

Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur

L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE, AU 31 DÉCEMBRE 2013

INTRODUCTION

Pour la 11^{ème} année consécutive, le CNOM a mené une enquête nationale sur la permanence des soins ambulatoires assurée par les médecins généralistes et sur les modalités de son organisation.

La permanence des soins reste un sujet essentiel en 2013 :

- pour la population (qui doit obtenir une réponse adaptée à ses demandes de soins non programmées),
- pour les pouvoirs publics (comme en atteste le rapport de la Cour des Comptes ou la mission d'information de l'Assemblée Nationale),
- pour la profession (que ce soit au niveau du volontariat ou de la coordination à affirmer entre la PDS libérale et les services d'urgence, au lieu de les placer en concurrence),
- pour les Conseils de l'ordre (qui consacrent une part importante de leur travail tant à la gestion des tableaux qu'aux discussions avec les ARS, en charge de l'organisation).

L'année 2013 a été marquée par la poursuite de l'implémentation des cahiers des charges régionaux et de leurs premières évolutions. Dans la majorité des cas, celles-ci ont fait l'objet de concertations locales entre les ARS et les Conseils de l'ordre, mais, dans certains départements, celles-ci ont pu être jugées insuffisantes ou insatisfaisantes alors que leur expertise sur le sujet est ancienne, globale et qu'ils regroupent les acteurs concernés.

Sur le terrain, parmi les principales évolutions constatées par rapport à l'année précédente, on note une poursuite de la réduction du nombre de territoires de PDS et un accroissement de la disparition de l'effectif en nuit profonde. Parallèlement, on relève un renforcement discret de la régulation, quelques créations de nouveaux lieux d'effectif fixe, et des nouvelles expérimentations pour organiser une effectif mobile complémentaire des sites fixes. Certaines situations médico-administratives ne relevant normalement pas de la PDS (certificats de décès, examen des gardés à vue) continuent hélas trop souvent à alourdir les missions des médecins assurant l'effectif en PDS. Quant au financement de cette mission, les disparités flagrantes au moment de la création des enveloppes régionales fermées n'ont que peu été compensées par leur fongibilité dans les FIR, et trop de décisions semblent relever plus d'une logique comptable que des besoins de la population ou des avis de la profession.

En 2013, l'enquête démontre que les médecins ont globalement assumé leurs responsabilités malgré la confirmation d'une tendance à l'érosion du volontariat et l'existence de zones blanches ou fragiles (sur environ un tiers des territoires, la PDS est assurée par moins de dix volontaires, et par moins de cinq dans la moitié de ceux-ci). On peut aussi considérer que les besoins de la population en sont globalement satisfaits au vu du très faible nombre de plaintes (ou de doléances) traitées par les Conseils départementaux de l'Ordre ou les assurances de responsabilité civile professionnelle et pénale.

MÉTHODOLOGIE

Cette enquête a été réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins pendant le mois de janvier 2014. Le questionnaire, comportant 60 questions fermées et 16 questions ouvertes, a été adressé aux 100 conseils départementaux de métropole et d'Outre-Mer en novembre 2013.

Le retour des questionnaires a été prolongé par des contacts téléphoniques systématiques avec les responsables de la permanence des soins au sein de chaque conseil départemental afin de garantir la qualité des réponses, d'affiner et de préciser certains points, et de permettre un traitement fiable et homogène de l'information reçue.

Les 22 conseils régionaux ont également été interrogés.

L'enquête offre un instantané, au 31 décembre 2013 de situations qui ont constamment évolué pendant l'année 2013 et continueront à évoluer en 2014.

Agréger au plan national la diversité des réalités départementales, voire infra-départementales est une tâche qui peut s'avérer, dans certains cas, délicate.

Pour autant, l'analyse des données agrégées fait ressortir incontestablement des évolutions et des constantes partagées sur l'ensemble du territoire national.

L'enquête est présentée le 31 janvier 2014 par la Commission nationale de la permanence des soins et des urgences médicales au Conseil national réuni en Session plénière, à l'Assemblée des présidents et secrétaires généraux des conseils départementaux, le 1^{er} février 2014, puis mise en ligne sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins. Elle est adressée à toutes les institutions à caractère national concernées par la question de la permanence des soins dès lors qu'elle apporte à tous des informations sur la réalité locale de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins et ses évolutions. Elle permet également des comparaisons entre différentes formes d'organisations locales.

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Méthodologie	2
I. PUBLICATION DES CAHIERS DES CHARGES	4
1) Toutes les régions en sont dotées au 31-12-2013	5
2) La participation du conseil de l'ordre à l'élaboration du cahier des charges	5
II. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN 2013	7
1) La régulation médicale : 2760 médecins régulateurs libéraux	7
- les principes de régulation médicale	8
- présence des médecins libéraux dans les centres 15	9
- la régulation déportée	9
- un numéro dédié à la permanence des soins	10
- les plates-formes de régulation médicale	10
- le fonctionnement de la régulation médicale est globalement satisfaisant	10
- Mesures d'impact de la régulation libérale	11
- <i>tableau : montant horaire des astreintes de régulation médicale</i>	12
2) Les territoires de la permanence des soins en fonction des plages horaires	13
- en soirée	13
- en journée, les week-ends et jours fériés	14
- en nuit profonde	15
- l'arrêt de la permanence des soins à minuit	15
- <i>cartes : les territoires de la PDS de 20H00 à minuit</i>	17
- <i>cartes : la couverture de la PDS de minuit à 8H00</i>	19
3) Lieux d'effecton fixe de la permanence des soins	21
- <i>cartes : sites dédiés en PDS</i>	23
4) L'effecton mobile	26
5) Situations particulières pendant les périodes de permanence des soins	26
- les certificats de décès	26
- les examens de garde a vue	27
- <i>carte : médecine légale</i>	29
- la permanence des soins et les EHPAD	30
III. PARTICIPATION DES MEDECINS A LA PDS ET LE ROLE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL	31
1) Participation des médecins	32
- le volontariat	32
- <i>cartes : participation des médecins généralistes à la PDS</i>	35
- la complétude des tableaux	37
- les réquisitions	37
- la rémunération des effecteurs	38
- <i>tableau : montant forfaitaire des astreintes d'effecton médicale</i>	39
- les logiciels de garde	41
2) Permanence des soins et organisation du conseil départemental	42
- doléances et plaintes reçues par les conseils départementaux à propos de la PDS	42
- responsabilité civile et pénale	43
Conclusion	44
- <i>Annexe 1 : participation des médecins à la régulation</i>	45
- <i>Annexe 2 : questionnaire-type envoyé aux départements sur l'état des lieux de la PDS</i>	51
- <i>Annexe 3 : questionnaire-type envoyé aux régions sur l'état des lieux de la PDS</i>	57

I. PUBLICATION DES CAHIERS DES CHARGES

1) Toutes les régions en sont dotées au 31 décembre 2013 et une majorité d'entre elles remettent l'ouvrage sur le métier

	OUI	NON	non communiqué ou sans objet
Y a-t-il eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2013 ?	61	39	
L'ARS a-t-elle créé un groupe de travail ou un comité de pilotage autour de l'évolution et du suivi du cahier des charges ?	72	27	1
S'est-il réuni en 2013 ?	65	8	27
Le CODAMUPS, s'est-il réuni en 2013 ?	85	14	1
<ul style="list-style-type: none"> Son sous-comité médical s'est-il réuni ? 	57	40	3
S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2013, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?	48	46	6

Selon les termes de l'article R6315-6 du code de la santé publique :

Dans chaque région, les principes d'organisation de la PDS font l'objet d'un cahier des charges arrêté par le directeur général de l'ARS, dans le respect des objectifs du schéma régional d'organisation des soins.

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

Il précise les conditions d'organisation sur le territoire des permanences de soins afférentes à chaque département.

En 2013, les cahiers des charges des 3 dernières régions qui n'en étaient pas dotées ont été publiés (Midi-Pyrénées, Corse, Provence-Alpes-Côtes d'Azur).

Il ne s'agit pas pour autant de la fin d'un processus engagé avec l'installation des ARS en avril 2010 et les cahiers des charges publiés ont été modifiés en 2013 dans 14 régions, (Alsace, Rhône-Alpes, Ile-de-France, Réunion, Picardie, Aquitaine, Centre, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne, Poitou-Charentes, Auvergne).

Ces modifications ne sont pas substantielles et peuvent porter sur toute la région (Ile-de-France) ou sur un ou plusieurs des départements (Dordogne pour l'Aquitaine) qui la composent. Les résultats de l'enquête nationale l'attestent.

Elles portent sur la création de nouveaux points fixes d'effectif, la modification des rémunérations, le regroupement de secteurs, l'arrêt de la PDS en nuit profonde sur certains secteurs, l'expérimentation d'une effectif mobile en nuit profonde, ou encore le transport de malade vers des points fixes d'effectif.

Dans de nombreuses régions de nouvelles modifications sont programmées ou envisagées en 2014 (Rhône-Alpes, Franche-Comté, Champagne-Ardenne).

Ces modifications illustrent la complexité d'une organisation vivante et évolutive.

On notera que dans certains cas, l'organisation de la permanence des soins a été modifiée avant même que le cahier des charges en prenne acte (Picardie) ou encore que les engagements pris dans le cahier des charges régional ont mis plus d'un an à se réaliser sur le terrain (création de MMG, renforcement de la régulation libérale...).

Dix conseils départementaux estiment qu'à ce jour le cahier des charges n'a pas été mis en œuvre dans toutes ses composantes.

2) La participation du conseil de l'ordre à l'élaboration du cahier des charges

Elle a impliqué les conseils régionaux de l'Ordre des médecins dans les commissions de l'organisation des soins comme dans les conférences de territoire (Limousin, Champagne-Ardenne, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne, Auvergne, Franche-Comté, Lorraine, Bourgogne, Rhône-Alpes, Haute-Normandie).

60% des conseils départementaux ont été sollicités au travers de contacts directs avec le DGARS et ses délégués territoriaux ; ces contacts peuvent être informels ou avoir lieu à l'occasion de la réunion d'instances de suivi et de concertation plus formalisées comme en Ile-de-France.

D'autres conseils départementaux se plaignent des contacts peu fréquents voire inexistant, bien que la loi prévoit l'association obligatoire de l'Ordre des médecins à l'élaboration du cahier des charges et de ses déclinaisons départementales.

Des discussions ont également eu lieu au sein des CODAMUPS qui se sont réunis dans 85 départements, comme au sein de leurs sous-comités médicaux qui se sont réunis dans 57 départements (avec une moyenne de 2 réunions).

Lorsque le cahier des charges régional a été modifié, les conseils départementaux ont donné majoritairement un avis favorable. Cela ne saurait occulter les avis défavorables émis par une vingtaine d'entre eux, soit au regard de la démographie médicale, soit du désengagement des médecins, soit de décisions jugées arbitraires ou du manque de financement. Même si depuis 2012, l'enveloppe budgétaire de la permanence des soins est fongible au sein du fonds

d'intervention régional géré par l'ARS, certains conseils départementaux déplorent l'insuffisance des sommes allouées ou la façon dont elles sont utilisées.

Les économies réalisées au travers d'une resectorisation diminuant les lignes d'astreinte comme l'arrêt en nuit profonde (certaines à la demande des médecins et d'autres à celle des ARS) n'ont pas toujours été compensées à la même hauteur même si des efforts ont été faits ici et là pour la création de sites dédiés à la permanence des soins, la revalorisation des astreintes ou l'élargissement de la régulation libérale. Dans de rares cas, il est fait état d'une augmentation des enveloppes.

En définitive, les ARS n'ont pas toutes associé l'Ordre des médecins de la même manière à leurs travaux et l'on passe d'une région et d'un département à l'autre d'un partenariat effectif à une simple information. Cette situation est regrettable et les ARS ont tout à gagner à prendre en compte les propositions, les observations et mises en garde des conseils départementaux qui connaissent mieux que quiconque les difficultés présentes et à venir du terrain et savent les précautions à prendre pour faire évoluer les dispositifs existants comme les dangers à remettre en cause les modes d'organisation qui satisfont les médecins effecteurs et régulateurs.

II. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN 2013

1) La régulation médicale : 2760 médecins régulateurs libéraux

	OUI	NON	Sans objet
L'organisation de la régulation libérale dépend-elle d'une organisation exclusivement départementale (par opposition à des organisations interdépartementales) ?	84	15	1
La régulation médicale dans votre département (hors plates-formes d'appels des associations de type SOS Médecins) de la PDS dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15 ?	30	70	
Dans ce cas, l'appel parvient-il à une plate-forme de régulation commune avec le Centre15 ?	30	0	70
Les médecins libéraux participent-ils à la régulation médicale ¹ ?	97	3	
Si vous en connaissez le nombre, même approximatif, communiquez-le	2760		
Les rapports entre médecins régulateurs et médecins effecteurs sont-ils bons ?	86	11	3

Porte d'entrée et pivot de la bonne organisation de la permanence des soins, la régulation médicale connaît à nouveau une évolution positive en particulier pour ce qui concerne l'engagement des médecins libéraux (+ 4 %) même si la décélération de la progression du nombre de médecins régulateurs libéraux, déjà constatée l'année dernière, se confirme.

Rappelons que tout acte médical pendant les périodes de la permanence des soins est censé être régulé en amont et que toute intervention médicale doit être déclenchée par un médecin régulateur exclusivement dédié à cette activité.

La participation des médecins libéraux est effective dans 97 départements (comme l'année précédente). La progression du nombre de régulateurs libéraux est nette dans certains départements comme le Var, l'Isère, la Meurthe-et-Moselle, le Gers. Mais la régulation libérale reste fragile avec des départements où la participation diminue (par exemple, dans la Moselle, les Pyrénées-Atlantiques).

En nuit profonde, il n'y a pas de médecins régulateurs libéraux dans un tiers des départements. Au moment où les secteurs se regroupent et où le nombre de territoire des effecteurs de nuit profonde diminue, il y a lieu d'alerter les pouvoirs publics sur la nécessité de proposer les incitations adéquates et d'ouvrir de nouveaux postes de régulation libérale,

¹ Quelles que soient les modalités de cette participation (médecins libéraux intervenants pour le compte d'une association, médecins libéraux prenant le statut d'attaché à cette occasion,...)

afin de permettre que les demandes de soins non programmées relevant de la permanence des soins soient gérées par des médecins généralistes libéraux de terrain. Conscientes de la difficulté, certaines ARS proposent dans certains cas des rémunérations majorées notamment de minuit à 8H00 comme la réglementation le permet. Pour mémoire, l'astreinte horaire ne peut être inférieure à 70 € (cf. tableau joint, page 12). Elles ont été dans certains cas augmentées en 2014 (Alsace, la Réunion) précisément en nuit profonde.

