012 des forfaits pharmaceutiques, on peut estimer que les dépenses totales ont quasiment triplé entre 2001 et 2012, passant d'environ 250 M€ à près de 700 M€. Cette considérable augmentation est intervenue alors même que l'activité a baissé entre ces deux dates, diminuant de 7,34 à 5,3 millions d'actes (consultations et visites). Ces dépenses ne prennent en compte ni celles résultant de la participation des urgences à la PDSA, ni celles concernant la PDSSES.

410. Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, dotation nationale de développement des réseaux, fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins, fonds d'intervention régionale.

411. Les données 2000 à 2006 ont été redressées pour passer du régime général à l'ensemble des régimes.

B – Les facteurs explicatifs : les revalorisations tarifaires et une insuffisante efficacité

1 – L'augmentation des tarifs

Le quasi triplement des dépenses est d'abord une conséquence de la fin des gardes obligatoires des médecins et de leur remplacement par un service rémunéré. L'introduction d'un forfait d'astreinte de 50 € par période de 12 heures et la mise en place de majorations plus élevées (jusqu'à +60 % pour les actes réalisés pendant les périodes de PDSA) en ont constitué dès février 2002 la première étape. Des augmentations tarifaires (+50 % à +100 % selon les plages horaires pour les forfaits d'« effectation », c'est-à-dire d'intervention) sont ensuite intervenues en 2005. Enfin, l'extension du champ couvert par la PDSA (création en 2005 de forfaits d'astreinte pour régulation et de majorations plus élevées des actes en cas de régulation préalable, couverture du samedi et de certains ponts en 2008) a complété le dispositif.

La très vive dynamique des dépenses découle également de l'extension du principe de la rémunération des astreintes aux transports sanitaires et aux pharmacies d'officine, ainsi que de la progression desdits forfaits et des honoraires précédemment évoquée.

2 – La combinaison sous-optimale des moyens

Plusieurs traits récurrents traduisant une efficacité insuffisante ressortent de la mise en œuvre sur le terrain de la permanence des soins.

Le nombre de secteurs de permanence des soins demeure élevé, et surtout très inégal selon les régions, alors même que la qualité des communications permettrait de le réduire sans dégrader le temps d'accès aux soins en deçà de l'acceptable. On compte ainsi 28 secteurs en Basse-Normandie, pour une population de 1,46 million d'habitants, et 51 en Poitou-Charentes, qui est à peine plus peuplée (1,76 million d'habitants) et guère moins dense (68 contre 84 habitants/km²).

Cette situation entraîne le maintien de nombreux tours de garde qui ont parfois du mal à être remplis et qui pèsent sur les finances de l'assurance maladie. Ainsi, pendant la « nuit profonde », mais parfois aussi en première partie de nuit, la rareté des demandes de soin fait ressortir, dans de nombreux secteurs, le coût de revient de l'acte à des niveaux très élevés. À titre d'exemple, dans le secteur du Grand Lucé, dans la Sarthe, où durant toute l'année 2009, il n'y a eu que dix actes en « nuit profonde » (deux consultations et huit visites), les coûts qui en résultent pour l'assurance maladie se sont élevés à 3 723 € par

consultation et 3 727 € par visite. Ils sont très supérieurs à la dépense qui aurait été occasionnée par le passage aux urgences, même en prenant en compte le coût d'un transport sanitaire.

Des remarques analogues peuvent être faites sur la sectorisation des transports sanitaires⁴¹² et des pharmacies.

3 – Des incertitudes sur l'efficacité comparée des modes de régulation

À la différence de la régulation des centres 15, qui mettent l'accent sur le conseil médical et ne font appel à l'intervention d'un médecin que dans les cas où elle l'estime indispensable, l'organisation de SOS médecins continue de reposer majoritairement sur la visite au domicile du patient et en deuxième lieu sur des centres de consultation propres : les deux tiers des appels adressés aux plateformes de ces associations ont abouti en 2011 à une visite ou à une consultation.

Il serait donc utile, pour la bonne organisation de la PDSA, de mesurer l'impact de l'insertion de SOS médecins, et plus largement de toute autre association de permanence des soins fonctionnant sur les mêmes principes, non seulement sur le service médical rendu à la population, mais également sur le coût de fonctionnement du système. Or, très peu d'études utiles existent sur ce sujet. Certaines, très locales, ne peuvent prétendre à une validité générale, d'autres au contraire, fondées sur des moyennes nationales, sont difficilement utilisables pour articuler des moyens d'action qui se mettent en place au plus près du terrain.

