

ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE, AU 31 DECEMBRE 2014

INTRODUCTION

En réalisant et publiant pour la 12^{ème} année consécutive cette enquête nationale sur la permanence des soins ambulatoires assurée par les médecins généralistes et sur les modalités de son organisation, le Conseil national de l'Ordre des médecins tient à faire connaître ses inquiétudes sur le maintien dans les prochaines années de cette mission de service public.

Même si, en 2014 encore, l'enquête démontre que les médecins ont globalement fait face à leurs responsabilités envers la population, de nombreux indicateurs laissent à penser qu'à moins d'une remise à plat et de réelles concertations entre les responsables des schémas d'organisation (Etat, ARS) et les acteurs de terrain, la situation pourrait se dégrader. Depuis la disparition en 2002 du tour de garde obligatoire, l'érosion progressive du volontariat est constatée. Face à une profession de médecins généralistes dont la typologie évolue (démographie en baisse, existence de zones sous-dotées, féminisation, pyramide des âges inversée, manque d'intérêt des jeunes diplômés pour l'exercice libéral au profit du salariat), c'est tout à la fois le cadre réglementaire, la réflexion sur l'offre de soins et celle sur les mesures incitatives à l'implication des praticiens qui doivent être revus pour éviter un effritement du système sur certaines zones du territoire national.

En charge de l'organisation régionale de la permanence des soins, les ARS ont privilégié des schémas organisationnels qui semblent tendre vers leurs limites :

- le nombre de nouvelles maisons médicales de garde est quasi nul en 2014, et restent posés les problèmes de la fragilité et du manque de pérennisation de ces structures, sources de pertes de motivation par les médecins qui les ont promues ;
- la resectorisation (regroupement de territoires) qui proposait une solution au déficit de praticiens assurant la permanence des soins dans de nombreuses zones rurales ne peut plus être utilisée que marginalement sous peine d'instaurer des territoires trop étendus, posant des problèmes aux médecins comme aux patients. Si, en plus, ces décisions sont prises sans véritable concertation avec les médecins de terrain et leurs institutions représentatives, ou si elles se justifient uniquement par des considérations économiques, de tels modes de gouvernances remettent en cause le fragile équilibre de la permanence des soins ;
- l'arrêt de la garde en nuit profonde se poursuit à un rythme soutenu mais sans qu'y soit couplée le corollaire qui nous paraît indispensable : une augmentation de la régulation libérale, particulièrement en nuit profonde.

Alors que les usagers réclament que leurs demandes de soins non programmées en horaire de permanence des soins continuent à être prises en compte, l'absence ou le non dévoilement d'une ligne directrice par l'Etat et ses représentants en région inquiète :

- suite au rapport de la Cour des Comptes de 2013, a été créée une mission parlementaire d'information sur la permanence des soins dont les travaux se sont déroulés, de novembre 2013 à juin 2014, avec l'audition de tous les acteurs. Le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins a été l'une des premières personnalités entendues mais ce rapport parlementaire n'a toujours pas été rendu public ;
- la permanence des soins est quasiment absente du projet de loi de santé, si ce n'est par l'instauration d'un numéro d'appel national, dont le Conseil national de l'Ordre des médecins a demandé la gratuité. On ne retrouve pas trace dans ce projet de loi d'une solution attendue par les praticiens pour leur garantir une couverture assurantielle pendant leurs missions de permanence des soins ;
- les actions de communication à destination du grand public, bien qu'inscrites dans chaque cahier des charges régional de la permanence des soins restent trop peu nombreuses, d'où une mauvaise connaissance (et une mauvaise utilisation) du dispositif : ainsi, alors que 60 à 80 % des appels traités en régulation médicale débouchent sur un conseil sans recours à une consultation ou à une visite, moins de 50 % des actes bénéficient de cette régulation en amont, pourtant inscrite dans la loi. On ne peut que déplorer l'absence de renforcement de cette régulation libérale dont les ARS n'augmentent ni les effectifs ni la visibilité auprès des usagers ; certaines préfèrent chercher des rationalisations économiques en mettant en concurrence les systèmes publics et libéraux au profit de l'hôpital, par exemple pour assurer, en nuit profonde, la régulation ou l'effectif. On ne peut être d'accord avec de telles approches alors qu'une effectif mobile semble plus que jamais nécessaire, que ce soit en complément d'une effectif posté (en maison médicale de garde ou en cabinet) pour des visites incompressibles ou que ce soit pour assurer, y compris en nuit profonde, une prise en charge à des patients dont l'acheminement en transport sanitaire vers les services d'accueil des urgences n'est ni nécessaire, ni souhaitable, comme pour les personnes vivant en EHPAD ;
- les problématiques récurrentes sur la délivrance des certificats de décès, une mission qui est en dehors du champ de la PDS et qui devrait reposer sur une astreinte médico-administrative (comme les examens des gardés à vue) ne se voient proposées aucune solution, alors qu'elles alourdissent beaucoup la mission des médecins assurant la permanence des soins.

L'Ordre des médecins entend être associé aux changements là où ils seront nécessaires, que ce soit :

- au niveau des territoires où l'expertise des Conseils départementaux est incontournable ;
- dans l'amélioration des schémas mis en place par les ARS grâce à un partenariat optimisé avec les Conseils régionaux ;
- ou dans la réflexion globale sur les adéquations, au niveau national, entre les textes, les évolutions du métier de médecin généraliste et les besoins de la population.

MÉTHODOLOGIE

Cette enquête a été réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins pendant le mois de janvier 2015. Le questionnaire, comportant 42 questions fermées et 17 questions ouvertes, a été adressé aux 100 conseils départementaux de métropole et d'Outre-Mer en novembre 2014.

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 2014, de situations qui ont constamment évolué pendant l'année 2014 et continueront à évoluer en 2015.