On soulignera que la participation des médecins libéraux à la régulation n'est pas proportionnelle au nombre de médecins généralistes dans le département.

Cas particulier d'un département sans régulation libérale

En Lozère, alors même que le cahier des charges régional, dans la définition des principes, préconise l'intégration des régulateurs de la PDSA dans le CRRA comme modèle à privilégier, le dispositif mis en œuvre dans le département diffère de ce schéma recommandé.

L'appel du patient aux heures de PDSA (numéro d'appel à 10 chiffres de l'ALUMPS) est décroché par le permanencier du Centre 15 du CH de Mende. Ensuite, une conférence à trois s'organise entre le patient, le médecin d'astreinte sur le territoire et le CRRA (Centre 15).

Il appartient au médecin d'astreinte de juger de la modalité de son effecton en fonction des besoins évalués (consultation, visite, conseil téléphonique ou retour à la régulation hospitalière).

Le conseil départemental s'inquiète de la capacité des médecins à assurer dans de bonnes conditions cette double activité

LES PRINCIPES DE LA REGULATION MEDICALE

Une nouvelle fois cette année, il convient d'insister sur l'absolue nécessité d'une régulation effectivement médicale qui, seule, permet de déclencher à bon escient et en tant que de besoin le déplacement d'un patient vers un lieu de consultation ou l'intervention du praticien à son domicile. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a obtenu du législateur cette médicalisation.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié, en concertation avec le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), des recommandations sur les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale.

Le choix de la réponse à un appel s'appuie sur des critères médicaux identifiés au cours de l'échange avec l'appelant et, en cas de doute, la réponse est adaptée au niveau potentiellement le plus grave.

Les recommandations déclinent 6 types de réponses (conseil médical sans mise en œuvre de moyens, prescription médicale par téléphone, orientation vers une consultation médicale, transport sanitaire en ambulance, prise en charge par une équipe de sapeurs-pompiers, intervention d'un effecteur médical de la permanence des soins ou du SMUR). La HAS rappelle que le critère économique (solvabilité ou coût de l'opération) ne constitue pas un facteur limitant la prise en charge.

PRESENCE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DANS LES CENTRES 15

Quand elle est organisée au sein des Centres 15 (situation de loin la plus fréquente), la régulation médicale est l'occasion d'un travail en commun entre médecins hospitaliers et médecins libéraux. Si les uns interviennent dans le cadre de l'aide médicale urgente et les autres dans celui de la permanence des soins, la coopération dans la prise en charge des appels est une réalité quotidienne. La participation des médecins libéraux est déjà ancienne dans nombre de départements mais elle n'a démarré que récemment dans d'autres. De façon générale, les conseils départementaux estiment nécessaire de la consolider, même si ceux où existe une régulation déportée défendent aussi ce modèle.

Comme l'année dernière, l'Ordre des médecins (conseil national et conseils départementaux) a lancé une enquête plus poussée sur ce sujet et a recueilli des données riches d'enseignement auprès des directeurs de SAMU et des responsables d'associations de médecins régulateurs libéraux. Il en ressort une forte implication des médecins libéraux. Nous avons souhaité mettre ces informations à disposition de l'ensemble des médecins et, au-delà, de l'ensemble des acteurs de la santé, sous forme de tableaux régionaux que vous trouverez ci-joint, en annexe 1.

Ces tableaux donnent des moyennes de présence de médecins régulateurs à l'intérieur de larges tranches horaires. En effet, dans bien des cas, les effectifs peuvent varier au sein de chaque tranche horaire en fonction de l'importance constatée des appels reçus. Ceci est particulièrement vrai le dimanche.

A l'intérieur même des tranches horaires, des variations peuvent se produire suivant les jours de la semaine ou les périodes de l'année. Il faut donc prendre ces chiffres avec précaution. On peut cependant relever, que le nombre global de vacations de médecins libéraux bouge peu et que le discours des ARS sur le renforcement de la régulation médicale tarde à déboucher sur un renforcement du nombre de médecins régulateurs sur une même plage horaire.

Il est également évident que la participation des médecins régulateurs recouvre des réalités différentes : on trouve des médecins qui font peu ou beaucoup de vacations de régulation médicale.

Quoi qu'il en soit, la profession médicale, au travers de ces médecins régulateurs et de leurs associations, a mis en place une régulation médicale de la permanence des soins sur l'ensemble du territoire et sur une part importante de plages horaires de la permanence des soins.

LA REGULATION DEPORTEE

L'analyse des réponses des conseils départementaux montre que le Bas-Rhin, l'Orne, l'Yonne, l'Allier, l'Eure, le Haut-Rhin, les Deux-Sèvres, la Guadeloupe ont mis en place une régulation médicale libérale interconnectée au 15 depuis le domicile du médecin ou son cabinet. Cette situation peut d'ailleurs être antérieure à 2013.

L'action de certaines ARS vise à remettre en cause certaines de ces organisations. On peut se demander si leur développement va se pérenniser.

UN NUMERO DEDIE À LA PERMANENCE DES SOINS

Dans 30 départements, les patients peuvent appeler un numéro dédié à la permanence des soins distinct du 15 qui les met directement en contact avec des médecins libéraux régulateurs assistés par les permanenciers (Rhône, Seine-Maritime, Vendée, Eure, Meurthe-et-Moselle, Landes, Maine-et-Loire, Vosges, Allier, Creuse, Isère, Mayenne, Morbihan, Haut-Rhin, Seine-Maritime, Yonne...).

Le nombre des numéros dédiés différents du 15 reste stable et la majorité des ARS semble montrer sa préférence pour le 15 comme numéro unique.

LES PLATES-FORMES DE REGULATION MEDICALE

Globalement, on constate que les plates-formes libérales géographiquement indépendantes du Centre 15 (même si elles sont nécessairement interconnectées) n'ont pas prospéré.

Dans certains départements, le centre de régulation libérale peut fonctionner sans numéro dédié mais grâce à un renvoi d'appel mis en place par les médecins participant à la permanence des soins. En Midi-Pyrénées, il existe une plate-forme régionale mutualisée mise en place par une association de médecins (ARMEL), dont l'action se superpose avec des associations départementales (le Tarn et la Haute-Garonne).

En Franche-Comté, le numéro dédié est régional comme la plate-forme de régulation.

En nuit profonde, la régulation médicale a été mutualisée en Alsace et dans le Nord-Pas-de-Calais.

LE FONCTIONNEMENT ENTRE REGULATEURS ET EFFECTEURS EST GLOBALEMENT SATISFAISANT

Dans 86 départements, la régulation médicale donne satisfaction aux médecins de garde. Ce chiffre très satisfaisant n'exclut pas, bien entendu, des difficultés ponctuelles entre médecins régulateurs et médecins de garde, que le conseil départemental et les associations départementales s'efforcent de régler. Les difficultés signalées en raison de la communication au patient du numéro de téléphone du médecin effecteur persistent même si les cahiers des charges précisent que cette communication ne doit jamais intervenir. Elles peuvent également tenir à des « contre régulations » réalisées par le médecin effecteur, à des demandes de déplacements jugées injustifiées ou encore à l'absence de réponse du médecin effecteur à l'appel de la régulation médicale.

Les dispositifs mis en place pour signaler les dysfonctionnements ne doivent pas avoir pour effet de cristalliser les tensions ni de recueillir les doléances des seuls médecins régulateurs.

MESURES D'IMPACT DE LA REGULATION LIBERALE

Alors que d'autres régions avaient des chiffres de l'ordre de 60 %, une enquête menée en Rhône-Alpes révèle en 2012 que 85 % des appels débouchaient sur des conseils médicaux ou de simples renseignements. On constate cependant que la téléprescription inscrite au cahier des charges de cette région ne s'est pas développée en 2013 et les médecins régulateurs demandent que des moyens soient mis en place pour la rendre effective. Les expérimentations envisagées n'ont, semble-t-il, jamais été mises en place.

Pour mesurer cet impact, il apparaît également indispensable que les centres dédiés de régulation médicale et les centres interconnectés des associations d'effecteurs participant à la PDS (type SOS Médecins) rendent localement publics les chiffres de la régulation en les ventilant selon le traitement que le médecin régulateur leur a donné.

Des conseils départementaux se sont étonnés, à cet égard, de la faible activité des points de garde créés dans les départements alors que l'accueil des urgences ou les associations médicales effectuant des visites à domicile peuvent se déclarer débordés.

Enfin, on ne peut que déplorer le manque d'information du grand public sur le recours à une régulation préalable de leurs demandes de soins non programmées. Beaucoup pensent que le 15 est un numéro pour les détresses vitales, beaucoup se déplacent vers un effecteur ou le contactent directement (plus d'un acte sur deux réalisé en PDS ne serait pas régulé). Beaucoup se présentent spontanément aux Urgences parce que leur situation leur semble « grave », ou qu'ils en ont pris l'habitude, ou qu'ils savent qu'ils y seront dispensés de toute avance de frais, ...

MONTANT HORAIRE DES ASTREINTES DE REGULATION MEDICALE

REGIONS	Tous les jours de 20h à minuit, samedi après-midi de 12h à 20h, dimanche et jours fériés de 8h à 20h	De minuit à 8h	Spécificités
Alsace	75 €	115 €	
Aquitaine	92 €	115 € (1)	(1) minuit à 6h (et non 8h)
Auvergne	70 €	70 €	
Bourgogne	70 €	70 €	
Bretagne	70 €	70 €	majoration de 50% lorsque régulation sur 2 départements en nuit profonde
Centre	80 €	80 €	frais de déplacement à hauteur de 0,62€/km et temps de trajet sur la base de 80€ par heure pour le régulateur
Champagne-Ardenne	90 €	90 €	
Corse	70 €	70 €	
Franche-Comté	70 €	70 €	
Ile-de-France	80 €	80 €	100 € en nuit profonde si le médecin régulateur doit rester sur place en cas d'afflux d'appels après minuit
Languedoc-Roussillon	70 €	80 €	
Limousin	70 €	70 €	95€ en Corrèze de minuit à 8h
Lorraine	75 €	75 €	100€ le 24/25 et 26 décembre / 100€ le 31 décembre et 1er janvier selon les tranches horaires et les départements
Midi-Pyrénées	70 €	70 €	
Nord Pas-de-Calais	90 €	90 €	
Basse-Normandie	75 €	75 €	
Haute-Normandie	70 €	117 €	
Pays-de-la-Loire	70 €	70 €	sauf CD Sarthe, Maine et Loire et Mayenne = 92€
Picardie	90 €	120 €	
Poitou-Charentes	70 €	70 €	103,50 € de 20H le 24-12 à 8H le 26-12 et de 20H le 31-12 à 8H le 2-01
Provence-Côte d'Azur	70 €	92 €	
Rhône-Alpes	75 €	100 €	90 € week-end et jours fériés
Guyane	sans objet		pas de régulation libérale
Réunion	82,20 € (3C)	112,50 €	
Guadeloupe	75,90 € (3C)	75,90 € (3C)	

2) Les territoires de la permanence des soins, en fonction des plages horaires

EN SOIREE (20H00 - minuit)

Nombre de territoires au 31 décembre 2013 ¹ ?	1764
Nombre de territoires sur lesquels la garde est assurée par des médecins effecteurs libéraux	1658
Nombre de territoires dans lesquels la garde n'est pas assurée par des médecins effecteurs libéraux	81

La France de la permanence des soins est divisée aujourd'hui en 1764 territoires de permanence des soins : ils étaient au nombre de 1910 début 2013, 2267 début 2012, 2331 début 2011, 2412 début 2010, 2552 début 2009, 2696 début 2008, 2737 début 2007, 2834 début 2006, 3077 début 2005, 3238 début 2004 et 3770 début 2003.

La baisse du nombre de territoires de permanence des soins, de l'ordre de 8 %, est importante alors que la chute était de 16 % l'année précédente. Depuis 2003, le nombre de territoires a été réduit de 55 %.

Cette évolution est significative mais doit être prise avec une certaine précaution dès lors que la comptabilisation des territoires de la permanence des soins n'est pas une science exacte et que dans un certain nombre de départements, d'anciens secteurs ont été regroupés mais sont pris en charge par plus d'un effecteur dans le territoire qui résulte de ce regroupement.

Si on raisonne en termes de lignes d'effecteurs pendant la période de permanence des soins, la variation en 2013 est certainement beaucoup moins significative même si elle reste difficile à mesurer. Si, par exemple, il n'y a que 4 territoires de permanence des soins dans le Val-de-Marne, ils sont couverts par 12 points fixes comportant chacun un effecteur. A l'inverse, on peut identifier une centaine de territoires dans lesquels l'ARS a acté, en raison de la pénurie médicale, l'absence totale d'effecteur sans pour autant vouloir les supprimer.

La resectorisation est particulièrement forte au sein des 3 régions dans lesquelles un cahier des charges a été publié en 2013 : PACA, Corse, Midi-Pyrénées.

¹ Comme les années précédentes, on prend pour base en cas de sectorisation saisonnière, la saison comportant le nombre le plus important de territoires.

Les justifications présentées tiennent autant à la faible activité constatée qu'à la recherche d'économies dans le versement des astreintes et au souci d'attirer des médecins ou de les maintenir dans des zones fragiles sur le plan de la démographie médicale et où les obligations de garde sont importantes. Dans les autres départements, les variations sont infimes à l'exception de la Loire.

La capacité des médecins à se déplacer sur de grands territoires fait l'objet d'interrogations dans la période 20H00 – minuit mais également, nous le verrons plus tard, dans la nuit profonde.

On doit cependant constater que là où la resectorisation est déjà devenue effective, les remontées négatives sont peu nombreuses dès lors que les médecins ont réellement été associés aux décisions.

La resectorisation est un travail permanent d'adaptation aux situations locales, effectué le plus souvent en concertation avec les médecins concernés grâce à l'action des conseils départementaux de l'Ordre des médecins qui sillonnent le département pour recueillir l'avis des responsables de secteurs et des médecins eux-mêmes. L'ARS ne peut prétendre organiser la permanence des soins en s'exonérant de ce travail de terrain et en tirant des traits sur des cartes d'état major.