La Cour a donc tenté, en s'appuyant sur des travaux réalisés à sa demande par la CNAMTS et sur des statistiques fournies par le ministère de la santé, de poser les jalons d'une telle évaluation. À cet effet, elle a comparé, pour des communes où SOS médecins est présent et d'autres où il ne l'est pas, les dépenses directes rapportées à l'habitant d'actes médicaux (visites et consultations) et de forfaits d'« effecton » en cas d'intervention facturés à l'assurance maladie dans le cadre de la permanence des soins.

Les résultats de cette comparaison ne prétendent pas à l'exhaustivité, puisqu'ils s'appuient seulement sur un petit nombre de villes ou d'agglomérations. Ils mettent toutefois en évidence un net surcoût des dépenses directes de PDSA dans les communes où SOS

412. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XI : les transports de patients à la charge de l'assurance maladie, La Documentation française, septembre 2012, p.327-330, disponible sur www.ccomptes.fr.

médecins est présent par rapport à celles où il ne l'est pas, comme le montre le tableau ci-après, qui rejoint les constatations faites dans certaines régions visitées par la Cour.

Tableau n° 75 : actes et dépenses de permanence des soins ambulatoire pour quatre communes où SOS médecins est présent et quatre communes où elle ne l'est pas⁴¹³

Commune	Population municipale (x 1000)	Nombre d'actes (consultations, visites, régulées et non régulées) réalisés pendant la PDS (x 1000)	Dépenses associées (x 1000 €)	Nombre d'actes par habitant	Dépense par habitant (€)
Toulon	166	52,5	2 551	0,32	15
Grenoble	156	27	1 233	0,17	8
Reims	181	17,7	796	0,10	4
Nîmes	141	26,5	1 182	0,19	8
Communes SOS médecins	644	123,7	5 763	0,19	9
Le Havre	177	18,1	788	0,10	4
Angers	147	9,5	406	0,06	3
Metz	122	10,7	503	0,09	4
Le Mans	142	10,3	431	0,07	3
Communes sans association SOS médecins reconnue	588	48,7	2 128	0,08	4

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Cette seule approche par les coûts directs est cependant insuffisante, car le service apporté par SOS médecins, qui est susceptible de répondre à des demandes urgentes, peut conduire, dans les zones où il s'exerce, à diminuer le recours aux autres dispositifs concourant à la prise en charge : urgences, transports sanitaires, services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), pompiers. Des études complémentaires devraient donc être menées pour comparer, de la même façon, le coût et l'activité de ces derniers dans les agglomérations où SOS médecins est présent et dans celles où il ne l'est pas. L'insuffisance des données actuellement disponibles, en particulier sur l'activité des urgences, mais aussi des transports sanitaires, aux horaires de la PDSA, n'ont permis à la

413. Ce tableau ne tient pas compte des dépenses de régulation, au demeurant modérées par rapport à celles d'effectif (en particulier, les dépenses totales de forfait de régulation ne se montent qu'à 10% des dépenses directes d'effectif, d'après les statistiques de la CNAMTS). Les colonnes 3 et 4 correspondent aux actes de PDSA consommés par les bénéficiaires de chacune des villes mentionnées et non pas aux actes réalisés par les omnipraticiens de ces zones.

Cour que de premières analyses. Certes partielles, ce qui ne peut permettre d'en tirer des conclusions définitives et générales, elles tendent toutefois à montrer que la situation n'est pas univoque. Si, dans certaines agglomérations importantes comme Toulon ou Grenoble, la présence de SOS médecins semblerait s'accompagner d'une moindre fréquentation des urgences, ce n'est pas le cas dans d'autres. Par ailleurs, les constatations faites en région sur les transports sanitaires ou les SMUR montrent qu'au moins en Bourgogne, la présence de l'association de permanence des soins n'entraîne pas de moindre recours à ces services.

Une meilleure évaluation de l'efficacité des divers moyens mis en œuvre dans la permanence des soins s'avère ainsi impérative.

C – La difficile évaluation de la participation des urgences à la PDSA

Alors que l'hôpital tient, sur tout le territoire, une place de plus en plus importante dans la mission de permanence des soins, l'évaluation précise de sa contribution se heurte aujourd'hui à des obstacles sérieux.