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 3 avril 2015 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 10 avril 2015, 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	3
I. LES EVOLUTION DES CAHIERS DES CHARGES REGIONAUX DE LA PERMANENCE DES SOINS ET DE LEURS DECLINAISONS DEPARTEMENTALES	5
1) Le rythme de modification des cahiers des charges ne faiblit pas	5
2) Une participation contrastée du conseil de l'Ordre à ces modifications	5
II. LA PERMANENCE DES SOINS SUR LE TERRAIN EN 2014	7
1) La régulation médicale : 2763 médecins régulateurs libéraux (absence de renforcement)	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
- activité de la régulation libérale	11
- campagnes d'information du public	11
- <i>tableau : montant horaire des astreintes de régulation médicale</i>	12
2) Les territoires d'effecton de la PDS selon les horaires	13
- en soirée	13
- en journée, les week-ends et jours fériés	14
- en nuit profonde	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 PDS : un nombre stable	21
- <i>cartes : sites dédiés en PDS</i>	24
4) L'effecton mobile	26
5) La permanence des soins en EHPAD	26
6) La permanence des soins le samedi matin	27
7) Activités médico-administratives et permanence des soins	28
- les certificats de décès	28
- les examens de garde a vue	30
- <i>carte : médecine légale</i>	31
III. PARTICIPATION DES MEDECINS A LA PDS ET FONTIONNEMENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL	32
1) Participation des médecins	33
- le volontariat	33
- <i>cartes : participation des médecins généralistes à la PDS</i>	36
- la complétude des tableaux	38
- les réquisitions	38
- la rémunération des effecteurs	39
- <i>tableau : montant forfaitaire des astreintes d'effecton médicale</i>	40
- les logiciels de garde	42
2) Permanence des soins et organisation du conseil départemental	42
- doléances et plaintes reçues par les conseils départementaux à propos de la PDS	43
- responsabilité civile et pénale	44
Conclusion	45
- <i>Annexe 1 : participation des médecins à la régulation</i>	47
- <i>Annexe 2 : questionnaire-type envoyé aux départements sur l'état des lieux de la PDS</i>	50
- <i>Annexe 3 : questionnaire-type envoyé aux régions sur l'état des lieux de la PDS</i>	56

I. LES EVOLUTIONS DES CAHIERS DES CHARGES REGIONAUX DE LA PERMANENCE DES SOINS ET DE LEURS DECLINAISONS DEPARTEMENTALES

1) Le rythme de modification des cahiers des charges régionaux ne faiblit pas

	OUI	NON	non communiqué ou sans objet
Y a-t-il eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2014 ?	57	43	
S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2014, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?	36	26	38
Le CODAMUPS, s'est-il réuni en 2014 ?	74	26	
<ul style="list-style-type: none"> • Son sous-comité médical s'est-il réuni ? 	52	43	5
L'Ordre a-t-il été associé à la préparation du CODAMUPS, du sous-comité ou du groupe de suivi de la PDS ?	70	17	13
Ce qui se passe sur le terrain est-il en accord avec le cahier des charges ?	76	23	1

Comme les années précédente, plus de la moitié des régions ont vu leur cahier des charges modifié en 2014. On peut citer le cas notamment en Alsace, Aquitaine, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Franche-Comté, Lorraine, Provence-Alpes-Côtes d'Azur, Pays-de-la-Loire, Poitou-Charentes.

Ces modifications n'ont pas bouleversé l'organisation de la permanence des soins et sont d'ampleur limitée :

- la resectorisation à petite échelle en Champagne-Ardenne ou en Aquitaine ;
- l'arrêt de la garde en nuit profonde dans de nouveaux secteurs : Alsace, Franche-Comté. Sur ce point, l'évolution est plus importante en Lorraine ;
- l'adaptation de la régulation médicale ;
- Certains cahiers des charges prévoient la mise en place de communication auprès du grand public sur le fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires, comme en Basse-Normandie.

Il arrive que les modifications des cahiers des charges n'affectent pas toute la région mais un ou deux départements uniquement. C'est le cas, par exemple, en Bourgogne avec la Côte d'Or.

Les conseils départementaux ont été plus nombreux en 2014 (23 contre 10 en 2013) à signaler que l'organisation de la permanence des soins décrite dans les cahiers des charges régionaux n'est pas en adéquation avec son fonctionnement effectif. Le décalage est souvent dû à une vision trop administrative qui néglige les contraintes financières et ne recherche pas l'adhésion des médecins.

On peut en donner quelques exemples :

- en Seine-et-Marne, le cahier des charges régional a dû être modifié avec la suppression des 3 gardes postées qui n'avaient jamais vu le jour à défaut des médecins volontaires ;
- dans l'Aisne, 3 secteurs assurent la garde sur des horaires autres que ceux prévus par le cahier des charges régional ;
- dans l'Aude, la régulation médicale libérale des appels de nuit profonde n'a toujours pas été mise en place.

A l'inverse, l'organisation de la permanence des soins a pu être modifiée avant même que le cahier des charges régional n'en prenne acte, comme dans le Nord-Pas-de-Calais ou en Martinique.

2) Une participation contrastée du conseil de l'Ordre à ces modifications

En apparence, la concertation sur la permanence des soins apparaît être au rendez-vous mais on relèvera deux points :

- le nombre de conseils départementaux où le CODAMUPS ne s'est pas réuni augmente (26 contre 15 l'année dernière) ;
- les réunions n'ont pas toujours pour objet l'organisation de la permanence des soins mais la diffusion d'informations relatives à des alertes sanitaires.

Bien entendu, des contacts directs peuvent exister entre le directeur général de l'ARS et ses délégués territoriaux, d'une part, les conseils régionaux et départementaux de l'Ordre des médecins d'autre part.

Il apparaît cependant clair que l'association de l'Ordre des médecins à l'élaboration des cahiers des charges et de leurs déclinaisons départementales n'est pas appliquée de manière uniforme sur le territoire national, même si elle a été voulue par le législateur.

Les conseils départementaux des Alpes-Maritimes et du Nord ont exprimé leur mécontentement à ce sujet alors que pour dans d'autres conseils départementaux, les relations sont excellentes, comme le Vaucluse.

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 SUR LE TERRAIN EN 2014

1) 2763 médecins régulateurs libéraux participent à une régulation médicale qui ne s'est pas renforcée en 2014

	OUI	NON
L'organisation de la régulation libérale dépend-elle d'une organisation exclusivement départementale ?	88	12
La régulation médicale de la PDS, dans votre département, dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15 (sans tenir compte des éventuelles plates-formes de type SOS Médecins) ? ¹	34	66
Nombre de régulateurs libéraux impliqués dans la PDS	2763	
La régulation déportée (depuis le domicile ou le cabinet du médecin) est-elle en pratique utilisée par des régulateurs libéraux ?	11	89

La régulation médicale ne progresse pas en 2014 et on doit s'en inquiéter dès lors qu'elle constitue la porte d'entrée du dispositif de permanence des soins et le pivot de sa bonne organisation.