EN JOURNEE, LES WEEK-ENDS ET JOURS FERIES

Nombre de territoires au 31 décembre 2013 ¹ ?	1790
Nombre de territoires sur lesquels la garde est assurée par des médecins effecteurs libéraux	1744
Nombre de territoires dans lesquels la garde n'est pas assurée par des médecins effecteurs libéraux	46

Cette année, le Conseil national de l'Ordre des médecins a recensé l'effectif de permanence des soins les fins de semaine et jours fériés. Elle permet de constater que la présence de médecins est assez comparable en fin de semaine qu'en première partie de nuit.

¹ On prend pour base en cas de sectorisation saisonnière, la saison comportant le nombre le plus important de territoires.

EN NUIT PROFONDE (minuit - 8H00)

	OUI	NON
Le cahier des charges régional prévoit-il l'arrêt de la permanence des soins à minuit dans l'ensemble de votre département ?	22	78
Si NON, combien de territoires d'effecton de nuits profondes y sont-ils maintenus ?	539	

61 % des territoires s'arrêtent de fonctionner à minuit (contre 55 % l'année dernière). Dans 38 départements, l'arrêt concerne de 76 à 100 % des territoires alors que seuls 17 étaient concernés l'année dernière. L'arrêt de la garde est un processus qui s'étend lentement mais inexorablement sur les territoires. On peut estimer que l'arrêt de la nuit profonde a avancé de 10 % par rapport à l'an passé.

Quatre départements ont été gagnés par ce processus (Savoie, Vosges, Yonne, Guadeloupe), mais la permanence des soins ambulatoires ne s'arrête complètement à minuit ¹ que dans un seul nouveau département.

Dans ces départements ou ces territoires, le cahier des charges insiste sur le faible nombre d'actes constatés pendant la nuit profonde mais aussi sur la nécessité de renforcer la régulation médicale libérale en nuit profonde et d'assurer le relais avec les établissements de santé.

Plus d'une vingtaine de conseils départementaux estime qu'en 2014 l'arrêt de la garde en nuit profonde va s'amplifier fortement.

Cet arrêt correspond le plus souvent à une attente des praticiens et a été considérée par des conseils départementaux comme une évolution à même de pérenniser la permanence des soins. Dans d'autres départements, l'arrêt des gardes à minuit a une signification purement budgétaire (économies réalisées sur le paiement des astreintes) et des conseils départementaux regrettent que les ARS ne laissent pas aux médecins eux-mêmes, dans leur territoire de permanence des soins, le choix de poursuivre ou non la permanence des soins à minuit.

C'est dans ce contexte qu'un certain nombre d'ARS ont mis en place une nouvelle organisation dans laquelle la sectorisation de 20H00 à minuit laisse la place à une effecton mobile sur des grands territoires où les médecins sont censés assurer la permanence des soins pendant la nuit profonde.

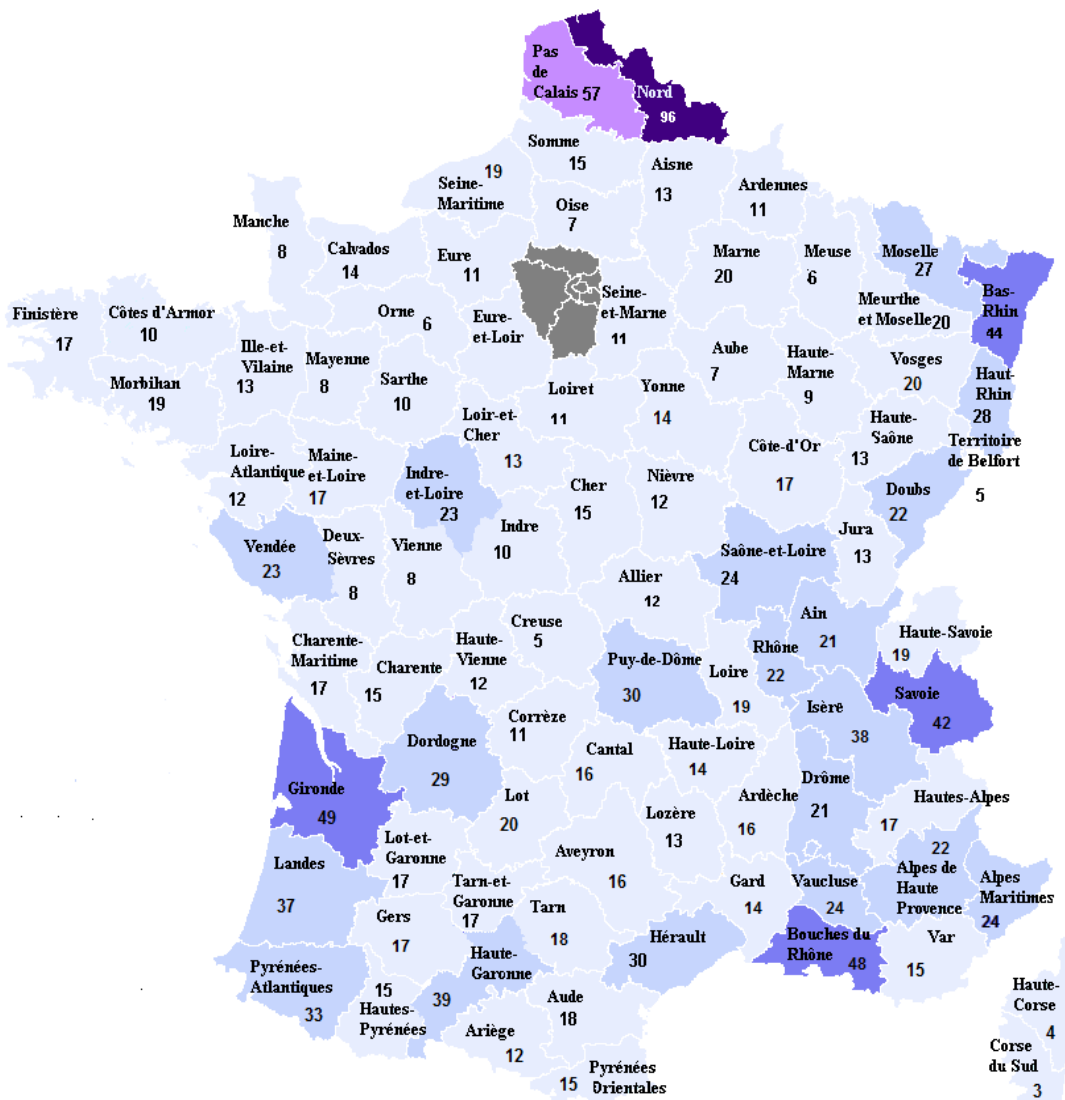
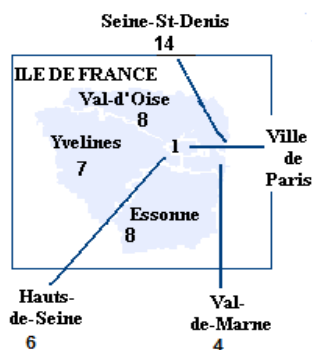
¹ ou 23H00 dans les départements où la permanence des soins de semaine débute à 19H00. Une réflexion à ce sujet est d'ailleurs en cours dans quelques départements pour tenir compte de l'activité constatée.

Cette configuration était déjà présente avant 2012, en particulier en région parisienne et dans des départements expérimentaux comme la Haute-Vienne ou les Pays-de-la-loire. Elle s'est étendue en 2012 : Côtes d'Armor, Creuse, Ille-et-Vilaine, Morbihan, Vendée, Territoire-de-Belfort, etc. Elle n'a pas progressé de façon significative en 2013 même si elle a été également mise en œuvre dans le Nord-Pas-de-Calais et en Corse du sud.

Même si les médecins correspondants du SAMU n'ont pas pour mission la permanence des soins mais l'aide médicale d'urgence, il est intéressant d'observer qu'ils sont présents et organisés dans les Hautes-Alpes, les Alpes-Maritimes, l'Hérault, l'Indre, l'Isère, la Lozère, la Meuse, l'Orne, les Pyrénées-Orientales, la Vendée, ...

Dans la région Rhône-Alpes, les médecins correspondants du SAMU devraient être les seuls effecteurs de nuit profonde pour les secteurs qui sont à plus de 30 minutes d'un SMUR dans lesquels l'activité constatée de permanence des soins en nuit profonde est quasiment inexistante. La mise en œuvre de cette mesure repoussée à deux reprises en 2013 verra-t-elle le jour en 2014 ?

LES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS DE 20H00 À MINUIT - AU 31 DÉCEMBRE 2013 (1764 SECTEURS)



LEGENDE



3) Lieux d'effecton fixe de la permanence des soins : 407 sites

	OUI	NON	non communiqué ou sans objet
En existe-t-il dans votre département ?	85	15	
Combien ?	407		
Combien de territoires de PDS couvrent-ils ?	430		15
L'accès à ces sites fait-il l'objet d'une régulation ?	77	7	16

Les sites dédiés à la permanence des soins sont des lieux identifiés par le cahier des charges régional. Ils ont augmenté d'environ 10% sur le plan national. Cependant, ils couvrent toujours 25% des territoires de permanence des soins puisque le nombre de territoires a été réduit. C'est une confirmation de l'évolution de l'année passée.

Parmi ces 407 sites, 42 points fixes implantés dans 22 départements sont tenus par des associations de type SOS médecins, ou exceptionnellement par des cabinets de médecins généralistes identifiés par le cahier des charges régional comme des lieux fixes et pérennes d'effecton de la PDS.

Les autres points fixes qu'on peut rassembler sous le vocable de maisons médicales de garde (MMG) sont implantés dans des sites propres dédiés à cette activité mais aussi au sein d'établissements de santé publics ou privés, d'EHPAD, en maisons de santé pluridisciplinaires, dans un centre municipal de santé, ... Dans l'immense majorité des cas, ces MMG sont ouvertes à tous les médecins volontaires pour assurer la permanence des soins dans le secteur desservi.

Ne sont pas considérés comme un lieu fixe d'effecton, les situations nombreuses dans lesquelles le médecin généraliste assure sa garde au cabinet, qu'il s'agisse d'un cabinet individuel ou d'un cabinet de groupe.

Certains lieux fixes rayonnent au-delà du territoire qui leur est affecté par le cahier des charges régional ; dans d'autres cas, en particulier dans les zones à forte densité de population, on peut trouver plusieurs MMG sur un même territoire de permanence des soins. Les lieux fixes d'effecton peuvent fonctionner la semaine et le week-end, ou de façon plus intermittente (par exemple uniquement le week-end). De façon générale, elles ferment à minuit.

Dans certains départements, ils couvrent tout le territoire : le Val-de-Marne, la Vienne, la Manche, la Réunion, la Sarthe, la Loire-Atlantique, l'Orne, la Mayenne. Ils constituent souvent l'une des conditions de la resectorisation départementale et contribuent à redessiner la cartographie locale de la permanence des soins. La création de sites dédiés a et aura un effet structurant sur la sectorisation.

De nouveaux sites dédiés se sont créés en Creuse, Corse du Sud, Aude, Cantal, Charente-Maritime, Haute-Garonne, Finistère, Nord, Oise, Seine-Maritime, Seine-et-Marne, Yvelines, Vaucluse. D'autres identifiés en 2012 ne le sont plus fin 2013 (Loiret, Alpes-Maritimes).

Ces chiffres doivent être pris avec certaines précautions dès lors que certains points fixes sont identifiés dans le cahier des charges sans être nécessairement ouverts ou en fonctionnement régulier, comme dans la Creuse.

Les conseils départementaux restent inquiets sur la fragilité du financement de ces sites et leur pérennisation est une attente forte. Cette pérennisation passe également par une activité satisfaisante : le public doit être informé de leur présence et la régulation médicale doit adresser les patients sur ces sites, en tant que de besoin. Les accoler à un établissement hospitalier ne leur permet pas systématiquement d'avoir une activité plus satisfaisante comme on le voit quand certaines maisons médicales ont été transférées dans l'enceinte d'établissements de santé. Ces rapprochements, qui ont la faveur de certaines ARS, peuvent créer des conflits d'intérêt entre maisons médicales de garde et services d'accueil des urgences. Par ailleurs, le tri et l'orientation par des infirmiers, parfois peu expérimentés, plutôt que par des médecins, est une menace pour l'activité des MMG. Avant de décider du lieu d'implantation de ces sites fixes, il nous semble essentiel de prendre en compte les besoins de la population et le maillage du territoire.

Les maisons médicales de garde sont des lieux d'accueil pour des étudiants (par exemple, dans le Val-de-Marne et la Marne). En Bourgogne, le cahier des charges entend privilégier les maisons de garde fonctionnant en binôme médecin/infirmier.

Quelques conseils départementaux évoquent la possibilité d'obtenir un transport pris en charge vers le lieu d'effectation via la régulation médicale si certaines conditions sont remplies : l'Ain, la Charente Maritime, les Hautes-Alpes, le Cher, les Côtes d'Armor, le Calvados, l'Isère, la Guyane, la Haute Vienne, la Lozère,... Ces possibilités restent limitées y compris dans le département cités et si de nombreux cahiers des charges évoquent cette possibilité, des régions comme la Picardie ou la Réunion attendent des résultats concrets. Cette question fait l'objet d'une attente forte des conseils départementaux. A noter qu'en Haute-Marne, le retour à domicile intègre le passage par la pharmacie de garde.