En particulier, l'insuffisance des données centralisées sur les activités des services d'urgence des hôpitaux ne permet pas d'isoler celles qui sont réalisées aux horaires de la PDSA.

Sur la base d'une enquête malheureusement partielle réalisée par la direction générale de l'offre de soins sur les années 2009 et 2010, on peut néanmoins estimer le nombre de passages aux urgences non immédiatement suivis d'hospitalisation aux horaires de PDSA à 2,55 millions en 2009 et 2,78 millions en 2010, soit, dans l'hypothèse d'un coût moyen de passage de 191 €⁴¹⁴, une dépense de 530 M€ environ en 2010. Elle est à mettre en perspective avec la croissance ininterrompue de l'activité des urgences, qui a augmenté de 36 % entre 2000 et 2009.

La détermination de la proportion de ces passages qui relève de la PDSA par rapport à celle qui correspond à l'activité normale des services d'urgence soulève des difficultés d'une autre nature. Elle demanderait en effet une expertise de nature médicale. Or, aucun accord ne règne à ce sujet. Les organisations d'urgentistes estiment que l'hôpital est là pour lever des risques potentiels et que la plus ou moins grande gravité des cas constatée ex post n'est pas un indice à prendre en compte : cela

414. Estimation établie par la Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre V : l'organisation de l'hôpital, La Documentation française, septembre 2009, p. 113-142, disponible sur www.ccomptes.fr.

signifierait que tous les passages sont justifiés. Pour de nombreux généralistes, au contraire, une proportion considérable des passages aux urgences est inutile et devrait revenir vers le système libéral, moins onéreux en règle générale et bien placé pour déterminer si un passage à l'hôpital est indispensable.

Il est regrettable que le ministère de la santé n'ait pas jusqu'à ce jour mené d'étude approfondie sur cette question. Cette lacune est une source de conflits constants entre médecins libéraux et urgentistes. Elle interdit aux autorités de santé d'organiser une régulation plus efficace dans le double intérêt des usagers et de l'assurance maladie.

III - Un dispositif à consolider et à mieux réguler

L'enquête menée par la Cour fait apparaître la diversité des situations sur le territoire. Suivant que l'on se situe en zone urbaine ou rurale, dans une grande ou une petite agglomération, selon la région, l'histoire ou les types d'organisation mises en place, la physionomie de la permanence des soins, la place et la performance de ses acteurs varient considérablement.

Tous les leviers doivent donc être mobilisés pour mieux organiser la présence médicale sur le territoire, informer le public et développer le rôle de surveillance et de régulation du ministère de la santé.

A – Mieux organiser la présence médicale

1 – Encourager de nouvelles formes d'organisation

Un meilleur déploiement de la PDSA sur le terrain exige un effort d'adaptation et l'encouragement à de nouvelles formes d'organisation, qu'il s'agisse du redécoupage des territoires de la permanence des soins, du développement des maisons médicales de garde, ou encore de la mise en place de moyens d'intervention adaptés aux besoins spécifiques de certaines catégories de la population.

Ces pistes ont déjà été en partie suivies, quoiqu'insuffisamment et inégalement. La forte implication des ARS dans la rédaction des nouveaux cahiers des charges a depuis peu accéléré le mouvement. Elles doivent être approfondies et étendues.

a) La restructuration des secteurs de garde

Les autorités de santé se sont attachées depuis plusieurs années à réduire le nombre de secteurs, sans que le temps d'accès au praticien de garde, généralement compris entre 30 et 40 minutes, n'en souffre trop. On est ainsi passé de 3 370 secteurs en 2003 à 1 910 début 2013, soit une baisse de plus de 40 %⁴¹⁵.

Leurs regroupements temporaires ou saisonniers se sont développés, permettant de mieux s'adapter à la réalité des besoins. L'arrêt de la garde des médecins après minuit s'est largement diffusé dans les cahiers des charges. Il s'observe aujourd'hui dans plus de la moitié des territoires de permanence des soins. Il permet de réduire les surcoûts découlant du financement de deux lignes de soins (la PDSA libérale et les services des urgences) dans des périodes où la demande est faible. Au total, la proportion des tours de garde comportant moins de dix médecins, les plus fragiles, a diminué (32,4 % en 2013 contre 46,5 % en 2008⁴¹⁶).