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 ² est effective dans la quasi-totalité des départements mais le nombre total des médecins régulateurs libéraux n'a pas progressé (2763 vs 2760 en 2013) ; nous avons déjà alerté l'année passée sur l'amorce de ce processus qui est encore plus marqué en 2014.

Ce chiffre étale de 2763 médecins régulateurs médicaux ne doit pas occulter des évolutions positives dans l'Isère, les Hauts-de-Seine et la Ville de Paris mais aussi des baisses sensibles dans plusieurs départements comme l'Essonne, la Haute-Garonne, l'Ille-et-Vilaine, la Haute-Loire et la Meurthe-et-Moselle.

Ces chiffres sont un indicateur de l'engagement des médecins plus qu'une mesure de la bonne organisation du dispositif dès lors qu'un même nombre de médecins peut assurer la régulation sur des plages horaires plus importantes et que les difficultés propres à cette activité comme les risques qu'elle comporte nécessitent le recours à des praticiens formés et expérimentés. On ne peut donc se limiter à une vision quantitative.

¹ Il peut s'agir d'un numéro départemental ou régional.

² Quelles que soient les modalités de cette participation (médecins libéraux intervenant pour le compte d'une association, médecins libéraux prenant le statut d'attaché à cette occasion, ...)

En nuit profonde, il n'y a pas de médecins régulateurs libéraux dans un tiers des départements et ce chiffre ne diminue pas. Au moment où les territoires sont regroupés et où le nombre de d'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, 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. A ce sujet, on constate que les rémunérations allouées aux médecins régulateurs n'ont pas été revues en 2014.

La présence de médecins régulateurs libéraux, le samedi matin ne progresse plus, voire diminue (36 départements contre 39).

On soulignera enfin 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 la nécessité d'une régulation effectivement médicale (c'est-à-dire assurée par un médecin) 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 MEDECINS LIBERAUX 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 auprès des directeurs de SAMU et des responsables d'associations de médecins régulateurs libéraux. On regrettera cependant que seul un quart des directeurs de SAMU aient communiqué le chiffre de médecins hospitaliers susceptibles de prendre en charge des appels de permanence des soins. Ce faible nombre ne permet pas d'exploiter les données et encore moins de les diffuser.

Ce tableau (Cf. Annexe 1 – page 47) donne 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.

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 qu'un faible nombre de départements (le Bas-Rhin, l'Orne, l'Yonne, l'Allier, l'Eure, le Haut-Rhin, la Mayenne, les Deux-Sèvres, la Guadeloupe, etc) ont mis en place une régulation médicale libérale interconnectée au 15 depuis le domicile du médecin ou son cabinet. Il n'a pas évolué cette année, pas plus que l'année dernière.

Les remontées des conseils départementaux ne font pas état de demandes de médecins réclamant une régulation déportée, pas plus que d'initiatives des ARS allant dans cette direction ...

UN NUMERO DEDIE A LA PERMANENCE DES SOINS

Dans 34 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, Haute-Corse, Isère, Mayenne, Haut-Rhin, Seine-Maritime, Yonne, etc).

Le nombre des numéros dédiés différents du 15 progresse légèrement (+ 4), en particulier, du fait du basculement de l'ensemble de la région Midi-Pyrénées sur le 3966.

Le projet de loi de Santé évoque la création d'un numéro national de permanence des soins à côté du 15. Le Conseil national de l'Ordre des médecins va être attentif à ce débat où seul doit compter l'intérêt des patients. Il a déjà obtenu que l'article discuté précise la gratuité de ce numéro national.

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 et en 2014, l'ARMEL qui proposait, en concurrence avec des structures départementales, un service de régulation médicale dans la région Midi-Pyrénées, voire au-delà, a fermé ses portes au profit d'organisations exclusivement départementales avec un numéro unique.

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

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.

ACTIVITE 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 (conseil téléphonique, téléprescription, envoi d'un médecin effecteur, etc).

CAMPAGNES D'INFORMATION DU PUBLIC

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 n'est pas régulé en amont). 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, ...

Le Conseil national de l'Ordre des médecins réclame, depuis 10 ans, une campagne nationale d'information sur le bon usage de la permanence des soins et plus particulièrement, sur le recours au 15 ou tout autre numéro dédié.

Les choses commencent à bouger et plusieurs ARS ont prévu d'organiser des actions de communication vers le grand public. Certains cahiers des charges comme ceux d'Aquitaine, de Bretagne, d'Ile-de-France, de Lorraine, du Midi-Pyrénées ou de Guadeloupe) évoquent explicitement ce sujet.

La principale campagne de communication a été lancée par l'ARS de Midi-Pyrénées, en juin et novembre derniers, pour faire connaître au grand public le numéro unique 3966. Elle a été relayée par la presse, la télévision, la radio, des dépliants et des affiches. Les conseils départementaux y ont été associés. En Lorraine, des actions de communication ont également eu lieu.

Certains conseils départementaux regrettent pour leur part qu'il n'y ait aucune initiative de ce type : par exemple, le Var en réclame toujours une auprès de l'ARS et de la CPAM.

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 d'effectation de la permanence de soins selon les horaires

EN SOIRÉE (20H00 - minuit)

Nombre de territoires au 31 décembre 2014 ¹ ?	1707
Nombre de territoires sur lesquels la garde est assurée par des médecins effecteurs libéraux	1618
Nombre de territoires dans lesquels la garde n'est pas assurée par des médecins effecteurs libéraux	89

La France regroupe 1707 territoires de permanence des soins, fin 2014.

Ils étaient au nombre de 1764 fin 2013, 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 3,5%, marque le pas, la diminution étant en 2013 et 2012 respectivement de 8 % et 16 %. N'oublions pas cependant que, depuis 2003, le nombre de territoires a été divisé par plus de la moitié. On peut estimer que la resectorisation a trouvé ses limites : la poursuivre poserait le problème de la capacité des médecins et des patients à se déplacer sur de trop grands territoires.

Cette politique de regroupements des territoires tenait autant à une faible activité constatée, qu'à la recherche d'économies dans le versement des astreintes. Elle s'expliquait aussi par le 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 étaient importantes.

La comptabilisation des territoires de la permanence des soins n'est toutefois pas une science exacte. Dans un certain nombre de départements, des anciens secteurs ont été regroupés mais sont pris en charge par plus d'un effecteur dans le territoire qui résulte de ce groupement. Il convient de raisonner autant en termes de nombres d'effecteurs pendant la période de permanence des soins qu'en termes géographiques. Par exemple, le département du Val-de-Marne ne compte que 4 territoires de permanence des soins mais sont couverts par

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

12 points fixes comportant chacun un effecteur. A l'inverse, dans des départements comme les Alpes-de-Haute-Provence, le Var ou la Seine-et-Marne, des territoires ont été maintenus sans présence d'effecteurs.