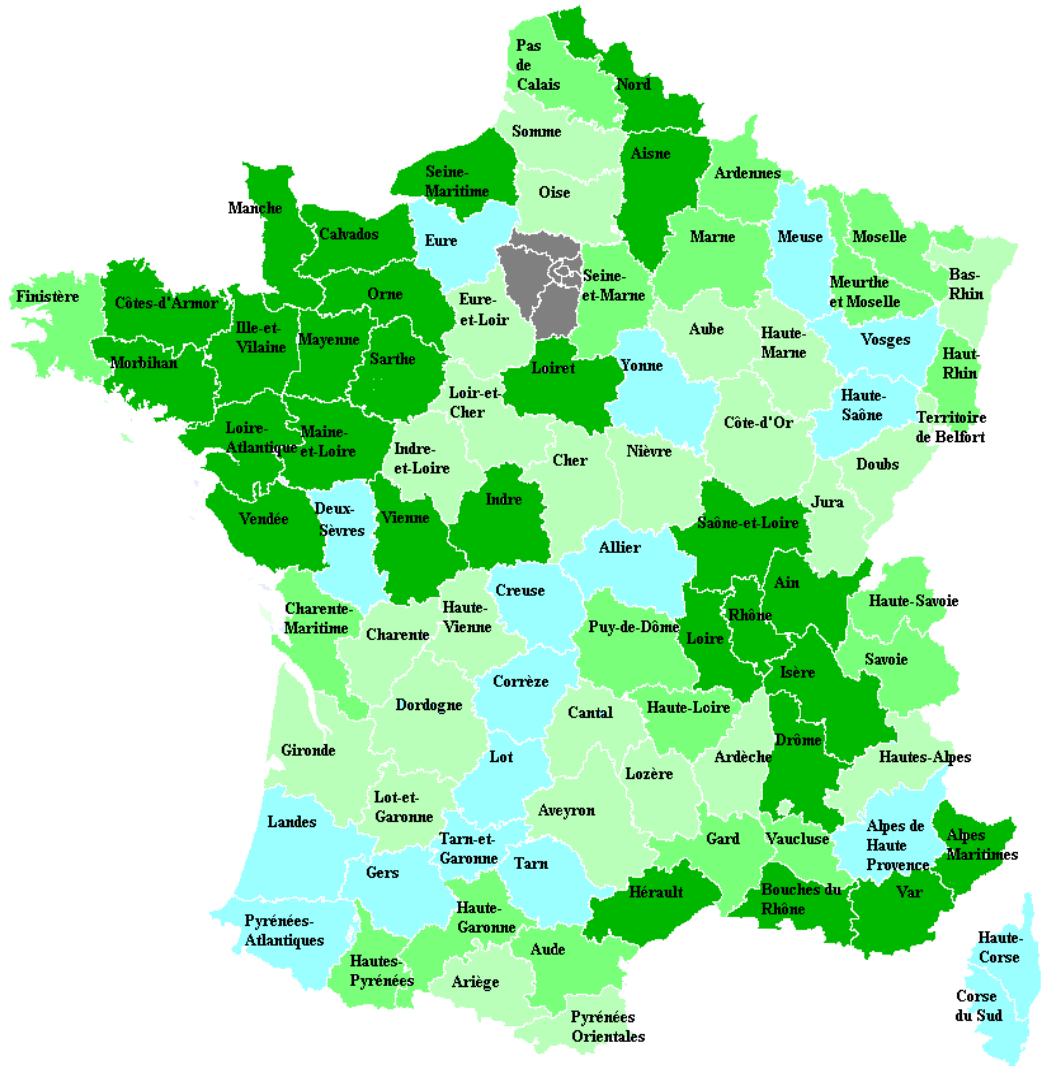
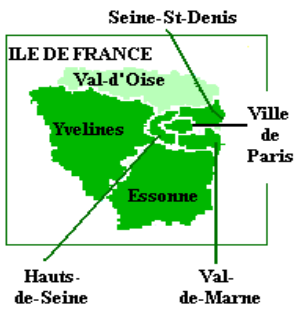
Dans une vingtaine de départements, les médecins exerçant en points fixes sortent pour effectuer des visites incompressibles (par exemple Vaucluse, Aude, Charente, Dordogne, Gard, Gironde, Indre-et-Loire, Jura, Loire, Haute-Loire). D'autres moins nombreux bénéficient d'un médecin en renfort susceptible de les effectuer (par exemple Territoire de Belfort, Mayenne, Ariège, Bouches du Rhône, Doubs, Drôme). L'Hérault expérimente dans un secteur le recours aux moyens humains et matériels des sapeurs pompiers.

Enfin, il faut malheureusement signaler que les médecins de garde ne sont pas épargnés par les questions de sécurité et qu'une agression doit être déplorée dans la Sarthe. Cette question de la sécurité doit donc être étudiée avec soin au moment du choix d'implantation d'un lieu fixe et son financement doit intégrer une réflexion sur la protection de tous ceux qui y travaillent.

Pour 2014, une quinzaine de conseils départementaux annoncent la création de nouveaux lieux fixes d'effectation, en espérant que les promesses se concrétiseront. Les questions du développement de solutions de transport pour rapprocher les patients des lieux d'effectation fixes et la prise en charge des visites incompressibles résiduelles pour les patients dont la mobilisation n'est pas souhaitable sont les enjeux majeurs de la réussite de ces modes d'organisation.

- RAPPEL -

**SITES DEDIEÉS A LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 DECEMBRE 2012**



LEGENDE

Aucun site



1 à 2 sites



3 à 4 sites



+ de 4 sites



4) L'effectation mobile

	OUI	NON
En dehors des zones couvertes par des visites assurées par des associations de type SOS Médecins, et en dehors des médecins qui assurent la permanence des soins indifféremment par des consultations et des visites, existe-t-il dans votre département des effecteurs exclusivement mobiles ?	76	24

Dans les réponses données, les conseils départementaux ont entendu mettre en exergue les situations dans lesquelles des effecteurs mobiles couvrent l'ensemble du département, sur toutes ou certaines des plages horaires (essentiellement la nuit profonde) de la permanence des soins.

C'est le cas des Côtes-d'Armor, de la Creuse, du Finistère, de la Guadeloupe, de la Haute-Vienne, de l'Ille-et-Vilaine, de la Loire-Atlantique, de la Meurthe-et-Moselle, du Morbihan, du Val-de-Marne, de la Vendée des Yvelines et de la Haute-Vienne.

Dans d'autres hypothèses, les conseils départementaux évoquent des effecteurs mobiles qui assurent une couverture partielle du département : l'Ariège, les Bouches-du-Rhône, le Doubs, la Drôme, le Nord, le Pas-de-Calais, notamment dans les secteurs où existent des sites dédiés à la permanence des soins.

Le Conseil national étudiera avec les conseils départementaux les données concernant l'effectation mobile, et notamment celle complémentaire des sites d'effectation fixe.

5) Situations particulières pendant les périodes de permanence des soins

L'organisation d'une garde spécifique pour les actes médico-administratifs (examens de garde à vue et certificats de décès) reste difficile à mettre en œuvre comme le relève l'enquête cette année encore. Trop souvent encore, ces actes reposent sur les médecins assurant la permanence des soins.

LES CERTIFICATS DE DECES

L'enquête révèle que dans plus de 80 départements, les certificats de décès sont réalisés par les médecins de garde.

Le ministère de la Santé a pourtant récemment rappelé, dans une réponse écrite publiée au Journal Officiel (*JO Sénat du 05/05/2011 – p. 1191*) et dans une réponse orale publiée au Journal Officiel (*JO Assemblée Nationale du 28/04/2010 – p. 2412*), que l'établissement de certificats de décès ne faisait pas explicitement partie de la mission des médecins de garde dans le cadre de la permanence des soins. Il a toutefois précisé que rien n'interdisait aux cahiers des charges d'apporter une réponse à cette question.

C'est bien le cas mais les réponses apportées sont hétérogènes.

En règle générale, les cahiers des charges n'incluent pas ces certificats dans les visites incompressibles, à l'exception du Limousin, de la Réunion et de la Haute-Normandie. Le cahier des charges de Poitou-Charentes est le seul à évoquer, pour l'ensemble de la région, une rémunération pour cet acte (90 €) dès lors qu'il est régulé et effectué au domicile du patient. Une demande d'extension de ce dispositif est formulée dans certaines régions. Dans les mêmes conditions, à titre expérimental, le cahier des charges de Champagne-Ardenne prévoit une rémunération de 70 € dans un secteur de l'Aube.

Certaines ARS sont en recherche de solutions. En Pays-de-Loire, on prévoit que le médecin effecteur peut être sollicité et, dans d'autres cahiers des charges, on précise qu'il est susceptible d'effectuer des certificats de décès mais uniquement ou en début ou en fin de garde (ainsi dans l'Eure, la Manche ou l'Aube à titre expérimental dans un secteur). La Basse-Normandie distingue le décès brutal (recours au SMUR), la fin de vie (médecin traitant) et le décès en EHPAD qui peut faire intervenir le médecin coordonnateur de l'établissement. En Guyane également, l'intervention du médecin coordonnateur en EHPAD est citée.

De rares conseils départementaux évoquent un recours au médecin traitant, éventuellement différé au lendemain matin : Saône-et-Loire, Alpes-Maritimes, Cantal, Lot, Loir-et-Cher.

De façon générale, la crispation augmente sur ce sujet avec les collectivités locales, les forces de l'Ordre mais aussi avec certains centres de régulation médicale qui communiquent directement les coordonnées des médecins effecteurs lorsqu'ils sont confrontés à une demande de certificat de décès.

Dans un rapport adopté en octobre 2013 et consacré aux constats et certificats de décès, le Conseil national de l'ordre des médecins :

- Déploire l'absence de cadre réglementaire national définissant les modalités de prise en charge des constats de décès, mission médico-légale essentielle.
- Constate que ce dysfonctionnement administratif est source, sur tout le territoire national, de difficultés regrettables tant pour les familles, leurs proches, les professionnels de santé, les forces de sécurité et les collectivités locales.
- Demande une modification de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale afin que les certificats de décès soient pris en charge par l'assurance maladie.
- Appelle les différents acteurs de la santé et de l'Etat à une réflexion pour optimiser l'effectif de cette mission, tant dans les horaires de la continuité des soins que ceux de la permanence des soins, en l'inscrivant dans un cadre administratif défini, précis et homogène.
- Appelle les Conseils régionaux et départementaux de l'Ordre à se rapprocher des institutions administratives locales pour les sensibiliser aux difficultés engendrées par ce vide administratif et à l'urgente nécessité de déployer des mesures adaptées et pérennes.

LES EXAMENS DE GARDE A VUE

L'enquête révèle que les examens de personnes gardées à vue continuent à être majoritairement réalisés par les médecins de garde :

- malgré « *Le guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention en garde à vue du médecin* » (diffusé en juillet 2009 par le ministère de la Justice et auquel le Conseil national a participé) confirmant, à notre demande, que l'intervention du médecin en garde à vue ne doit pas reposer sur l'organisation de la permanence des soins,
- malgré l'invitation faite par le ministère de la Justice aux procureurs de la République de mettre en œuvre une organisation distincte s'appuyant sur les services hospitaliers de médecine légale et/ou des réseaux de médecins volontaires pour pratiquer ce type d'activité,
- malgré la circulaire du ministère de la Justice, en date du 27 décembre 2010, qui a précisé les modalités d'organisation de la réponse aux demandes d'examen de victimes et de gardés à vue,

Dans le ressort de 47 Tribunaux de Grande Instance (TGI) disposant d'unités médico-judiciaires (UMJ) (intervenant 24H/24H ou aux heures ouvrables mais avec des astreintes prévues aux heures non ouvrables), l'examen de garde à vue ne doit plus alors reposer sur les médecins de garde. On relèvera qu'on peut retrouver des médecins libéraux au sein des UMJ avec le statut d'attaché (dans la Vienne, par exemple).

Si ce schéma se vérifie dans les villes sièges de CHU et de CH où sont implantées ces unités (cf. carte page 29), la réalité est bien différente dès qu'on s'en éloigne.

En l'absence d'UMJ, le ministère de la Justice a prévu la mise en place de réseaux de proximité constitués de services d'urgence hospitaliers, de médecins libéraux volontaires et/ou d'associations de médecins.

Or, peu de conseils départementaux font état de listes de volontaires : Hérault, Lot, Cantal, Nord, Lot et Garonne, Alpes-Maritimes, Saône-et-Loire. Le conseil départemental de la Somme fait état de l'essoufflement de ce système et un certain nombre de conseils départementaux qui mentionnaient l'existence de médecins volontaires ne le font plus.

En 2013, plusieurs conseils départementaux signalent le déplacement des gardés à vue vers les centres hospitaliers non dotés d'une UMJ : Isère, Côte-d'Or, Mayenne, Orne, Ain, Aisne, Eure, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Haute-Saône, Territoire de Belfort ; ces déplacements peuvent ne concerner que certains territoires du département. Enfin, des points fixes de garde peuvent accueillir des gardés à vue (La Réunion par exemple).

Les conseils départementaux ne font pas état de la contractualisation avec les Parquets qu'annonçait le Ministère de la Justice, et dans la plus grande partie des territoires, les examens des personnes gardées à vue sont encore réalisés par les médecins de garde. Cette situation est un facteur de tensions sur tout le territoire et plus particulièrement là où elle constitue la raison principale du maintien d'une permanence des soins en nuit profonde (par exemple à Colmar, dans le Haut-Rhin).

Seul le cahier des charges du Limousin intègre les gardes à vue à l'activité des médecins de permanence des soins et encore, cela ne vise-t-il que les grands effecteurs mobiles. Des discussions à ce sujet sont en cours dans plusieurs départements.