L'examen des cahiers des charges montre cependant que les performances des régions sont inégales pour ce qui concerne le redécoupage des territoires de garde. Les coûts importants que représentent le maintien d'un système de permanence traditionnel après minuit - puisque des forfaits d'astreintes doivent être payés à tous les médecins participants - alors que les services d'urgence sont accessibles pour la plupart en moins de 30 minutes par la population, plaident pour l'accélération, où cela apparaît nécessaire, de la mise en place de solutions alternatives.

b) Le développement des maisons médicales de garde et les nouveaux moyens d'intervention

Les maisons médicales de garde (MMG) sont « des lieux fixes déterminés de prestation de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée⁴¹⁷ ».

Cette forme d'organisation présente beaucoup d'avantages par rapport à la traditionnelle astreinte réalisée en cabinet médical. Elle permet de disposer d'un minimum d'infrastructures et d'équipements, qui assurent une meilleure prise en charge du patient. La localisation dans un

415. Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

416. Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

417. Circulaire DGOS du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

point fixe permet une articulation avec les autres maillons du dispositif de santé. Elles peuvent également jouer un rôle lors d'événements exceptionnels (pandémies par exemple).

Les maisons de garde sont un des moyens les plus efficaces pour réaliser l'élargissement des secteurs de garde. Si elles sont convenablement situées à un nœud de communications locales, elles permettent de desservir un territoire plus vaste sans dégrader le temps d'accès.

Ces deux atouts en entraînent un troisième, celui de contribuer à créer une dynamique de mobilisation des médecins pour la permanence des soins. Ceux-ci sont en effet assurés d'un tour de garde moins fréquent et d'une activité plus importante pendant la garde, dans un cadre mieux équipé et relié aux autres acteurs.

Grâce, notamment, aux incitations des financements publics⁴¹⁸, leur nombre est passé de 98 en 2003 à 369 aujourd'hui, couvrant environ le quart (23 %) des secteurs de garde.

Le poids de plus en plus important de la population âgée faisant appel à la permanence des soins a par ailleurs conduit, depuis peu et dans certaines régions, à développer des formules qui leur sont mieux adaptées : « effecteurs mobiles » qui, dans les zones rurales, peuvent se déplacer et éviter le recours à l'hôpital, intervention des transports sanitaires pour rejoindre la maison médicale de garde, liens améliorés avec les établissements accueillant des personnes âgées.

La poursuite du développement de ces modes d'organisation est souhaitable, en veillant toutefois à ce que leurs spécifications et leurs tarifs ne risquent pas de déstabiliser les solutions trouvées dans les autres régions. Leur bonne articulation avec les hôpitaux doit en outre être recherchée, en particulier dans le cas des maisons de garde. L'expérience confirme qu'elles auraient en effet tout avantage à être localisées, à l'avenir encore plus qu'aujourd'hui, à proximité ou dans les locaux mêmes des établissements de santé.

2 – Elargir les compétences des ARS dans les domaines des pharmacies et des transports sanitaires

Les pouvoirs nouveaux d'organisation des ARS ont été jusqu'ici strictement limités à la permanence des soins médicaux. Ils n'ont pas été étendus aux gardes des pharmacies et des transports sanitaires, dont les

418. Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) puis le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

principaux paramètres (montant des forfaits de garde, tarif des transports ou des honoraires d'exécution d'ordonnance) continuent de relever du champ conventionnel ou de textes réglementaires nationaux. L'organisation concrète de la garde dans le secteur des pharmacies relève d'ailleurs principalement des syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine.

Bien que les quelques pouvoirs que détenaient antérieurement les préfets dans ces domaines aient été transférés en 2010⁴¹⁹ aux directeurs généraux des ARS, l'examen des nouveaux cahiers des charges découlant de la loi du 29 juillet 2009 montre que ces derniers n'en n'ont fait que peu usage et que les organisations antérieures n'ont été que minoritairement remises en cause.

De ce fait, la cohérence du service global apporté à la population peut en souffrir. Il n'y a pas de coordination entre les lieux de mise en œuvre des moyens d'intervention, de sorte que la distance peut être grande entre le cabinet du médecin de permanence et la pharmacie de garde, ce qui occasionne des désagréments pour l'utilisateur. Les règles que le code de la sécurité sociale fixe à la prise en charge des frais de transport sanitaire excluent les « sorties blanches » (non suivies du transfert du patient vers l'hôpital) et les transports vers le cabinet du médecin de garde, alors que dans certains cas, ces solutions, qui éviteraient les frais de passage à l'hôpital, seraient à la fois mieux adaptées pour le patient et plus économes pour l'assurance maladie. L'étanchéité des circuits de financement des trois systèmes nuit enfin à la définition par l'ARS d'une stratégie globale et cohérente sur son territoire de compétence.