Globalement, la resectorisation au cours de l'année 2014 s'illustre dans les départements concernés par des regroupements limités en nombre. Quelques départements comme le Loir et-Cher ou le Nord affichent une réduction des territoires plus marquée.

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 de médecins eux-mêmes. L'ARS ne peut prétendre organiser la permanence des soins en s'exonérant de cette expertise du 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 2014 ¹ ?	1734
Nombre de territoires sur lesquels la garde est assurée par des médecins effecteurs libéraux	1704
Nombre de territoires dans lesquels la garde n'est pas assurée par des médecins effecteurs libéraux	30

Une nouvelle fois 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. On peut 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 - 08H00)

	OUI	NON
Le cahier des charges régional prévoit-il l'arrêt de la permanence des soins à minuit dans l'ensemble de votre département ?	26	74
Si NON, combien de territoires d'effecton de nuits profondes sont-ils maintenus ?	568	
Dans combien de ces territoires une offre de soins libérale est-elle présente ?	448	

67 % des territoires s'arrêtent de fonctionner à minuit (contre 61 % l'année dernière et 55 %, il y a deux ans).

Dans 47 départements, l'arrêt concerne plus des 3/4 des territoires alors que 38 étaient concernés l'année dernière et 17, il y a deux ans. L'arrêt de la garde en nuit profonde est un processus qui s'étend lentement mais inexorablement sur les territoires.

Dans 4 nouveaux départements, la garde s'arrête totalement à minuit (Ain, Nord, Pas-de-Calais et Rhône) et dans 8 autres, l'évolution est forte en ce sens (Ardèche, Indre-et-Loire, Isère, Maine-et-Loire, Savoie, Haute-Savoie, etc). Dans une vingtaine d'autres départements, il s'agit plus d'un processus de grignotage.

Les évolutions peuvent être d'ampleur régionale et l'on peut citer le Nord-Pas-de-Calais et la Lorraine.

Elles ne sont pas uniformes ni dans le temps ni dans l'espace. Dans les Vosges, la garde de nuit profonde est maintenue les week-ends et jours fériés. Dans nombre de départements, la nuit profonde est maintenue dans les secteurs urbains où des associations de type SOS Médecins sont établies (Savoie, Haute-Corse, Cher, Oise, Somme, Aube, etc) même si le Nord offre un contre-exemple de taille.

Ailleurs, 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.

Dans d'autres cas, l'offre de soins a été maintenue en nuit profonde par l'effet d'une resectorisation (fusion de deux ou plusieurs secteurs pendant cette tranche horaire). C'est le cas aujourd'hui de 20 % des secteurs maintenus en nuit profonde.

Si le plus souvent l'arrêt correspond à une attente des praticiens et a été considéré 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 à 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 par exemple le cas du Nord et de la Savoie. Dans ces départements ou territoires, les cahiers des charges justifient cet arrêt par le faible nombre d'actes pendant la nuit profonde, mais aussi par la nécessité de renforcer la régulation médicale libérale en nuit profonde et d'assurer le relais avec les établissements de santé. Or, nous avons vu précédemment que ce renforcement de la régulation en nuit profonde n'a pas été implémenté en 2014.

Ce processus devrait se poursuivre et, par extension, la problématique du maintien d'une permanence des soins ambulatoires de 20H00 à minuit commence à se poser ici ou là.

A défaut d'une permanence des soins ambulatoire, la prise en charge des demandes de soins non programmées est assurée par les services d'accueil des urgences.

Cas particulier d'une région où sont présents des médecins correspondants du SAMU

On soulignera qu'en Rhône-Alpes, les médecins correspondants du SAMU sont désormais les seuls effecteurs de nuit profonde pour les secteurs à plus de 30 minutes d'un SMUR.

Le médecin correspondant du SAMU est :

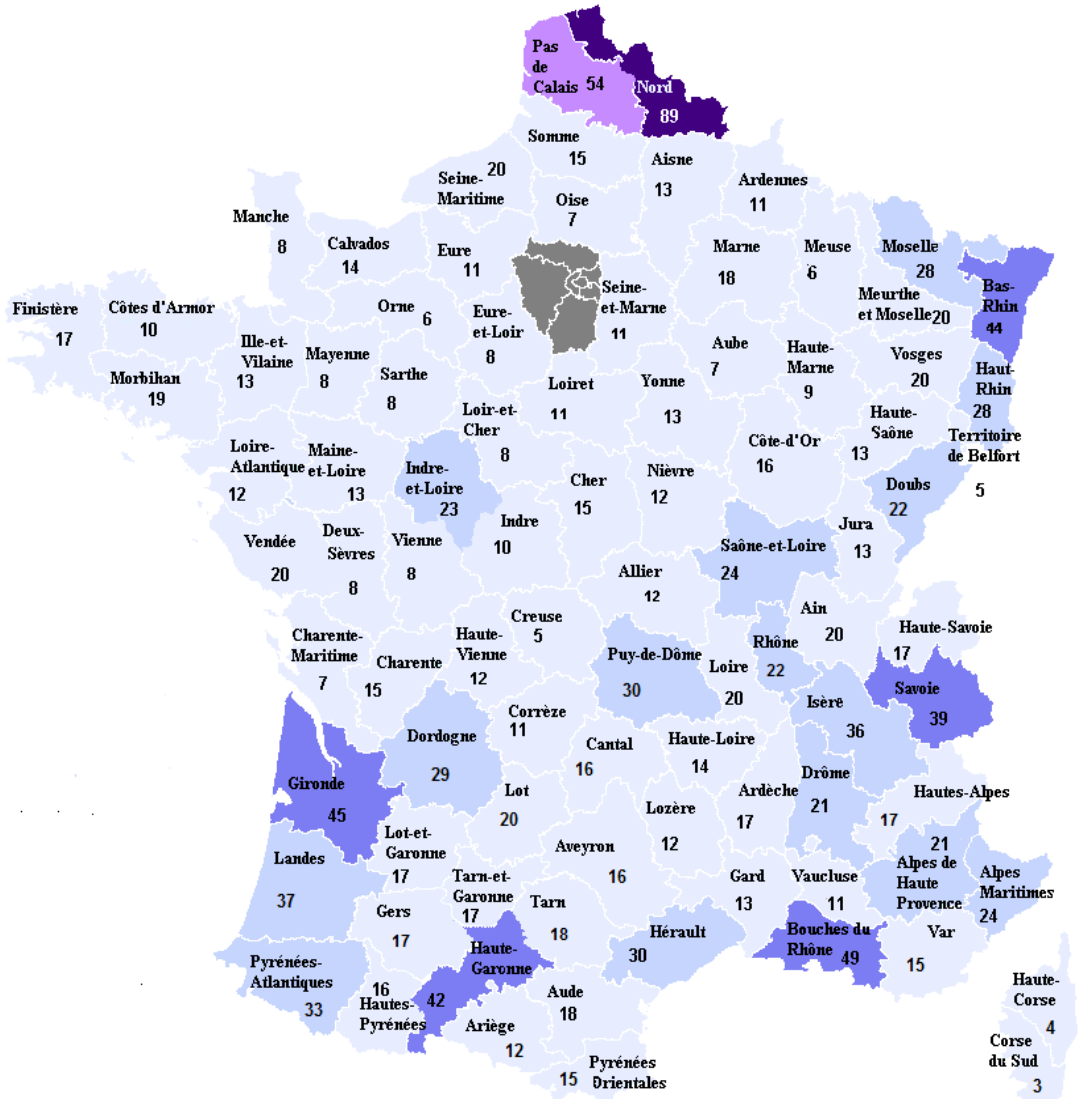
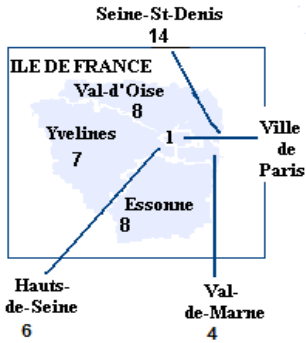
- un médecin formé à l'urgence,*
- qui agit sur demande de la régulation médicale des SAMU-Centre 15,*
- pour prendre en charge des patients en situation d'urgence médicale,*
- dans une zone préalablement identifiée, en priorité située à plus de 30 minutes d'accès d'un effecteur de médecine d'urgence (structure des urgences ou SMUR).*