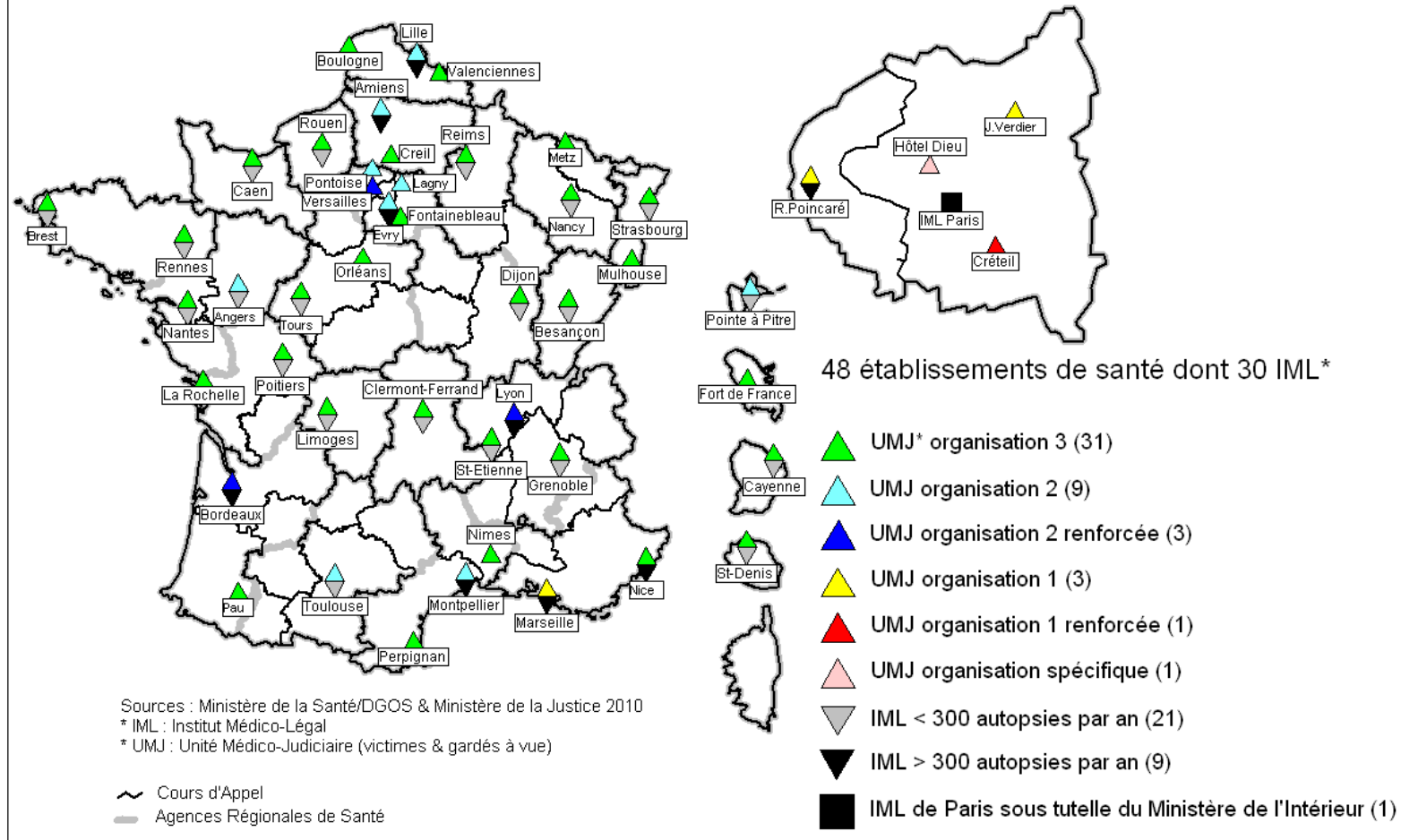
janvier 2014

BULLETIN OFFICIEL DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS

BOMJL n° 2011-01 du 31 janvier 2011

Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale

Réforme de la Médecine Légale Implantation des structures et organisation 15 janvier 2011



LA PERMANENCE DES SOINS ET LES EHPAD

Ce sujet est peu abordé par les cahiers des charges régionaux.

La Basse-Normandie rappelle opportunément que l'EHPAD est le domicile du patient mais aussi, dans la mesure où la garde n'est plus assurée à partir de 20H00 (Manche, Orne), que des protocoles sont établis entre les EHPAD, le centre 15 et les structures hospitalières.

Le cahier des charges des Pays-de-la-loire évoque ainsi deux situations :

- celle des EHPAD dont l'activité médicale est assurée par les médecins libéraux et qui donc relèvent de la permanence de soins,
- celle des EHPAD ayant une organisation médicale différente (médecins salariés ou contractuels) pour lesquelles une contractualisation avec les associations de permanence des soins devra être mise en place.

L'enquête confirme que la prise en charge des patients résidant en EHPAD est assurée par les médecins de garde dans la plus grande partie des départements.

Dès lors que la prise en charge des patients résidant en EHPAD est assurée par les dispositifs de permanence des soins, trois garanties devraient être apportées :

- régulation des demandes de soins,
- nécessité d'un interlocuteur médical et/ou infirmier, identifié dans l'EHPAD,
- accessibilité aux dossiers médicaux des résidents.

Ceci ne semble pas toujours être le cas.

Quelques conseils départementaux évoquent le recours au médecin coordonnateur (Seine-Maritime, Corse-du-Sud, Loiret, Charente-Maritime). Dans d'autres cas particuliers, le transport vers un lieu d'effecton fixe est envisagé (Vienne, Isère, Réunion).

Avec la généralisation de l'arrêt des gardes en nuit profonde et des points fixes de garde, la prise en charge des résidents des EHPAD va devenir de plus en plus problématique alors que le déplacement des résidents n'est pas toujours envisageable ni souhaitable. Des expériences de télé-médecine commencent à s'implémenter, notamment dans la Manche, pour aider à la prise de décisions adaptées sans recourir systématiquement à la mobilisation d'un effecteur ou du patient.

On doit également s'interroger sur les effets délétères de la réglementation actuelle sur la permanence des soins. En effet, les EHPAD imposent aux médecins traitants la signature d'un contrat-type pour continuer à prendre en charge les patients qui les ont choisis. Les praticiens s'étonnent, à juste titre, que des EHPAD leur demandent d'intervenir la nuit et en fin de semaine mais leur en interdisent l'accès aux heures normales sous prétexte qu'ils n'ont pas signé le contrat-type.

III. LA PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS ET LE ROLE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

	OUI	NON	Non Communiqué
Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la pds, par territoire ⁽¹⁾ ?	80	20	
Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est \leq à 10	601		1
Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est \leq à 5	292		2
Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?	48 ⁽²⁾	52	
Y est-il parvenu ?	27	22	
Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2012 ?	21 ⁽³⁾	78	1

(1) ont été intégrées comme réponses positives les situations dans lesquelles l'incomplétude était marginale ;

(2) ce chiffre correspond aussi aux situations d'incomplétude marginale nécessitant une intervention ;

(3) y compris les cas où une seule réquisition a été effectuée.

	jusqu'à 20h	de 21 à 40 h	de 41 à 60 h	+de 61h
Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?				
✓ par les élus (1) :	85	9	2	1
✓ par le personnel administratif	51	26	11	12

(1) 3 départements : non communiqué

1) Participation des médecins

LE VOLONTARIAT

De façon générale, le pourcentage des volontaires reste supérieur à 60 % dans les 2/3 des départements alors que c'était le cas dans 73 % des départements en 2012.

Ces chiffres démontrent encore un engagement important des médecins généralistes dans la permanence des soins. Leur baisse est cependant inquiétante pour l'avenir et l'analyse, département par département, en est fortement contrastée.

27 % des départements enregistrent une baisse du volontariat mais 23 % d'entre eux signalent une hausse encourageante. De façon globale, en moyenne départementale, le volontariat diminue de 1 % (3 % l'année précédente) mais 14 départements enregistrent une baisse de plus de 10 % alors que seuls 7 connaissent une amplitude positive dans les mêmes proportions. Les baisses comme les hausses peuvent concerner les départements ruraux comme les départements disposant de centres urbains importants.

Cette tendance n'est pas nouvelle puisque nous l'avons rencontrée les années précédentes. Il s'agit même d'une tendance lourde depuis la mise en place du volontariat et aucune des mesures prises pour alléger les astreintes (renforcement de la régulation libérale, garde postée, arrêt de gardes en nuit profonde), n'a été de nature à l'enrayer.

Les médecins se sentent moins impliqués dans de grands territoires, déconnectés des relations professionnelles et confraternelles de proximité. La mise en place d'effecteurs mobiles en nuit profonde pourrait constituer l'amorce d'une professionnalisation de cette mission de service public. Il est pourtant difficile d'écrire que la resectorisation tarit l'offre de soins dès lors que bien souvent elle cherche à anticiper le manque de médecins et le déclin du volontariat en espaçant la fréquence des contraintes pesant sur les médecins. Enfin, si la régulation diminue l'activité, elle diminue également les rémunérations qu'on en tire.

Outre la recherche d'une meilleure qualité de vie à l'instar de l'ensemble de la société, l'implication des médecins reste fragilisée par une activité souvent intense en dehors des horaires de permanence des soins, par une démographie médicale déclinante, par une pyramide des âges inversée, par une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public qu'ils assurent et, dans certains cas, par l'absence de réponse à leurs attentes en matière d'organisation et de financement.

Sur ce dernier point, les difficultés de financement des maisons de garde, le refus de l'Etat d'assurer la protection juridique et financière aux dommages subis par les médecins effecteurs à l'occasion de leur mission de service public restent des signes inquiétants ; de même, la maîtrise comptable de l'enveloppe dévolue à la permanence des soins par l'Etat ne paraît pas prendre la mesure de la situation. Le Conseil national de l'Ordre des médecins l'avait déploré l'année passée.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins n'a obtenu que très récemment de la CNAMTS qu'elle mette à disposition des médecins non installés susceptibles de participer à la permanence des soins (remplaçants exclusifs, retraités et salariés) des feuilles de soins. Malgré cela, sur le terrain, certaines CPAM n'en délivrent toujours pas. A l'inverse, on saluera les efforts de la CPAM de Limoges pour faciliter la délivrance de feuilles de soins aux effecteurs mobiles non installés.

On soulignera que 18 départements signalent la présence de médecins non installés sur les tableaux de garde : il peut s'agir de médecins remplaçants exclusifs ou de retraités (Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne, Finistère, Gironde) mais aussi de médecins hospitaliers (Côtes-d'Armor, Hérault) et de médecins salariés de centres de santé (Moselle, Hauts-de-Seine, Saône-et-Loire). Le Conseil national de l'Ordre des médecins a récemment rencontré les représentants des médecins de centre de santé et a proposé ses services pour faciliter l'intégration des médecins salariés des centres de santé dans l'organisation de la permanence des soins.

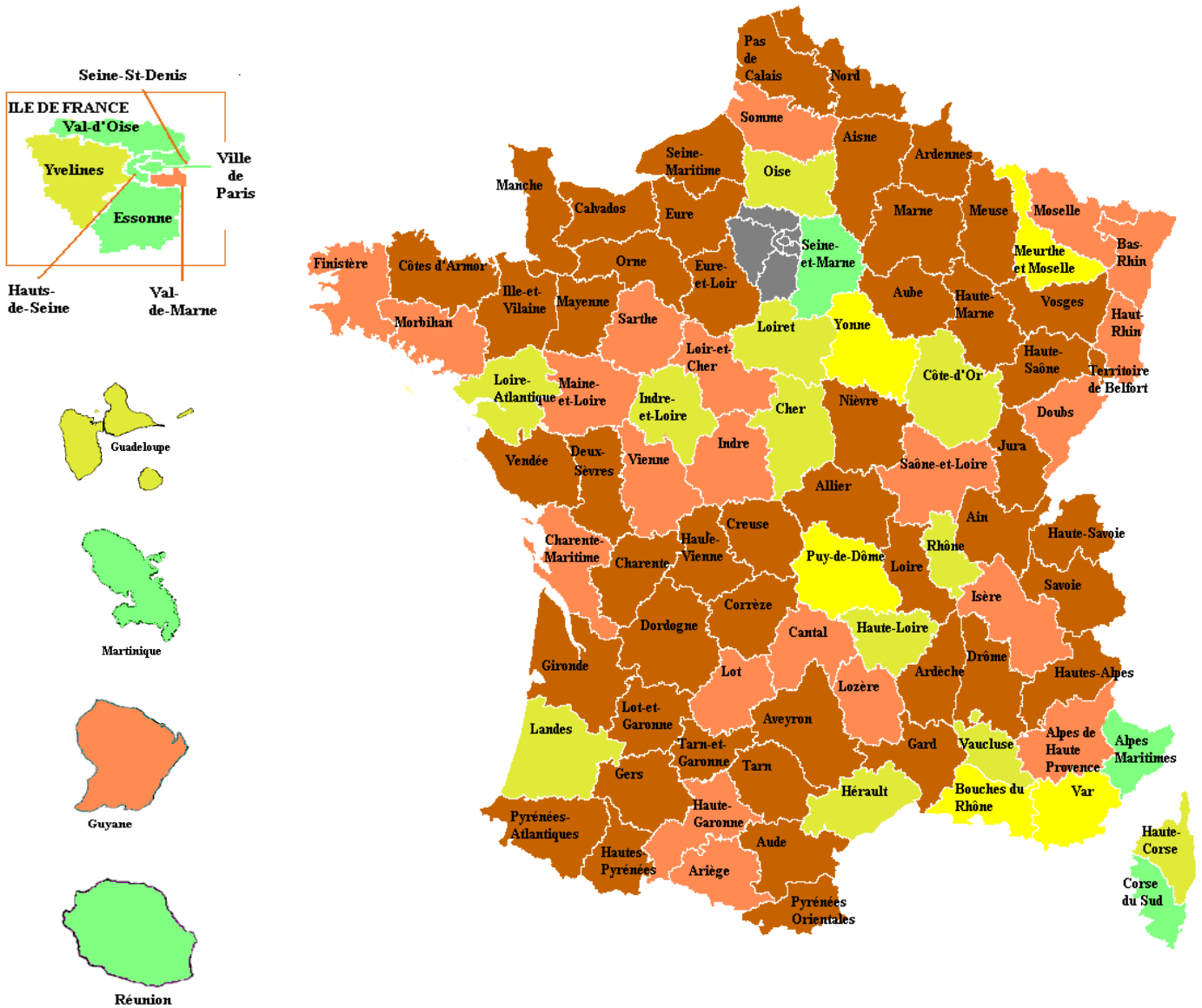
Les pourcentages de médecins volontaires, figurant sur la carte en annexe, méritent, comme tous les ans, quelques explications.

- Ces pourcentages constituent des moyennes par département avec de fortes disparités entre les territoires urbains et les territoires ruraux où les solidarités confraternelles s'expriment plus fortement. La forte mobilisation des praticiens dans la majorité des départements ne doit pas occulter les craintes suscitées dans ces mêmes départements par le non-remplacement des médecins généralistes cessant leur activité. On constate aussi de très forts écarts entre les pourcentages de volontaires en Ile-de-France et sur une majorité de départements du littoral méditerranéen avec le reste du territoire.
- Ces pourcentages ont pris généralement pour base le nombre de médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, non exemptés de garde et assurant effectivement une activité de médecine générale. Il y a lieu de rappeler ici qu'un nombre non négligeable de médecins généralistes inscrits en cette qualité au conseil de l'Ordre n'ont pas, en réalité, une activité de médecine générale.
- La participation des médecins à la permanence des soins renvoie à des réalités humaines et professionnelles très différentes compte tenu de la démographie médicale. Ainsi, dans les grands centres urbains, la permanence des soins est assez généralement assurée par un très faible nombre de praticiens regroupés en associations spécialisées de type SOS Médecins. Dans ce cas, le pourcentage de médecins volontaires est minime mais suffisant. Dans ces zones urbaines, des médecins généralistes ont accepté de participer à la régulation médicale et permettent de soulager les médecins en zone rurale ou périurbaine. Il s'agit là aussi d'une forme de solidarité confraternelle. Il est également difficile de comparer la participation aux gardes dans des territoires ne comportant qu'un faible nombre de médecins (en 2013, il reste comme en 2012, 600 territoires dans lesquels la permanence des soins est assurée par moins de 10 médecins dont 300 par 5 médecins au plus) et dans des territoires de 30 médecins. De même, la situation est différente dans les territoires assurant la permanence des soins de 20h00 à minuit ou toute la nuit, ou encore uniquement les fins de semaine.