3 – Articuler plus efficacement l'hôpital et la médecine libérale

La préoccupation d'une meilleure articulation de la PDSA avec les établissements de santé suppose au-delà de la localisation des maisons médicales de garde de repenser les modes d'accès, la tarification et l'organisation des urgences elles-mêmes. L'efficacité de la réponse médicale, mais aussi le coût de l'ensemble du système en dépendent.

419. Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

a) L'organisation de l'accès aux urgences

Le principe de la régulation préalable des moyens mis en œuvre, élément essentiel de la PDSA, ne s'applique pas aux urgences, dont l'accès est libre.

Il n'a pas été systématiquement défini, pour pallier cette particularité, de cadre général pour faciliter la réorientation des patients entre les composantes médecine de ville et hôpital de la PDSA. Quelques initiatives locales montrent cependant que des progrès importants pourraient être réalisés. Ainsi, à Dijon, un protocole de renvoi de patients conclu entre le service des urgences du centre hospitalier et universitaire et une maison médicale de garde installée à sa proximité immédiate, dans l'hôpital, a-t-il pu aboutir en quelques mois à apporter à celle-ci 40 % de son activité, une proportion équivalente lui arrivant par la régulation téléphonique. Des exemples analogues ont été relevés par la Cour dans le département du Nord.

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

b) La tarification et l'organisation des urgences

Les urgences présentent une singularité dans le système de tarification de l'activité hospitalière. Leur financement repose en effet depuis 2004 sur une combinaison d'une dotation fixe et uniforme entre les établissements de santé (dénommée « forfait annuel urgences » - FAU -), d'un tarif par passage (dénommé « accueil et traitement des urgences » - ATU -) et de la rémunération des actes effectués.

Ce tarif, qui fait ressortir la somme du forfait annuel et du tarif par passage (FAU + ATU) hors actes en sus à environ 95 € par acte, est à la fois plus cher qu'une visite ou une consultation réalisée par un médecin de ville dans le cadre de la PDSA⁴²⁰, et avantageux pour l'hôpital s'il ne met en œuvre que des actes simples. De plus, cette configuration pousse à un accroissement de l'activité des services d'urgences dans le créneau d'actes qui seraient traités pour moins cher par la médecine de ville.

420. Sauf dans le cas d'une très faible activité, comme dans les exemples de nuit profonde cités supra.

La révision de l'organisation et de la tarification des services d'urgence, dont la Cour a plusieurs fois relevé la nécessité, est indispensable. Cinq ans après la recommandation de la Cour à ce sujet⁴²¹, le ministère de la santé indique seulement qu'une réflexion est en cours à ce sujet⁴²² et n'a pas encore engagé de réforme.

c) Une meilleure utilisation de l'effet de levier du fonds d'intervention régional

Le fonds d'intervention régional, qui réunit depuis 2012 la plupart des moyens financiers destinés, non seulement à la PDSA et à la PDSES, mais également à la modernisation de l'offre de soins et à la politique de prévention⁴²³, a été institué afin de constituer le levier d'une stratégie globale pour améliorer la qualité des soins, notamment par une meilleure articulation entre la médecine de ville, les urgences et l'organisation des lignes de garde à l'hôpital. Or, les orientations retenues par les agences régionales de santé pour 2012 montrent que les redéploiements ont été très inégaux selon les régions⁴²⁴.

Il est essentiel que les ARS soient incitées par le ministère de la santé à utiliser mieux la souplesse dans l'allocation des moyens qui leur est désormais permise pour régler plus efficacement des dépenses qui approchent désormais globalement au titre de la permanence des soins 1 900 M€, en ajoutant la PDSA, les frais liés aux pharmacies et aux transports sanitaires (630 M€), les urgences (jusqu'à 530 M€) et la PDSES (723 M€).

B – Informer et sensibiliser le public

Les réformes qui se sont succédé à partir de 2002 se sont traduites, pour la population, par un changement du mode d'accès aux soins. Le point d'entrée du système était avant cette date le médecin de garde, il est désormais la régulation téléphonique.

421. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2007*, Les urgences médicales : constat et évolution récente, La Documentation française, février 2007, p. 313-412, disponible sur www.ccomptes.fr.