L'intervention du médecin correspondant du SAMU est déclenchée de manière systématique et simultanée à l'envoi d'un SMUR. Il prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR, en lien continu et permanent avec le SAMU qui va adapter les moyens de transports aux besoins du patient identifiés par le médecin correspondant du SAMU.

Le médecin correspondant du SAMU est donc un effecteur de médecine d'urgence qui intervient dans le cadre de la mission de service public d'aide médicale urgente (AMU).

A côté de la région Rhône-Alpes, l'Auvergne s'interroge également à la mise en place de ces médecins correspondants du SAMU.

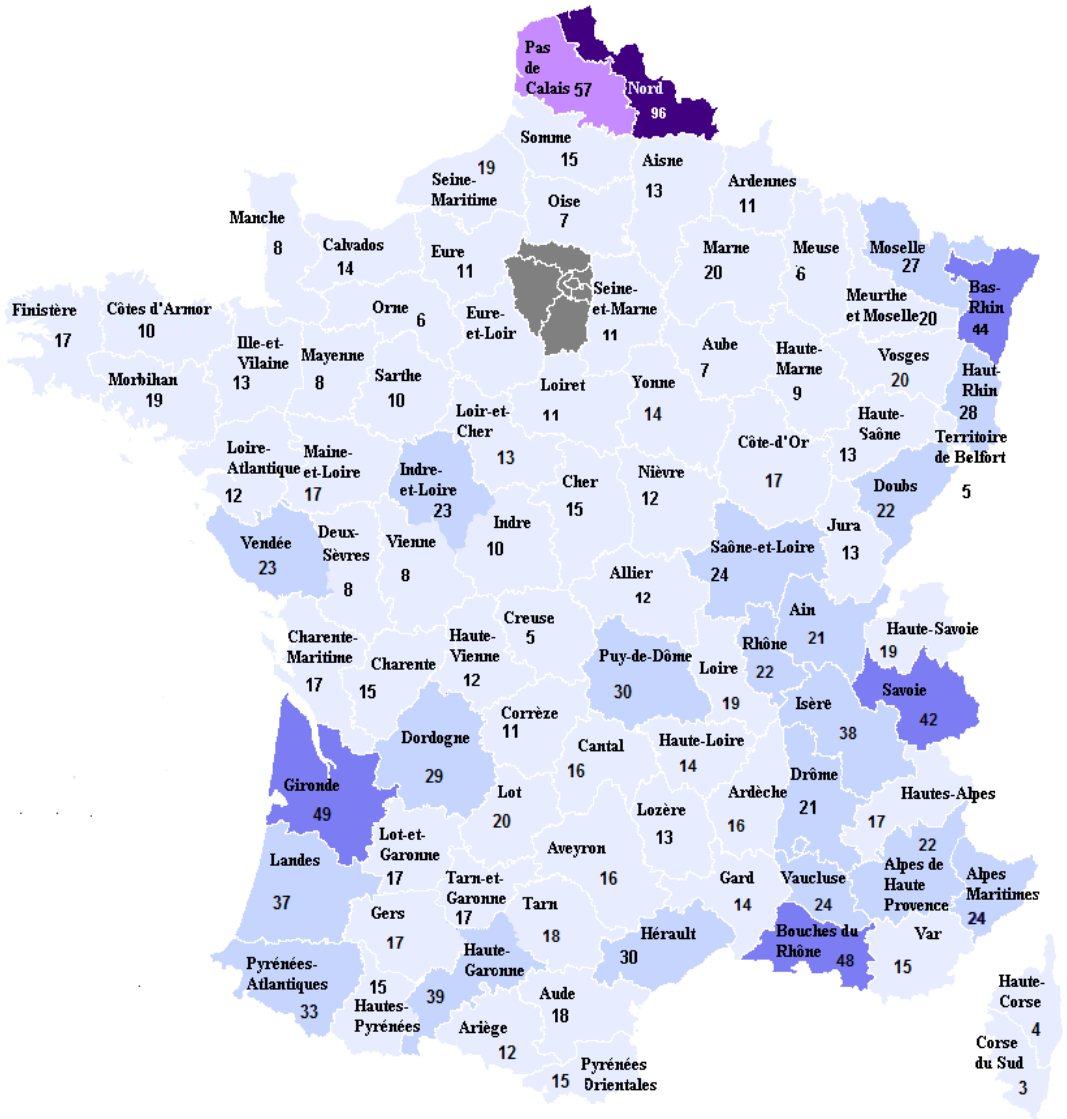
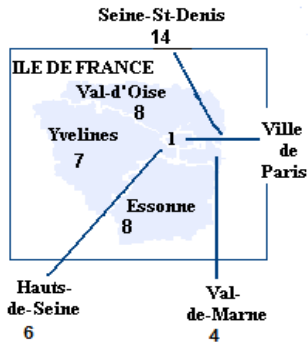
LES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS DE 20H00 A MINUIT - AU 31 DECEMBRE 2014 (1707 SECTEURS)