Les petits territoires constitués entre médecins qui se connaissent tous fonctionnent parfaitement bien actuellement ; cependant, leur avenir est menacé à court ou moyen terme faute de nouvelles installations de médecins et/ou si de nouvelles organisations (compte tenu de l'âge moyen des médecins) ne se mettent pas en place à court ou moyen terme pour les attirer. Les médecins ne veulent pas s'installer dans des territoires où la charge de la permanence des soins compromettrait leur vie personnelle et l'enquête démontre que ces petits territoires disparaissent inexorablement dans le cadre d'une resectorisation menée sous l'égide de l'ARS.

- Ces chiffres sont réducteurs et ne peuvent en aucun cas refléter la disponibilité dont les médecins font preuve, en dehors de la permanence des soins organisée, pour assurer la continuité des soins à leurs patients. Ceci est de nature à expliquer, en partie, l'absence d'incidents en des lieux où l'organisation de la permanence des soins est lacunaire.

LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2013

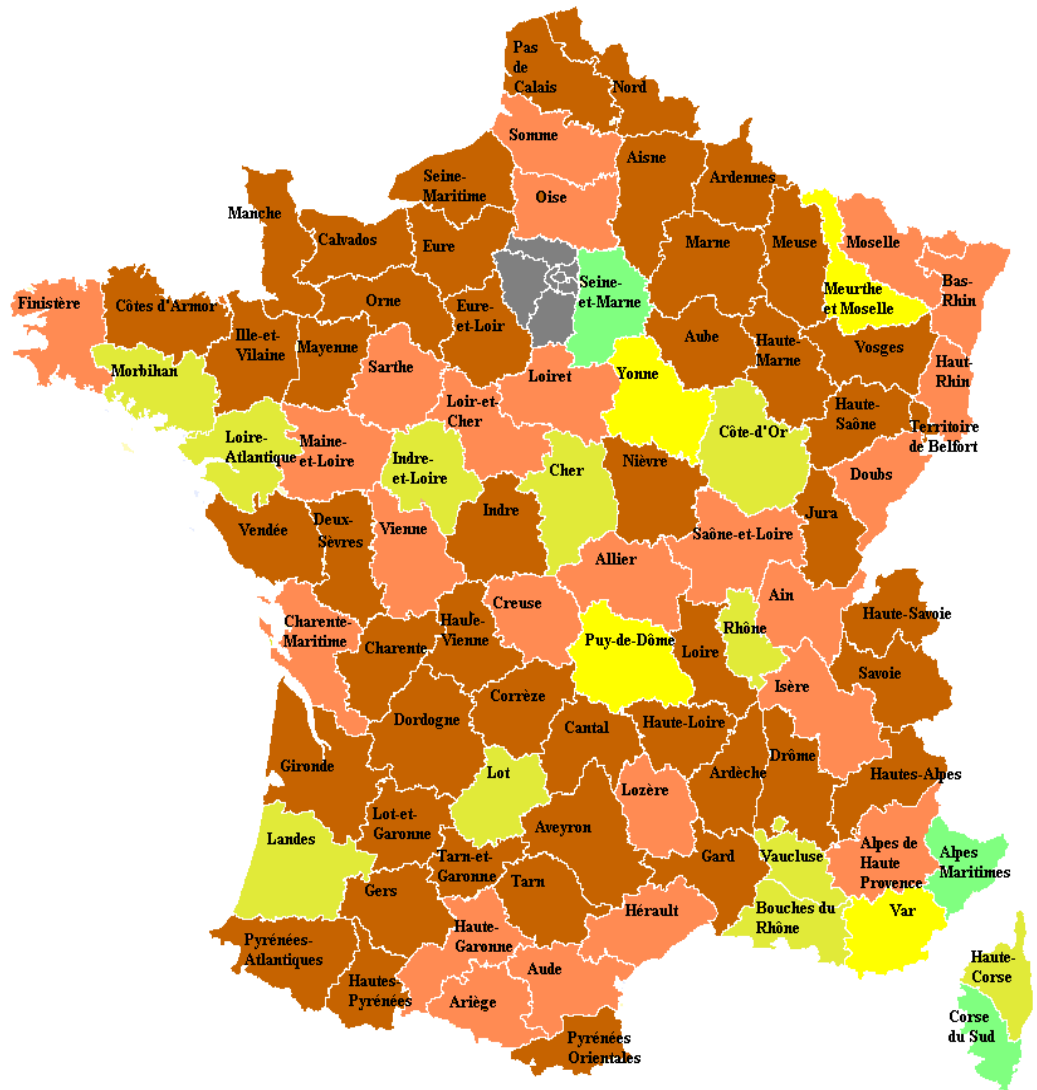
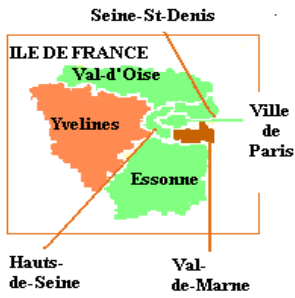


LEGENDE



- RAPPEL -

**LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
À LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2012**



LEGENDE

de 0
à 19%



10

de 20
à 39%



4

de 40
à 59%



12

de 60
à 79%



25

80%
et +



49

LA COMPLETUDE DES TABLEAUX

Le nombre de départements dans lesquels le conseil de l'Ordre reçoit des listes complètes ou quasiment complètes augmente légèrement (80 vs 77).

L'élaboration, la complétude et la diffusion des tableaux départementaux de la permanence des soins constituent des tâches de plus en plus lourdes pour les conseils départementaux en particulier, dans une phase de réorganisation (regroupement de secteurs, changement d'horaires, ...).

La moitié des conseils départementaux sont régulièrement conduits à organiser des conciliations dans les territoires où la défection de quelques médecins menace le dispositif dans sa globalité. Les interventions du conseil départemental ont été cette année plus nombreuses.

Leurs résultats sont probants dans 60 % des cas lorsque les difficultés sont isolées, beaucoup moins lorsque le non-volontariat a fait tâche d'huile et laisse des territoires ou des pans de départements entiers dépourvus de médecins. Même dans ce cas, les efforts de persuasion de certains conseils départementaux ont pu aboutir.

Là encore, les pouvoirs publics doivent prendre la mesure qu'il est difficile pour un conseil départemental de l'Ordre des médecins de convaincre des praticiens de participer à un système s'il s'est construit en dehors d'eux et de leur Ordre professionnel.

LES REQUISITIONS

L'année passée, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait déploré une augmentation inhabituelle du nombre de départements dans lesquels des réquisitions ont été effectuées (26 au lieu de 19) après une décrue les années précédentes. Cette année, la situation se « normalise » avec 21 départements dans lesquels ont eu lieu une ou deux réquisitions, le plus souvent isolées.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a toujours affirmé que la réquisition ne pouvait constituer le mode normal de fonctionnement de la permanence des soins et que les pouvoirs publics ne pouvaient pas d'un côté tenir un discours sur le renforcement de l'attractivité de l'exercice médical et de l'autre, procéder à des réquisitions

Comme les années passées, là où les carences du tableau sont les plus criantes en raison d'une absence de volontariat généralisée constatée par les cahiers des charges eux-mêmes, les Préfets n'ont pas ou peu réquisitionné et ont laissé en l'état des territoires et des tableaux incomplets.

LA REMUNERATION DES EFFECTEURS

La réglementation permet au directeur général des ARS de moduler les rémunérations forfaitaires en fonction des contraintes géographiques et des différentes modalités d'exercice de la permanence des soins (consultations en points fixes de garde, visites à domicile, ...).

Un peu plus de la moitié des ARS ont utilisé cette possibilité nouvellement offerte par la réglementation. En 2013, les variations dans les tarifs d'astreinte ont été peu nombreuses. On relèvera cependant la généralisation à l'ensemble de l'Ile-de-France de tarifs d'effectif postée dégressifs suivant le nombre d'actes effectués.

Comme on le constatera dans le tableau ci-joint (pages 39 et 40), les modulations prennent en compte les périodes de permanence des soins, les modalités suivant lesquelles la permanence des soins est effectuée ou encore les lieux où elle s'exerce.

Dans certains cas, les variations de rémunérations, si elles ont pu motiver leurs bénéficiaires, ont un effet démobilisateur pour les autres. Il devient parfois plus difficile de trouver des volontaires pour la soirée que pour la nuit profonde durant laquelle le niveau des astreintes, sans les actes, peut atteindre 500 € sur des territoires regroupés, comme c'est le cas en Bretagne. Quelques conseils départementaux en viennent à plaider pour une uniformisation, au moins sur le plan régional.

MONTANT FORFAITAIRE DES ASTREINTES D'EFFECTION MEDICALE (1)					
REGIONS	20H- 24H	MINUIT - 8H	SAMEDI APRES-MIDI 12H - 20H	DIMANCHES, JOURS FERIE ET PONTS 8H-20H	Spécificités
Alsace	50 €	100 €	100 €	150 €	350 € à Mulhouse De minuit à 8h (regroupement de 6 secteurs)
Aquitaine	50 €	100 € (1)	100 €	150 €	(1) 300€ dans tous les secteurs situés à plus de 30min d'un SMUR
Auvergne	50 €	150 €	150 €	150 €	
Bourgogne	50 € (1)	100 €	100 €	150 €	(1) doublé ou triplé en cas de regroupement de 2 ou 3 secteurs
Centre	50 € (2)	100 € (1)	100 €	150 €	(1) 250€ dans le Cher (2) Dans les secteurs où la garde cesse à 22h -> 25€
Champagne-Ardenne	50 €	100 €	100 €	150 €	
Corse	50 €	100 €	100 € à 150 € (1)	150 € à 250 € (1)	(1) selon les secteurs
Franche-Comté	50 €	100 €	100 €	150 €	
Languedoc Roussillon	50 €	100 € (1)	100 €	150 €	(1) 120€ dans tous les secteurs situés à 30min d'un SMUR
Midi-Pyrénées	50 € / 100 € (1)	150 € / 300 € (2)	100 €	150 €	en 2013, (1) 100 € si arrêt à minuit (2) en fonction des secteurs concernés
Nord-Pas-de Calais	50 €	450 € (1)	100 €	150 €	(1) sur les 7 grands secteurs
Basse Normandie	50 €	100 €	100 € (1)	150 €	(1) au prorata du temps effectué quand l'astreinte est inférieure ou supérieure aux heures habituelles
Pays-de-la-Loire	50 €	100 € (1)	100 €	150 €	(1) sauf Mayenne où l'astreinte est de 300€/12h et sauf en Vendée où l'astreinte d'effecteur mobile est de 450€

REGIONS	20H- 24H		MINUIT - 8H		SAMEDI APRES-MIDI 12H - 20H		DIMANCHES, JOURS FERIE ET PONTS 8H-20H		Spécificités		
Picardie	100 €		200 €		200 €		300 €				
Poitou-Charentes	50 €		SANS OBJET		150 € (1)		150 € (1)		(1) mais jusqu'à minuit		
Prov.-Côtes d'Azur	50 €		100 €		100 €		150 €				
Rhône-Alpes	50 €		100 €		100 €		150 €				
Guyane	165,60 €		331,20 €		331,20 €		496,80 €				
Guadeloupe	50 €		100 €		100 €		150 €				
Martinique	135 €				210 €		210 €				
Ile-de-France (ces montants peuvent faire l'objet d'une proratisation horaire)	posté 200 € (1)	mobile 50 € (2)	posté sans objet	mobile 100 € (2)	posté 200 € par tranche de 4 H (1)	mobile 150 € (2)	posté 200 € par tranche de 4 H (1)	mobile 150 € (2)	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de forfait d'astreinte à Paris (1) forfait dégressif en fonction du nombre d'actes effectués. Si on a 1 acte : 200 €, 2 actes : 140 €, 3 actes : 80 € et 60 € à partir de 4 actes. (2) excepté pour les effecteurs mobiles ruraux et les grands effecteurs dans les Yvelines 		
Haute-Normandie	posté 50 €	mobile 100 €	posté 100 €	mobile 200 €	posté 100 €	mobile 134 €	posté 150 €	mobile 200 €			
Lorraine	normal 50 €	rural 75 €	normal 150 € (1)	grand secteur 450 €	100 €		150 €		(1) sauf dans la Meuse : 225 €		
Réunion	fixe 50 €	mobile 100 €	SANS OBJET		fixe 75 €	mobile 150 €	fixe 150 €	mobile 300 €			
Bretagne	posté 50 €	mobile urbain 50 €	mobile rural 150 €	mobile urbain 100 €	mobile rural 500 €	posté 100 €	mobile urbain 100 €	mobile rural 150 €	posté 150 €	mobile urbain 150 €	mobile rural 200 €
Limousin	<p>Le Limousin compte de nombreuses spécificités dans la rémunération de l'effectif. Les effecteurs postés perçoivent 50 € de 20h à minuit en zone rurale et urbaine. En Haute-Vienne, l'effecteur mobile en zone urbaine perçoit 125€ de 20h à minuit puis 300€ jusqu'à 8h. En zone rurale et à Brive (Corrèze), ils perçoivent 450€ de 20h à minuit dans toute la région. Le samedi de 12h à 20h, les effecteurs postés perçoivent 100€ sauf en Corrèze où ils assurent également les visites (120€). Les effecteurs mobiles touchent 150€ sauf en Creuse en zone rurale (100€). Le dimanche, l'indemnité est de 150€ pour les effecteurs postés sauf en Corrèze où ils assurent également les visites (180€). Les effecteurs mobiles perçoivent 225€ en Haute-Vienne et, pour la Creuse, 200€ pour l'effecteur mobile en zone urbaine et 150€ en zone rurale.</p>										

LES LOGICIELS DE GARDE

La mise en place progressive d'Ordigard est une réponse attendue par les Conseils départementaux et ils sont de plus en plus nombreux à l'utiliser : 62 en 2013 avec 9 nouveaux départements concernés Somme, Tarn-et-Garonne, Yonne, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne Corrèze, Aude, Corse-du-Sud, Creuse. On en attend 11 de plus en 2014.

Le logiciel de l'Ordre a connu des évolutions importantes en 2012 à la suite de la parution des cahiers des charges qui ont nécessité et continuent à nécessiter des paramétrages liés en particulier à la resectorisation. Il est encore en constante évolution.