422. Une enquête nationale de la DREES sur les urgences hospitalières est en cours.

423. Son montant a été porté de 1,5 Md€ en 2012 à 3,3 Md€ en 2013.

424. C'est dans l'enveloppe de la PDSES que les économies les plus significatives devraient être dégagées, celles-ci devant être redéployées vers les missions de modernisation des soins et de prévention. L'enveloppe de la PDSA devrait être, pour sa part, quasiment stable.

À cette modification profonde du fonctionnement du système, qui a fait disparaître les listes de médecins de garde qui étaient publiées dans la presse locale, n'a pas correspondu une communication claire et globale. C'est elle qui doit être conduite à présent.

1 – Des informations fragmentées

C'est le fonctionnement de la régulation médicale qui est le plus opaque pour la population, alors qu'elle conditionne l'accès aux soins aujourd'hui.

Trois raisons au moins expliquent cette situation. En l'absence de messages clairs et généraux, l'information du public repose souvent sur les consignes ou répondants des médecins libéraux. Or, ceux-ci donnent des conseils variables. Par ailleurs, la régulation du 15 est en concurrence avec les numéros d'appels des associations de permanence des soins du type de SOS médecins, mais aussi avec le 18, numéro des services départementaux d'incendie et de secours, lorsqu'il s'agit d'aide médicale urgente. Cette juxtaposition d'acteurs intervenant en partie dans le même domaine avec des doctrines et des numéros d'appels différents crée en tout cas une confusion et peu de suites ont encore été apportées à la recommandation de la Cour de regrouper les plateformes des SDIS et des SAMU.

Enfin, la régulation médicale organisée par le SAMU et les médecins libéraux est elle-même mal identifiée. En complément du 15, numéro accessible partout sur le territoire, les médecins libéraux qui y participent ont souvent tenu à disposer du leur, qui les distingue du monde de l'hôpital. Ces numéros spécifiques à la régulation libérale sont au demeurant différents d'un département à l'autre et ont tantôt quatre, tantôt dix chiffres. Des associations de médecins font parfois localement leur promotion, en concurrence avec le 15. Dans certains cas, des numéros d'appels directs à des médecins de garde sont publiés par la presse locale. Dans ces conditions, il est bien difficile pour l'utilisateur de retenir la bonne formule.

L'accès à la pharmacie de garde n'est pas non plus aisé. Le système traditionnel des affichettes posées sur la vitrine de l'officine connaît des défaillances. Les modalités d'accès protégé, via la police ou la gendarmerie, ne sont pas toujours comprises. Les systèmes de renseignement par téléphone ou internet ne sont ni universels, ni gratuits.

2 – Des dispositions pour accompagner les nouveaux cahiers des charges qui risquent d'accroître la confusion

Les agences régionales de santé sont désormais responsables de la communication sur la PDSA. Les nouveaux cahiers des charges prévoient d'ailleurs souvent des dispositions spécifiques à ce sujet. Leur étude permet de constater que des stratégies et des actions particulières sont envisagées dans chaque région.

Cette prolifération de messages locaux (certaines ARS, comme celle d'Auvergne, prévoient même des déclinaisons départementales de leurs actions de communication), qui tendront naturellement à reproduire les particularités de l'organisation de chaque région, leurs numéros d'appel différents, leurs modes de mise en œuvre particuliers, risque de masquer les grands principes de la PDSA, comme le passage préalable par la régulation et l'usage du 15, du fait de messages complexes, difficiles à retenir et différents suivant le lieu où ils se trouvent. Elle ne tient pas compte du fait que les Français ne résident pas toute l'année au même endroit et que les périodes où ils se déplacent le plus, les week-ends, les jours fériés, les ponts, correspondent précisément aux pics d'activité de la PDSA. Aucune action nationale n'est pourtant pour le moment envisagée pour sensibiliser la population aux nouveaux modes d'organisation générale de la permanence des soins.

3 – Organiser une campagne d'information nationale sur le bon usage de la PDSA

Une telle action pourrait avoir pour but de présenter et de faire comprendre les grandes lignes et la logique de la permanence des soins, indépendamment de ses déclinaisons territoriales. Elle devrait également s'accompagner d'une campagne pédagogique destinée à combattre le consumérisme médical, à permettre un recours plus pertinent aux urgences et à responsabiliser les citoyens sur le bon usage du système de soins.