LEGENDE



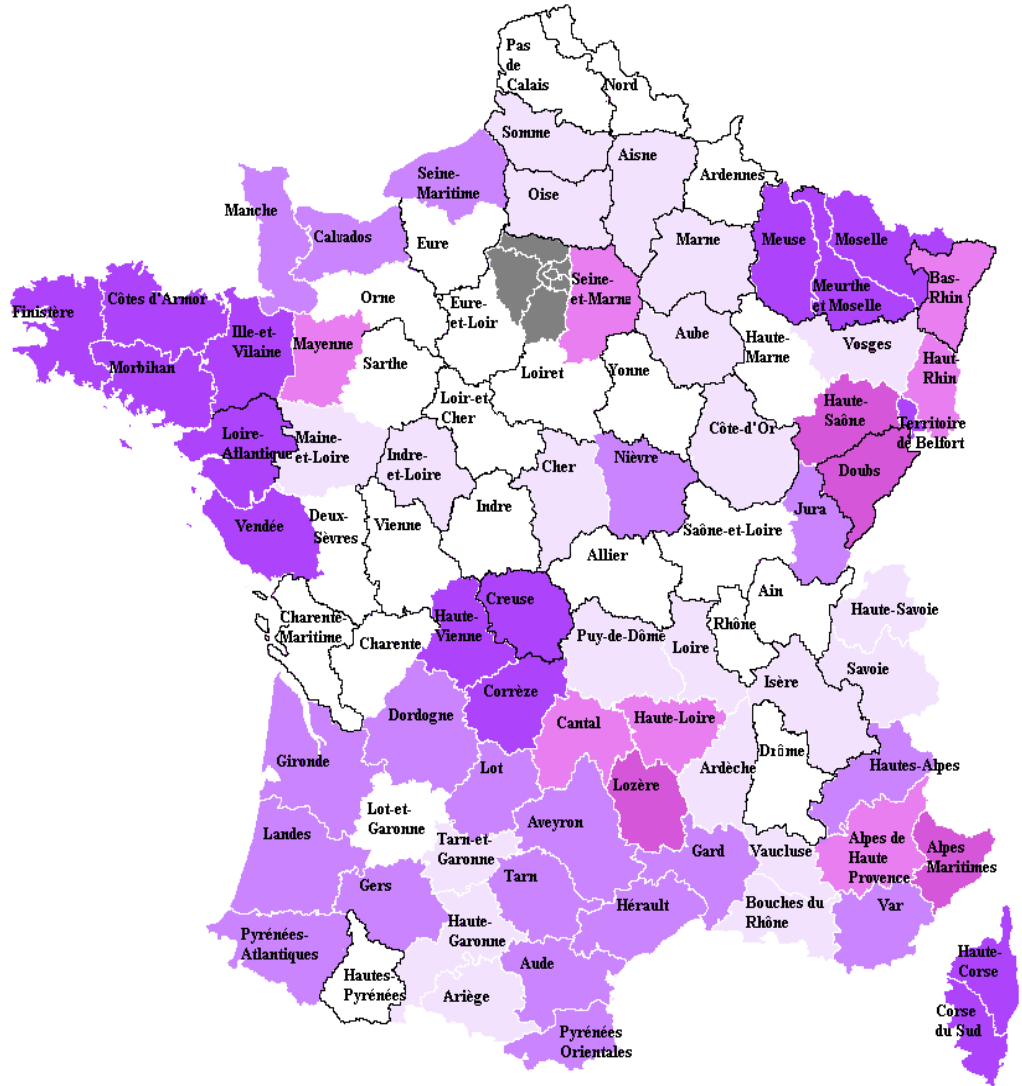
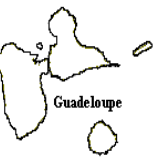
**- RAPPEL -
LES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS
DE 20H00 A MINUIT - AU 31 DECEMBRE 2013 - (1764 SECTEURS)**