Ordigard a, en effet, intégré une fonction de validation budgétaire du tableau de la permanence de soins par les ARS dans le cadre du nouveau circuit de validation du paiement des astreintes mis en place en 2012.

Dès 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins demandait le raccordement d'Ordigard à P-Gard, logiciel de paiement des astreintes de la CNAMTS. Même si le circuit de paiement s'est récemment complexifié avec l'intervention des ARS, il est incompréhensible que seuls 4 départements bénéficient de cette facilité de paiement des astreintes.

Les retards de paiement et la complexité du circuit de liquidation des astreintes constituent un sujet de préoccupation récurrent. Le Conseil national de l'Ordre des médecins demande que la connexion soit généralisée en 2014 et que, dans cette attente, les CPAM qui sont connectées à Ordigard puissent lancer les paiements sur la base des informations mentionnées sur Ordigard.

Le logiciel Ordigard est d'ores et déjà très consulté par les médecins et notamment les coordinateurs de secteur, les SAMU, les ARS et... les caisses primaires d'assurance maladie.

Les conseils départementaux qui n'utilisent pas Ordigard nous informent qu'ils n'en éprouvent pas le besoin ou encore qu'ils utilisent des tableaux Excel ou très exceptionnellement des logiciels propriétaires.

Par ailleurs, le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en place un webservice qui facilite la tâche des utilisateurs d'AppliSamu dans la visualisation des tableaux d'effectif. 8 SAMU l'utilisent et ce nombre devrait s'accroître.

2) Permanence des soins et organisation du conseil départemental

Le Conseil national est doté d'une Commission nationale de la permanence des soins et des urgences médicales exclusivement dédiée à la gestion nationale des questions liées à la permanence des soins.

Au niveau départemental, une majorité de conseils départementaux ont une commission spécialisée « permanence des soins » et dans tous les conseils départementaux, ce sujet est spécifiquement pris en charge par un responsable ordinal (Président, Secrétaire Général, ...) et figure régulièrement à l'ordre du jour des réunions du conseil.

Tant les élus que le personnel administratif des conseils départementaux consacrent une part importante de leur temps à l'organisation de la permanence des soins, à la tenue de réunions avec les praticiens, l'administration, le SAMU ou l'assurance maladie. Ils assurent un important travail d'information et de conciliation auprès des patients qui les sollicitent sur le fonctionnement du dispositif.

L'activité des conseils départementaux, qu'il s'agisse de gérer au quotidien les tableaux de garde, d'obtenir leur complétude, d'examiner les possibilités de resectorisation ou de promouvoir des solutions innovantes, est méconnue du public et des médias. Effectuée sans tapage, elle n'est pas non plus toujours reconnue à sa juste valeur par certaines ARS qui se tournent vers l'Ordre uniquement en cas de difficultés aiguës et oublient que le conseil départemental, regroupant médecins libéraux et hospitaliers, médecins effecteurs et régulateurs, est l'un des lieux privilégiés de discussions confraternelles sur la permanence des soins et un interlocuteur incontournable.

On ne peut évoquer le travail effectué par les conseils départementaux sans mentionner les médecins correspondants de secteurs qui sont souvent la cheville ouvrière de l'organisation de la permanence des soins et les associations départementales de permanence des soins (ADOPS) ou encore les associations de médecins régulateurs libéraux. Certaines de ces associations bénéficient d'ailleurs en 2013 d'un concours financier des ARS. A l'inverse, quelques conseils départementaux s'alarment du délitement associatif à l'échelon local.

DOLEANCES ET PLAINTES REÇUES PAR LES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX A PROPOS DE LA PERMANENCE DES SOINS

40 % des conseils départementaux, contre 50 % l'année précédente, signalent des réclamations, doléances ou plaintes en 2013.

En outre, l'analyse de ces signalements démontre que les plaintes formalisées restent peu fréquentes.

Les conseils départementaux sont saisis essentiellement de réclamations émanant de patients et de médecins (transitant parfois désormais par les ARS) qui font l'objet d'une instruction approfondie : les médecins concernés sont interrogés, des rencontres sont organisées, des explications sont fournies aux plaignants qui en sont le plus généralement satisfaits.

Si, comme nous l'avons écrit, la régulation médicale est le pivot du système, elle attire aussi les critiques : temps d'attente, comportement du régulateur, refus de déclencher une visite.

Les doléances émanent aussi de la régulation médicale elle-même qui n'arrive pas à joindre le médecin effecteur. Des signalements, heureusement exceptionnels, portent sur les médecins qui oublient leur garde ou réclament des dépassements d'honoraires.

Un certain nombre de réclamations émanent de maires, de services de police ou d'autorités judiciaires, à l'occasion d'actes médico-administratifs demandés et non réalisés (certificats de décès, visites de gardes à vue en nuit profonde).

Aucune doléance ou plainte n'a porté sur les actes médicaux eux-mêmes réalisés par le médecin effecteur au cours de la période de permanence des soins.

En 2013, la Chambre disciplinaire nationale a été amenée à se prononcer en appel sur 3 plaintes concernant des médecins participant à la permanence des soins. Il y a lieu tout d'abord de noter que la faiblesse de ce chiffre confirme le caractère exceptionnel des plaintes formalisées devant les conseils départementaux.

- Dans un cas, le médecin effecteur a été condamné pour ne pas avoir procédé à une visite en EHPAD, malgré la demande du médecin régulateur.
- Dans un autre, la Chambre disciplinaire a rejeté la plainte contre un médecin effecteur qui avait refusé de se déplacer en réponse à un appel reçu d'un de ses patients à un moment où il était de garde. La Chambre disciplinaire a estimé que, compte tenu des obligations qu'il assurait au titre de la garde, on ne pouvait reprocher de faute déontologique au praticien qui avait conseillé au patient de contacter le 15
- Enfin, une troisième décision concerne le refus d'un médecin de répondre à une réquisition préfectorale ; ce refus a été jugé contraire à l'article 77 du code de déontologie médicale (article R4127-77 du code de la santé publique). Le Conseil d'Etat a d'ailleurs jugé que le médecin devait déférer à une réquisition tant qu'elle n'a pas été jugée illégale par un juge.

RESPONSABILITE CIVILE ET PENALE

Le rapport du Conseil médical du Sou Médical, publié en 2013, cite uniquement 2 déclarations de sinistre pour les médecins effecteurs et 7 pour les médecins régulateurs.

Dans la jurisprudence administrative, on retiendra une décision de la Cour Administrative d'Appel de Lyon. En bref, un hôpital, après avoir été condamné à des dommages - intérêts pour une faute médicale du régulateur avait appelé en garantie l'association des médecins régulateurs libéraux avec laquelle il avait passé convention. Au terme de l'analyse des clauses de la convention, la Cour Administrative d'Appel a jugé que seul le mauvais fonctionnement du planning pouvait engager la responsabilité de l'association. Il convient donc d'inviter les associations de médecins régulateurs à la prudence sur les engagements juridiques qu'elles prennent et à se rapprocher de leur conseil départemental.

Les fonctions de médecin régulateur exposent éventuellement à des sanctions pénales et récemment la Cour de Cassation a confirmé la condamnation à un an de prison avec sursis, pour homicide involontaire, d'un médecin qui a attendu un 4^{ème} appel pour apprécier la gravité de la situation. De façon générale, les juges sont très attentifs au caractère sérieux de l'interrogatoire mené par le médecin régulateur.

CONCLUSION DE L'ENQUÊTE

Caractérisée par une absence d'homogénéité en raison d'une nécessaire adaptation à tous les paramètres spécifiques locaux, l'organisation de la permanence des soins en 2013 n'en a pas moins continué à évoluer par rapport à la période de mise en place des cahiers des charges régionaux par les ARS.

Même lorsque ces évolutions se font en concertation avec les médecins généralistes et leurs représentants, et malgré le développement de nouveaux schémas répondant mieux à leurs attentes, le dispositif nous apparaît fragile dans de trop nombreux territoires et l'érosion du volontariat semble difficile à inverser.

L'Ordre des médecins continuera au niveau national, régional et départemental à s'impliquer pour que la population trouve une réponse adaptée à ses demandes de soins aux horaires de la permanence des soins, tout en veillant à ce que cela ne devienne pas incompatible avec les missions que les médecins du premier recours à la démographie inquiétante assurent déjà au quotidien au plus près de la population dans le cadre de la continuité des soins.

Sans plus attendre, des réflexions sur la possibilité de soutenir l'implication des médecins volontaires pour la PDS et pour trouver les moyens de les aider dans leurs missions doivent être initiées, sans préjugés ni œillères, en tenant compte des expériences de nos voisins, que ce soit autour de la professionnalisation de l'effectif, du développement de la télé-médecine, du renforcement de coopérations interprofessionnelles, ...

Le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle à cet effet à l'Etat et à ses instances régionales que si la PDS leur semble toujours être une mission essentielle, elle doit bénéficier de budgets adaptés aux objectifs affichés et arrêtés, et non basés sur une logique comptable.

Au final, pour une meilleure efficacité de ce dispositif, nous réaffirmons qu'il doit être global (depuis la régulation jusqu'à la délivrance des prescriptions, en passant par une effectif de terrain adaptée aux besoins, et la mise en place des solutions de transport nécessaires), visible et compréhensible par tous les usagers. Nous rappelons une nouvelle fois les pouvoirs publics à leur engagement de mise en place de larges campagnes d'information vers le grand public sur le bon usage de la permanence des soins.

janvier 2014

ANNEXE 1

Participation des médecins à la régulation (cf. page 9, pour les aspects méthodologiques)

ALSACE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
BAS-RHIN	3	0	3	3	3	3,2	3	3	3	1
HAUT-RHIN	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1
AQUITAINE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
DORDOGNE	nc	0	nc	2	nc	2,5	nc	1	nc	0
GIRONDE	3	3	3	4	3	4	2	2	2	1
LANDES	1	2	1	2	1,5	2,5	1	1	1	0
LOT-ET-GARONNE	1	2	1	3	1	1	1	1	1	0
PYRENEES-ATLANTIQUES*	1	1	1	2	1	2	1	1	1	0
* Pour les hospitaliers, données du Pays Basque										
AUVERGNE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitalier	Libéraux	Hospitalier	Libéraux	Hospitalier	Libéraux	Hospitalier	Libéraux	Hospitalier	Libéraux
ALLIER	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
CANTAL *	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
HAUTE-LOIRE	1	0	1	1	1	1,5	1	1	1	0
PUY-DE-DOME	1	1	1	2	1	3	1	2	1	1
* cf. commentaire du tableau Midi-Pyrénées										
BOURGOGNE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
COTE D'OR	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1
NIEVRE	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
SAONE-ET-LOIRE	1	1	1	1	1	1,5	1	1	1	1
YONNE	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1

janvier 2014

	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
BRETAGNE										
COTE D'ARMOR	1	0	1	2	1	2	1	2	1	1
FINISTERE	2	0	2	2	2	2	2	2	1	1
ILLE-ET-VILAINE	1	0	1	2	1	2	1	2	1	1
MORBIHAN	2	0	2	2	2	1,5	2	1	2	1
CENTRE										
CHER	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
EURE-ET-LOIR	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
INDRE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
INDRE-ET-LOIRE	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
LOIR-ET-CHER	1,5	0	1,5	1	1,5	1	1,5	1	1,5	0
LOIRET	2	0	2	1	2	1	2	1	2	0
CHAMPAGNE- ARDENNE										
ARDENNES	nc	0	nc	0	nc	0	nc	0	nc	0
AUBE	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
MARNE	1	0	1	1,5	1	1,5	1	1	1	1
HAUTE-MARNE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CORSE										
CORSE DU SUD	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
HAUTE CORSE	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0

janvier 2014

ILE-DE-FRANCE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
PARIS	2	0	3	2	4	5	2	2	2	0
SEINE-ET-MARNE	2	1	2	2	2	2	2	1	2	0,5
YVELINES	2	2	2	3	2	4	2	3	2	2
ESSONNE	nc	0	2	2,5	nc	3	nc	2	nc	2
HAUTS-DE-SEINE	0	0	2	2,5	2	2,5	2	2,5	2	2,5
SEINE-ST-DENIS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
VAL-DE-MARNE	2	2	2	2	2	3	1	2	1	2
VAL D'OISE	2	1	2	2	2	2	2	2	2	0
LANGUEDOC-ROUSSILLON	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
AUDE	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
GARD	nc	0	nc	2	nc	2	nc	1	nc	1
HERAULT	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
LOZERE	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
PYRENEES-ORIENTALES	1	0	2	2	2	2	1	1	1	1
LIMOUSIN	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
CORREZE	1	0	1	2	1	1,5	1	1	1	1
CREUSE	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
HAUTE-VIENNE	1	0	1	2	1	2,5	1	1	1	1
LORRAINE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
MEURTHE-ET-MOSELLE	2	0	2	2	2	2	2	1	2	0
MEUSE	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
MOSELLE	1	1	2	1	2	1,5	2	1	2	1
VOSGES	1	0	1	2	1	1,5	1	1	1	0,5

janvier 2014

NORD-PAS-DE-CALAIS	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
NORD	4	3	4	6	4	6	3	3	3	2
PAS-DE-CALAIS	3	0	3	4	3	4	3	3	3	4
BASSE-NORMANDIE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
CALVADOS	1,5	0	1,5	1	1,5	2	1,5	2	1,5	2
MANCHE	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
ORNE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
HAUTE-NORMANDIE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
EURE	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
SEINE-MARITIME	2	2	2	4	2	3,5	2	2	2	2
PAYS-DE-LA-LOIRE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
LOIRE-ATLANTIQUE	2	2	2	5	3	5	2	3	2	2
MAINE-ET-LOIRE	2	0	2	4	2	3,5	2	2	2	0
MAYENNE	1	2	1	1,5	1	1,5	1	1	1	1
SARTHE	2	0	2	1	2	1	2	1	1	0
VENDEE	2	0	3	3	3	4	2	2	2	2
PICARDIE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
AISNE	1	0	1	1	1	1,5	1	1	1	1
OISE	2	0	2	2	2	2	2	1	2	0
SOMME	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1
POITOU-CHARENTES	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
CHARENTE	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1
CHARENTE-MARITIME	nc	1	nc	2	nc	2,5	nc	1	nc	1
DEUX-SEVRES	1	0	1	1	1	1,5	1	1	1	1
VIENNE	1	0	1	1,5	1	2,5	1	1	1	2

janvier 2014

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
ALPES DE-HTE-PROVENCE	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
HAUTES-ALPES	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
ALPES-MARITIMES	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
BOUCHES-DU-RHONE	2	0	2	3	2	3	2	2	2	1
VAR	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2
VAUCLUSE	2	0	2	1	2	1	2	1	2	1
RHONE-ALPES	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
AIN	1	1	1	2	1	2,5	1	2	1	1
ARDECHE	1	2	1	1	1	1,5	1	1	1	1
DROME	nc	1	nc	1	nc	1	nc	1	nc	0
ISERE	1	3,5	1	2,5	1	3	1	3	1	1
LOIRE	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1
RHONE	2 AMU-3 PDSA	1	2	5	2	5	2	3	1	1,5
SAVOIE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
HAUTE-SAVOIE	1	2	1	2	1	2	1	1,5	1	1
GUADELOUPE * MARTINIQUE * GUYANE *	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
GUADELOUPE *	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
MARTINIQUE *	nc	1	nc	1,5	nc	3	nc	1	nc	1
GUYANE *	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
* Ce sont des départements et des régions										
REGION DE LA REUNION- MAYOTTE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
REUNION	2	0	2	2	2	2	2	2	2	1