C – Le recentrage du ministère de la santé sur un rôle de surveillance et de régulation

Le mouvement de déconcentration renforcé par la loi HPST a été largement mis profit par les agences régionales de santé, qui ont bénéficié d'un cadre où les acteurs locaux étaient responsabilisés par l'existence d'enveloppes budgétaires contraignantes mais où des marges d'adaptation aux réalités locales étaient du même coup ménagées.

Ces évolutions font cependant apparaître la nécessité de recentrer, en contrepartie, l'action du ministère de la santé pour une régulation plus efficace et plus exigeante du dispositif.

1 – Une gestion par enveloppe plus équitable et plus efficace

a) Une répartition des enveloppes à revoir

Plutôt que de fonder la distribution des moyens sur une analyse des besoins objectifs des régions, le ministère de la santé a donné la préférence à la continuité avec la situation antérieure, en décidant que les enveloppes des ARS ne pourraient pas être inférieures de plus de 4 % aux dépenses constatées précédemment.

Ce choix, qui a permis la consolidation des situations acquises dans les régions où peu de réformes productrices d'économies avaient été conduites jusque-là, engendre des inégalités entre régions au détriment des plus vertueuses. Dans celles qui disposent de ressources comparativement plus élevées, il est une incitation à l'immobilisme ou à l'augmentation excessive des tarifs des astreintes. De ce fait, des économies possibles échappent à l'assurance maladie et de fortes disparités dans les montants des forfaits apparaissent, porteuses d'instabilités futures. L'analyse des premiers cahiers de charges montre ainsi que les forfaits de régulation s'étagent entre 70 et 120 €, tandis que les forfaits d'« effecton » en nuit profonde, fixés à 150 € dans de nombreuses régions, atteignent 300 € en Midi-Pyrénées ou en Aquitaine dans quelques secteurs étendus, sans même prendre en compte les formules beaucoup plus onéreuses souvent mises en place pour les effecteurs mobiles (828 € en Loire-Atlantique, dans le cadre d'une expérimentation spécifique⁴²⁵).

b) Un champ à élargir

Seules les dépenses de forfaits d'astreinte sont incluses dans les enveloppes des ARS. Les majorations spécifiques aux tarifs des visites et consultations ne le sont pas. Elles continuent de relever du champ conventionnel national.

Cette situation réduit la portée de la stabilisation globale des dépenses puisqu'y échappent près des deux tiers d'entre elles. Elle empêche en outre que la logique de responsabilisation des médecins ne

425. Ce montant se décompose en une astreinte fixe de 450 € et d'une garantie de paiement d'actes, réalisés ou non, pour le solde.

s'étende aux actes médicaux effectués dans le cadre de la PDSA. Pourtant, l'exemple d'une expérimentation mise en place dans la région Pays de la Loire, où l'ARS gère une enveloppe qui couvre aussi bien les forfaits d'astreinte que les majorations spécifiques d'actes, montre que des changements de comportement peuvent apparaître à la faveur d'un dispositif plus englobant⁴²⁶.

Il convient donc de tirer les enseignements de cette expérience, en examinant les conditions dans lesquelles ses aspects positifs peuvent être transposés au niveau national, dans le cadre d'enveloppes assurant une maîtrise rigoureuse de la dépense.

2 – Un cadre plus strict pour la régulation des appels

Pour ce qui concerne les associations de permanence des soins, il n'est pas possible de se satisfaire de la situation actuelle, où aucun cadre de règle ne s'applique en définitive à leurs plateformes téléphoniques. Une nouvelle tentative pour définir un cadre qui soit commun avec les centres 15 n'aurait de sens que si les choix de base des deux systèmes étaient remis en question, en s'inspirant le cas échéant des exemples étrangers, qui font souvent plus de place aux protocoles et aux infirmiers. Elle pourrait donc conduire à des remises en cause importantes dans le fonctionnement des deux organisations. Une voie plus modeste consisterait à se contenter de définir, à côté des recommandations actuelles de la HAS, qui ne s'appliquent de fait qu'aux centres 15, une nouvelle série de principes normatifs propres aux associations de permanence des soins. Quelle que soit la solution retenue, l'attribution de la majoration spécifique pour régulation, aujourd'hui appliquée sans discrimination à tous les actes réalisés par ces associations, serait à l'avenir subordonnée au respect de ce corps de règles.

3 – Développer le pilotage et l'évaluation

En complément, le ministère de la santé devrait centrer son action sur plusieurs priorités aujourd'hui insuffisamment prises en compte.