LEGENDE



**LA COUVERTURE DE LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE - DE MINUIT A 8H00
AU 31 DECEMBRE 2014**



LEGENDE

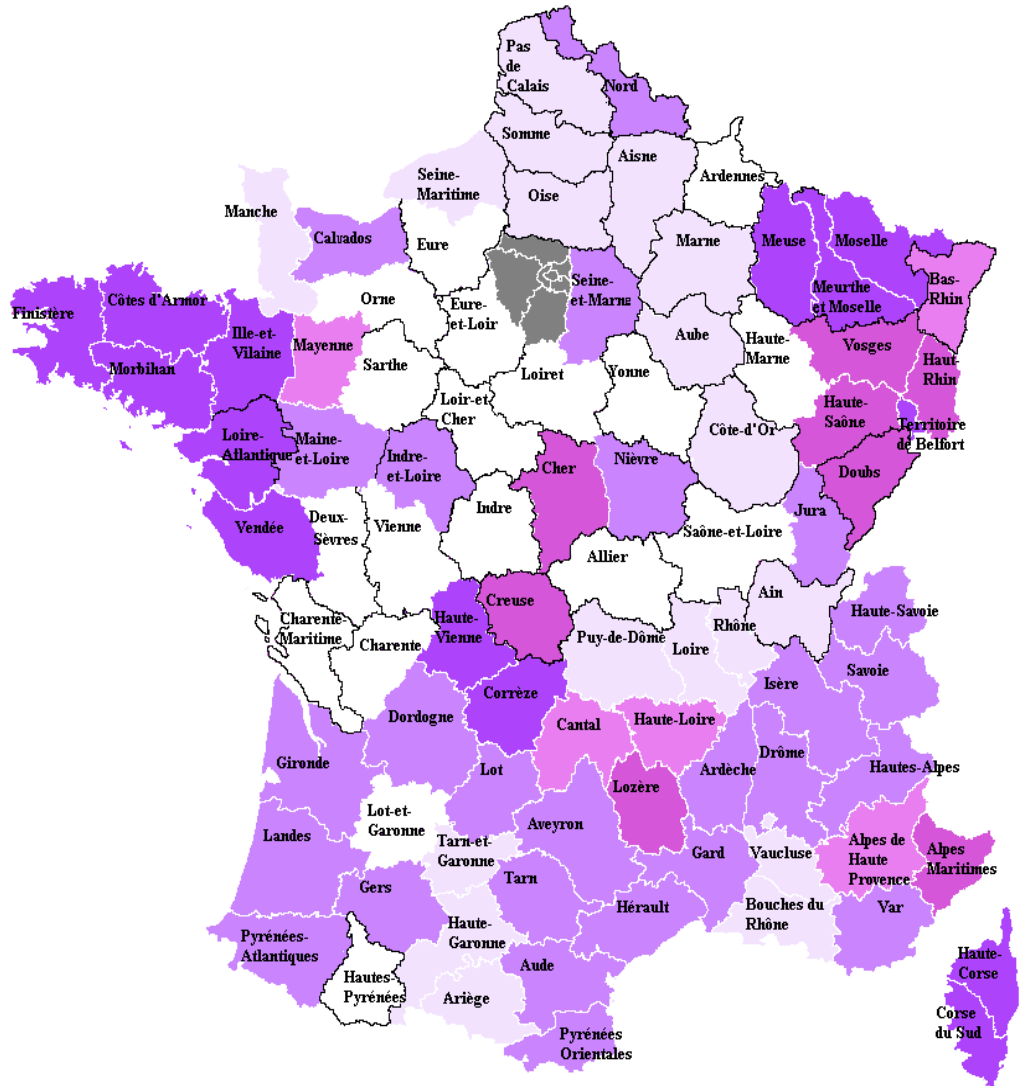
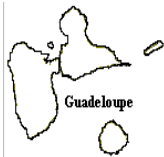
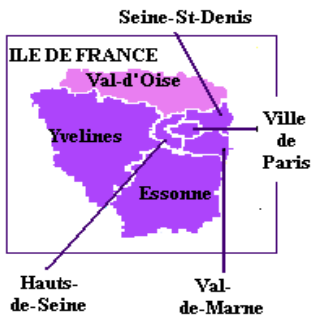
Pas de couverture de 1 à 24 % de 25 à 50 % de 51 à 75 % de 76 à 99 % Couverture totale



Pourcentage de territoires couverts

- RAPPEL -

**LA COUVERTURE DE LA PERMANENCE DES SOINS
DE MINUIT A 8H00 - AU 31 DECEMBRE 2013**



LEGENDE

Pas de couverture de 1 à 24 % de 25 à 50 % de 51 à 75 % de 76 à 99 % Couverture totale



3) Lieux d'effecton fixe de la permanence des soins : un nombre stable

Combien en existe-t-il dans votre département ?	414		
Combien de territoires de PDS couvrent-ils ?	461		
	OUI	NON	sans objet
Les patients peuvent-ils, dans la pratique, y accéder sans régulation médicale ?	49	35	15
Existe-t-il des systèmes permettant l'acheminement des patients mobilisables mais ne disposant pas d'un moyen de transport vers l'effecteur fixe ?	25	59	16
Sur les territoires couverts par ces lieux d'effecton fixe, existe-t-il des dispositifs de prise en charge des visites incompressibles ?	54	30	

Il existe 414 lieux d'effecton fixe de la permanence des soins. Ce chiffre est stable par rapport aux 407 dénombrés fin 2013. Quelques nouveaux sites ont ainsi été créés notamment dans l'Oise (où, à terme, ils devraient couvrir l'ensemble des territoires), l'Isère ou encore le Pas-de-Calais. Les créations de lieux d'effecton fixe sont nettement en retrait par rapport aux annonces que l'on pouvait lire dans les cahiers des charges l'année dernière.

Ils couvrent 27,5 % des territoires de permanence des soins.

Par lieu d'effecton fixe au sens de la présente enquête, il faut entendre les lieux identifiés par le cahier des charges régional où la population d'un territoire de permanence des soins peut se rendre aux horaires de la permanence des soins. Ils peuvent prendre des appellations différentes : maisons médicales de garde (MMG), centres d'accueil de permanence des soins (CAPS) ou encore centres de consultations gérés par des associations type SOS Médecins.

Ils peuvent être implantés dans des locaux propres dédiés limités à l'activité mais, le plus généralement, on les retrouve implantés dans des établissements de santé publics ou privés ou accolés à ces derniers, au sein d'EHPAD, dans des maisons de santé pluriprofessionnelles, dans des centres municipaux de santé. Une récente enquête du Ministère de la Santé révèle que 20 % des hôpitaux de proximité abritent un lieu fixe de permanence des soins.

Ces lieux d'effecton fixe fonctionnent la semaine, le week-end ou de façon plus intermittente (par exemple, uniquement le week-end). De façon générale, ils ferment en toute hypothèse à minuit.

Des lieux d'effecton fixe sont implantés dans 85 % des départements. Dans la grande majorité de ces départements, ils couvrent un nombre réduit de territoires mais il faut citer ceux dans lesquels ils couvrent tous les territoires (Maine-et-Loire, Manche, Orne, Vienne, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Martinique, Réunion).

La création de lieux d'effecton fixe a été l'une des conditions de la resectorisation départementale, dans les années passées, et on ne peut s'empêcher de faire un lien entre le faible nombre de créations de sites dédiés à la permanence des soins en 2014 et le fait, comme on l'a vu précédemment, que la resectorisation marque le pas.

Le manque de visibilité à moyen terme et de forts doutes sur la pérennité de ces structures en raison du mode de gestion par les ARS de leurs besoins de financements, remettent en cause l'implication des médecins qui les promeuvent ou les gèrent.

Il est à noter que dans 35 départements, l'accès à ces sites d'effecton dépend d'une régulation en amont obligatoire. Des conseils départementaux se sont étonnés, à cet égard, de la faible activité de certains points de garde régulés alors que l'accueil des urgences ou les associations médicales effectuant des visites à domicile peuvent se déclarer débordés.

Quelques cas particuliers :

On peut noter que la création d'une maison médicale de garde a créé des difficultés dès lors que 4 médecins d'un secteur voisin ont souhaité s'associer à son fonctionnement, mettant ainsi en difficulté le fonctionnement de la permanence des soins dans leur secteur d'origine.