MIDI-PYRENEES	SAMEDI MATIN			SAMEDI après-midi			DIMANCHE 8H-20H			NUIT 20H-24H			NUIT 24H-8H		
	Hospitaliers	Libéraux au 15	ARMEL	Hospitaliers	Libéraux au 15	ARMEL	Hospitaliers	Libéraux au 15	ARMEL	Hospitaliers	Libéraux au 15	ARMEL	Hospitaliers	Libéraux au 15	ARMEL
HAUTE-GARONNE	3	2	5 *	1	3,5	6 *	3	3,5	6 *	3	3	3 *	2	2	2 *
ARIEGE	1			1	1		1	1		1	1		1	1	
AVEYRON	1			1			1	1			1		1	1	
GERS	1	1		1			1	1			1		1	1	
LOT	2	1		1	1		1	1		1	1		1	1	
HAUTE-PYRENEES	1			1	1		1	1		1	1		1	1	
TARN	1			1	1		1	1		1	1		1	1	
TARN ET GARONNE	1			1			1			1	1		1	1	

La région Midi-Pyrénées comporte un certain nombre de particularités. Tout d'abord, une double régulation libérale en Haute-Garonne et dans le Tarn (REGULIB 31, REGULIB 81 et ARMEL). Ensuite, l'ARMEL dispose d'une plate-forme régionale centralisée en dehors des locaux hospitaliers et de 4 postes délocalisés à Montauban, Auch, Rodez. Autre particularité, la régulation médicale du samedi matin est financée par les cotisations des médecins effecteurs adhérents de l'ARMEL. Les chiffres ci-dessus sont des moyennes car la présence des médecins peut changer d'heure en heure en fonction des besoins.

Ce mode de fonctionnement devrait évoluer en 2014 avec la fin de régulation médicale.

* Ce chiffre correspond à une moyenne des médecins régulateurs présents et couvrant l'ensemble de la région, y compris la Haute Garonne.

Par exemple, le samedi et le dimanche matin, les médecins régulateurs sont 2 de 24H à 8H, 9 de 8H à 12H, 7 entre 12H et 14H, 5 entre 14H et 18H et 6 entre 20H et 24H.

FRANCHE-COMTE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
DOUBS										
JURA										
HAUTE-SAONE	2	0	2	5	2	6	2	4	2	2
TERRIT. DE BELFORT				1		1		1		

Dans la région Franche-Comté, la régulation hospitalière et libérale est régionale et la plate-forme est située au centre hospitalier de Besançon.

A noter que cette plate-forme dispose cependant d'une antenne au centre hospitalier de Belfort. Les effectifs de médecins régulateurs libéraux sont à géométrie variable et évoluent en fonction de l'activité.

Annexe 2

Questionnaire-type envoyé aux départements sur l'état des lieux de la permanence des soins au 31 décembre 2013

I. LES EVOLUTIONS DU CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL DE LA PDS ET DE SA DÉCLINAISON DÉPARTEMENTALE

	OUI	NON
1. Y a-t-il eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2013 ?		
1 bis Si OUI, lesquelles ?		
2. L'enveloppe budgétaire annuelle 2013 a-t-elle été modifiée à votre connaissance par rapport à celle de 2012 ?		
2 bis De combien (en + ou en -) ?		
2 ter En faveur ou au détriment de quelle(s) action(s)? A développer,		
3. L'ARS a-t-elle créé un groupe de travail ou un comité de pilotage autour de l'évolution et du suivi du cahier des charges ?		
3 bis S'est-il réuni en 2013 ?		
<ul style="list-style-type: none"> • L'Ordre départemental y était-il convié ? • Combien de fois s'est-il réuni en 2013 ? 		
4. Le CODAMUPS, s'est-il réuni en 2013 ?		
<ul style="list-style-type: none"> • Combien de fois ? • Son sous-comité médical s'est-il réuni ? • Combien de fois ? 		
5. S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2013, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?		
Si OUI, précisez la date		
6. L'organisation de la PDS telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges et ses avenants, est-elle réellement mise en œuvre dans votre département ?		
6 bis Si NON, développez		
7. Les modifications opérées en 2013 vous semblent-elles améliorer le dispositif de PDS ?		
7 bis Avez-vous fait part de votre avis (favorable ou défavorable) à l'ARS ¹ ?		

¹ Si écrit, à communiquer.

II LA PDS SUR LE TERRAIN EN 2013

1 – LA RÉGULATION MÉDICALE

	OUI	NON
8 L'organisation de la régulation libérale dépend-elle d'une organisation exclusivement départementale (par opposition à des organisations interdépartementales) ?		
9 La régulation médicale dans votre département (hors plates-formes d'appels des associations de type SOS Médecins) de la PDS dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15 ?		
9 bis Dans ce cas, l'appel parvient-il à une plate-forme de régulation commune avec le Centre 15 ?		
10 Les médecins libéraux participent-ils à la régulation médicale ¹ ?		
10 bis Si vous en connaissez le nombre, même approximatif, communiquez-le.		
11 La régulation déportée (depuis son domicile ou son cabinet) est-elle en pratique utilisée par les régulateurs libéraux ?		
12 Les rapports entre médecins régulateurs et médecins effecteurs sont-ils bons ?		
12 bis S'il y a des tensions, en connaissez-vous la nature ?		

13 Nombre (moyen) de médecins présents à la régulation au Centre 15 (**données communiquées par le directeur du SAMU**)

	Médecins hospitaliers	Médecins libéraux
Samedi matin		
Samedi après-midi		
Dimanche : 08H00 – 20H00		
Nuit : 20H00 – 24H00		
Nuit : 24H00 – 08H00		

¹ Quelles que soient les modalités de cette participation (médecins libéraux intervenants pour le compte d'une association, médecins libéraux prenant le statut d'attaché à cette occasion,...)

2 – L'EFFECTION FIXE EN PERMANENCE DES SOINS (MAISONS MÉDICALES DE GARDE, CAPS, CENTRES DE CONSULTATIONS, ...)

	OUI	NON
14 En existe-t-il dans votre département ?		
15 Combien ?		
16 Combien de territoires de PDS couvrent-ils ?		
17 L'accès à ces sites fait-il l'objet d'une régulation ?		
18 Sur les territoires couverts par ces lieux d'effection fixe, existe-t-il des systèmes permettant l'acheminement des patients mobilisables mais ne disposant pas d'un moyen de transport vers l'effecteur fixe ?		
18 bis Si OUI, lesquels ?		
18 ter Sur les territoires couverts par ces lieux d'effection fixe, existe-t-il des dispositifs de prise en charge des visites incompressibles ?		
18 quater Si OUI, lesquels ?		

3 – L'EFFECTION MOBILE

	OUI	NON
19 En dehors des zones couvertes par des visites assurées par des associations de type SOS Médecins, et en dehors des médecins qui assurent la permanence des soins indifféremment par des consultations et des visites, existe-t-il dans votre département des effecteurs exclusivement mobiles ?		
19 bis Si OUI, décrivez le dispositif spécifique mis en place		

4 – L'EFFECTION EN FONCTION DU CRENEAU HORAIRE

En soirée (20H00 - minuit)

20 Nombre de territoires au 31 décembre 2013 ¹ ?	
21 Nombre de territoires sur lesquels la garde est assurée par des médecins effecteurs libéraux	
22 Nombre de territoires dans lesquels la garde n'est pas assurée par des médecins effecteurs libéraux	

¹ Comme les années précédentes, on prend pour base en cas de sectorisation saisonnière, la saison comportant le nombre le plus important de territoires.

En journée les week-ends et jours fériés

23 Nombre de territoires au 31 décembre 2013 ¹ ?	
24 Nombre de territoires sur lesquels la garde est assurée par des médecins effecteurs libéraux	
25 Nombre de territoires dans lesquels la garde n'est pas assurée par des médecins effecteurs libéraux	

En nuit profonde (minuit - 8H00)

	OUI	NON
26 Le cahier des charges régional prévoit-il l'arrêt de la permanence des soins à minuit dans l'ensemble de votre département ?		
26 bis Si NON, combien de territoires d'effecton de nuit profondes y sont-ils maintenus ?		
26 ter Dans combien de ces territoires une offre de soins libérale est-elle présente ?		
26 quater Par qui est-elle assurée (plusieurs réponses possibles) ? <input type="checkbox"/> Association de type SOS Médecins <input type="checkbox"/> Autres types d'effecteurs uniquement mobiles <input type="checkbox"/> Points fixes de garde (MMG,) <input type="checkbox"/> Cabinets individuels <input type="checkbox"/> Effecteurs mixtes (postés mais mobilisables pour des visites) <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :		

5 – ACTIVITES OU INFORMATIONS CONNECTEES A LA PDS

	OUI	NON
27 L'organisation des examens de garde à vue repose-t-elle sur le médecin de PDS ?		
27 bis Si NON, quel est le mode d'organisation ?		
28 L'établissement des certificats de décès repose-t-il sur le médecin de PDS ?		
28 bis Si NON, quel est le mode d'organisation ?		
29 L'intervention des médecins en EHPAD repose-t-elle sur le médecin de PDS ?		
29 bis Si NON, quel est le mode d'organisation ?		
30 Existe-t-il des médecins correspondants de SAMU ?		

¹ On prend pour base en cas de sectorisation saisonnière, la saison comportant le nombre le plus important de territoires.

31 Des médecins autres que des médecins libéraux installés participent-ils à la permanence des soins dans le cadre d'une convention avec l'ARS ¹ ?		
31 bis Si OUI, ont-ils pu obtenir des feuilles de soins pour cet exercice ?		
32 La dispense d'avance de frais (tiers-payant) pour les actes de PDS est-elle mise en œuvre dans votre département ?		
32 bis Sur la part AM Obligatoire ?		
32 ter Sur les parts AMO/AM Complémentaire ?		

III PDS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

33 Pourcentage de médecins participant à la permanence des soins			
	OUI	NON	
34 Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la PDS, par secteur ?			
35 Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est ≤ à 10 ?			
35 bis Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est ≤ à 5 ?			
	OUI	NON	
36 Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?			
36 bis Y est-il parvenu ?			
37 Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2013 ?			
	+	-	=
37 bis Ont-elles été plus (+) ou moins (-) ou égales (=) nombreuses qu'en 2012 ?			
37 ter Concernent-elles uniquement des territoires où la PDS est assurée en nuit profonde ?			
38 Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?			
➤ par les élus :			
➤ par le personnel administratif :			
39 Si vous utilisez Ordigard, avez-vous des attentes quant à l'évolution du logiciel ?			
39 bis Si OUI, lesquelles ?			
39 ter Si vous n'utilisez pas Ordigard, pourquoi ?			

¹ Cf. circulaire CNOM - N° 2012-092

1 – AVEZ-VOUS LE SENTIMENT QUE LA PERMANENCE DES SOINS NE FONCTIONNE PAS DANS VOTRE DÉPARTEMENT ?

<p>Quelles sont les raisons de ce dysfonctionnement ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

2 – LA PERMANENCE DES SOINS VA-T-ELLE CONNAÎTRE DES ÉVOLUTIONS EN 2014 ?

.....

.....

.....

.....

.....

3 – VOTRE CONSEIL A-T-IL ÉTÉ DESTINATAIRE DE PLAINTES OU DOLÉANCES (PATIENTS, CONFRÈRES, INSTITUTIONS, ...) PORTANT SUR LA RÉGULATION OU L'EFFECTION ET QUELLE APPRÉCIATION PORTEZ-VOUS, DANS L’AFFIRMATIVE, SUR CES DOLÉANCES OU PLAINTES ?

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 3

Questionnaire-type envoyé aux régions sur l'état des lieux de la permanence des soins au 31 décembre 2013

II. LES EVOLUTIONS DU CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL DE LA PDS ET DE SA DÉCLINAISON DÉPARTEMENTALE

	OUI	NON
1. Y a-t-il eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2013 ?		
1 bis Si OUI, lesquelles ?		
2. L'enveloppe budgétaire annuelle 2013 a-t-elle été modifiée à votre connaissance par rapport à celle de 2012 ?		
2 bis De combien (en + ou en -) ?		
2 ter En faveur ou au détriment de quelle(s) action(s) ? A développer,		
3. L'ARS a-t-elle créé un groupe de travail ou un comité de pilotage autour de l'évolution et du suivi du cahier des charges ?		
3 bis S'est-il réuni en 2013 ?		
<ul style="list-style-type: none"> • L'Ordre régional y était-il convié ? • Combien de fois s'est-il réuni en 2013 ? 		
4. S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2013, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?		
Si OUI, précisez la date		
5. L'organisation de la PDS telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges et ses avenants, est-elle réellement mise en œuvre dans votre région ?		
5 bis Si NON, développez,		
6. Les modifications opérées en 2013 vous semblent-elles améliorer le dispositif de PDS ?		
6 bis Avez-vous fait part de votre avis (favorable ou défavorable) à l'ARS ¹ ?		

¹ Si écrit, à communiquer.

II PDS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL REGIONAL

<p>7. Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ par les élus : ➤ par le personnel administratif : 	

1 – AVEZ-VOUS LE SENTIMENT QUE LA PERMANENCE DES SOINS NE FONCTIONNE PAS DANS VOTRE RÉGION ?

<p>Quelles sont les raisons de ce dysfonctionnement ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

2 – LA PERMANENCE DES SOINS VA-T-ELLE CONNAÎTRE DES ÉVOLUTIONS EN 2014 ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....