Il doit renforcer la surveillance du système, en détectant rapidement les dérives financières ou tarifaires qui peuvent survenir dans

426. En Loire-Atlantique, la première année de l'expérimentation a amené à une réduction de 40 % environ des actes médicaux.

telle ou telle région⁴²⁷ ; il lui revient encore, par la production ou la commande d'études spécifiques, de contribuer à une meilleure connaissance des moyens mis en œuvre lorsque, comme le montrent les exemples des urgences et des associations de permanence des soins, l'ignorance des coûts et des conditions de bonne utilisation porte préjudice à leur bonne organisation ; il aurait enfin avantage à développer l'étalonnage des moyens d'intervention, notamment lorsqu'ils sont nouveaux, à diffuser les bonnes pratiques et à fournir un cadre à l'évaluation des dispositifs locaux qui permette la comparabilité des travaux menés à ce titre par les agences régionales de santé.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'abandon brutal de l'obligation déontologique des médecins libéraux d'effectuer la garde s'est traduit par un transfert de responsabilité de la profession à l'État et par une explosion des dépenses de l'assurance maladie qui ont triplé depuis 2001.

Après une décennie de profonds changements, la permanence des soins aborde, avec la mise en place effective de la nouvelle architecture instituée par la loi « hôpital, patients, santé et territoires », une étape décisive.

Elle dispose pour ce faire d'atouts originaux : une organisation déconcentrée sur les agences régionales de santé, qui peut adapter la mise en œuvre des moyens d'action au contexte local tout en responsabilisant les acteurs dans le cadre d'enveloppes budgétaires limitatives, le développement progressif de formules d'intervention plus efficaces et adaptées, l'amorce de l'intégration de la permanence des soins dans une approche plus large de la politique de santé locale dans le cadre du fonds d'intervention régional.

Mais les choix faits à l'occasion de l'élaboration des nouveaux cahiers des charges laissent encore apparaître un dispositif instable, qui peut conduire à la poursuite du cycle de frictions et de déséquilibres qui gouverne la permanence des soins depuis les années 2000.

La mauvaise répartition des enveloppes régionales, la persistance de règles différentes régissant les secteurs des transports sanitaires et des pharmacies, l'insuffisante précision du cadre appliqué aux associations de permanence des soins, la survivance de mécanismes trop lourds pour déclencher les réquisitions, l'articulation trop faible entre la médecine

427. L'expérimentation menée en Pays de la Loire, intéressante par certains aspects, pourrait aboutir à un accroissement de près de 30 % des dépenses si aucune mesure n'est prise pour les contenir, car la réduction de l'activité constatée s'est faite au prix d'une augmentation considérable des tarifs.

libérale et les établissements de soins, l'évolution de la démographie médicale sont porteurs de difficultés futures. La rareté, l'obscurité et la confusion de l'information apportée au public compromettent le bon usage qu'il fera du système et donc l'efficacité de celui-ci.

Face à ces multiples fragilités, les autorités de santé ne doivent pas laisser seulement s'organiser les initiatives locales. Elles ont à faire des choix structurants pour préparer l'avenir.

Mais ce dernier dépend au premier chef de l'implication plus active encore des médecins et de leurs instances pour assurer la continuité d'un service essentiel à la population. S'ils n'ont plus de devoir déontologique, leur responsabilité reste entière à son égard.

La Cour formule les recommandations suivantes :

47. recentrer l'action du ministère de la santé sur le pilotage global et la régulation du système, notamment en définissant sans délai les modalités d'une meilleure articulation des urgences et de la permanence des soins ambulatoires ;

48. confier aux agences régionales de santé la responsabilité générale de l'organisation des gardes de tous les professionnels de santé (permanence des soins ambulatoires, gardes pharmaceutiques, gardes ambulancières) et de leur financement dans le cadre d'enveloppes régionales fermées regroupant l'ensemble des dépenses, y compris de rémunération des actes médicaux, calculées sur des bases objectives ;

49. transférer le pouvoir de réquisition du préfet au directeur général de l'agence régionale de santé ;

50. subordonner le versement de la majoration spécifique aux actes médicaux effectués dans le cadre de la permanence des soins au respect par les associations de permanence des soins d'un corps de règles garantissant l'homogénéité et la qualité de leur mode de régulation ;

51. engager une action vigoureuse d'information et de sensibilisation du public aux nouveaux modes d'organisation de la permanence des soins.