Il faut également citer des départements où des maisons médicales de garde ont fermé comme Sainte-Affrique dans l'Aveyron, faute de patients, ou Etampes, dans l'Essonne, faute de médecins.

On peut également mettre en exergue la situation particulière de la maison médicale de garde pédiatrie de Poissy, située dans le centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain, et qui a fermé ses portes en décembre 2014. Cette décision serait consécutive au manque de soutien administratif et aux retards de crédits de l'ARS Ile-de-France ainsi qu'à l'attitude de l'hôpital, accusé de jalouser les recettes de la MMG (Source : Hospimédia du 19-11-2014). Cela n'est pas sans rappeler les situations que nous avons déjà rencontrées dans les années passées, où les MMG, situées dans l'enceinte du centre hospitalier ou accolées à ces établissements étaient fragilisées en raison de conflits d'intérêts avec des services d'accueil des urgences.

On fera une mention particulière du Val-de-Marne où sous le vocable SAMI (Service d'accueil médical initial), le Conseil départemental avait pris l'initiative, il y a de nombreuses années, de créer des MMG dont le fonctionnement est satisfaisant et qui constituent un lieu d'accueil pour les étudiants en formation. Notre attention a cependant été attirée sur des difficultés financières rencontrées par l'association gérant les 12 SAMI du Val-de-Marne. Malgré une progression importante de 10 % de leur fréquentation l'an passé, ces difficultés ont conduit l'association à s'interroger sur sa pérennité à défaut d'une intervention urgente et significative de l'ARS Ile-de-France.

La question des dispositifs d'acheminement des patients le nécessitant vers le lieu fixe de la permanence des soins n'est pas résolue à fin 2014.

On peut déjà noter que les cahiers des charges régionaux se font discrets sur ce point et que dans l'ensemble des modifications portées à notre connaissance en 2014, seule l'Aquitaine évoque une expérimentation concernant la MMG de Libourne.

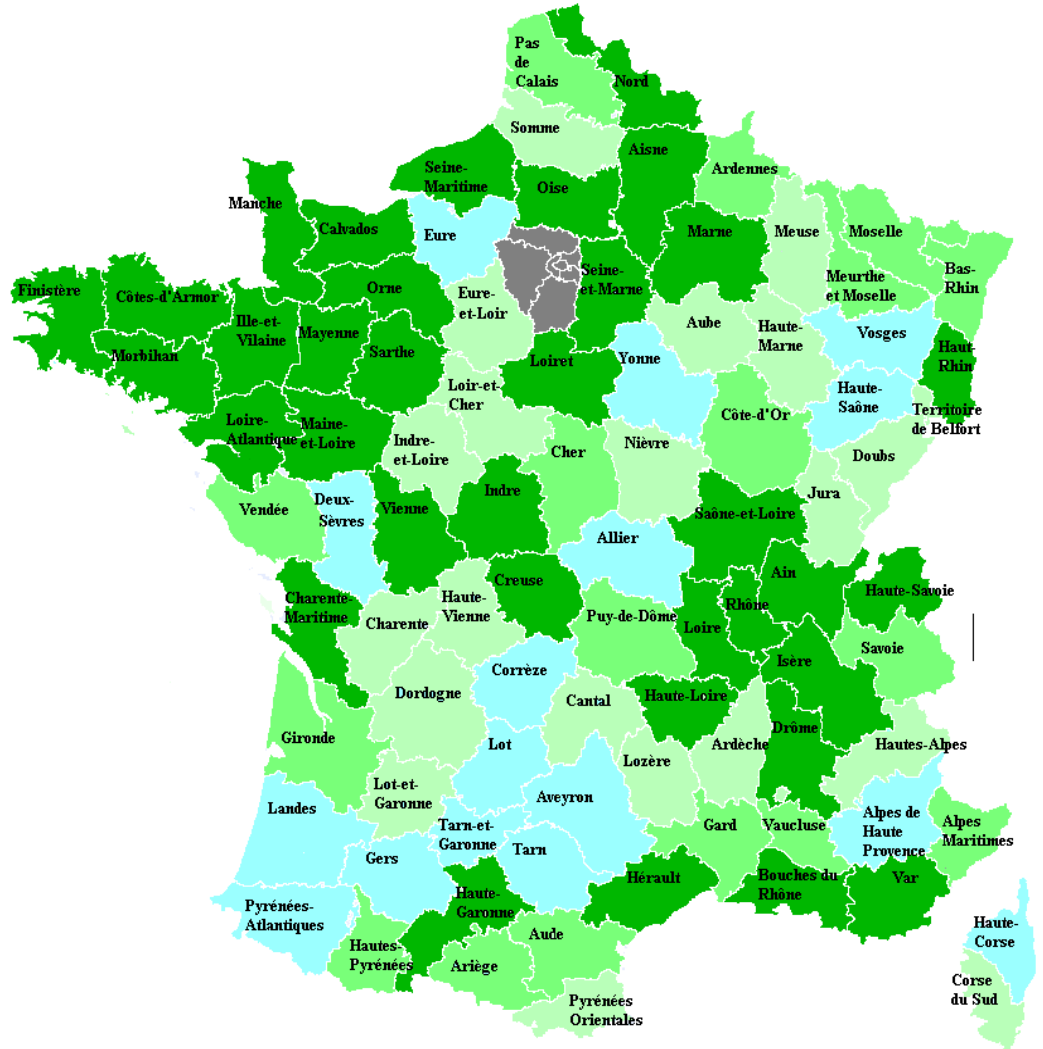
De façon très ponctuelle, en 2014, les conseils départementaux des Bouches-du-Rhône, du Cantal et de l'Indre-et-Loire, ont évoqué la mise en place d'un tel dispositif. A la Réunion, une expérimentation devrait prochainement voir le jour.

Une autre question non résolue et qui met encore plus en difficulté la viabilité des lieux d'effectation fixe est celle de la gestion des visites incompressibles.

Si celle-ci ne pose pas de difficultés particulières dans les territoires urbains où concomitamment avec l'activité du lieu d'effectation fixe, on trouve une association de type SOS Médecins pouvant prendre en charge les visites incompressibles, la situation est plus complexe ailleurs.

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

SITES DEDIEÉS A LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 DECEMBRE 2014



LEGENDE

Aucun site



1 à 2 sites



3 à 4 sites

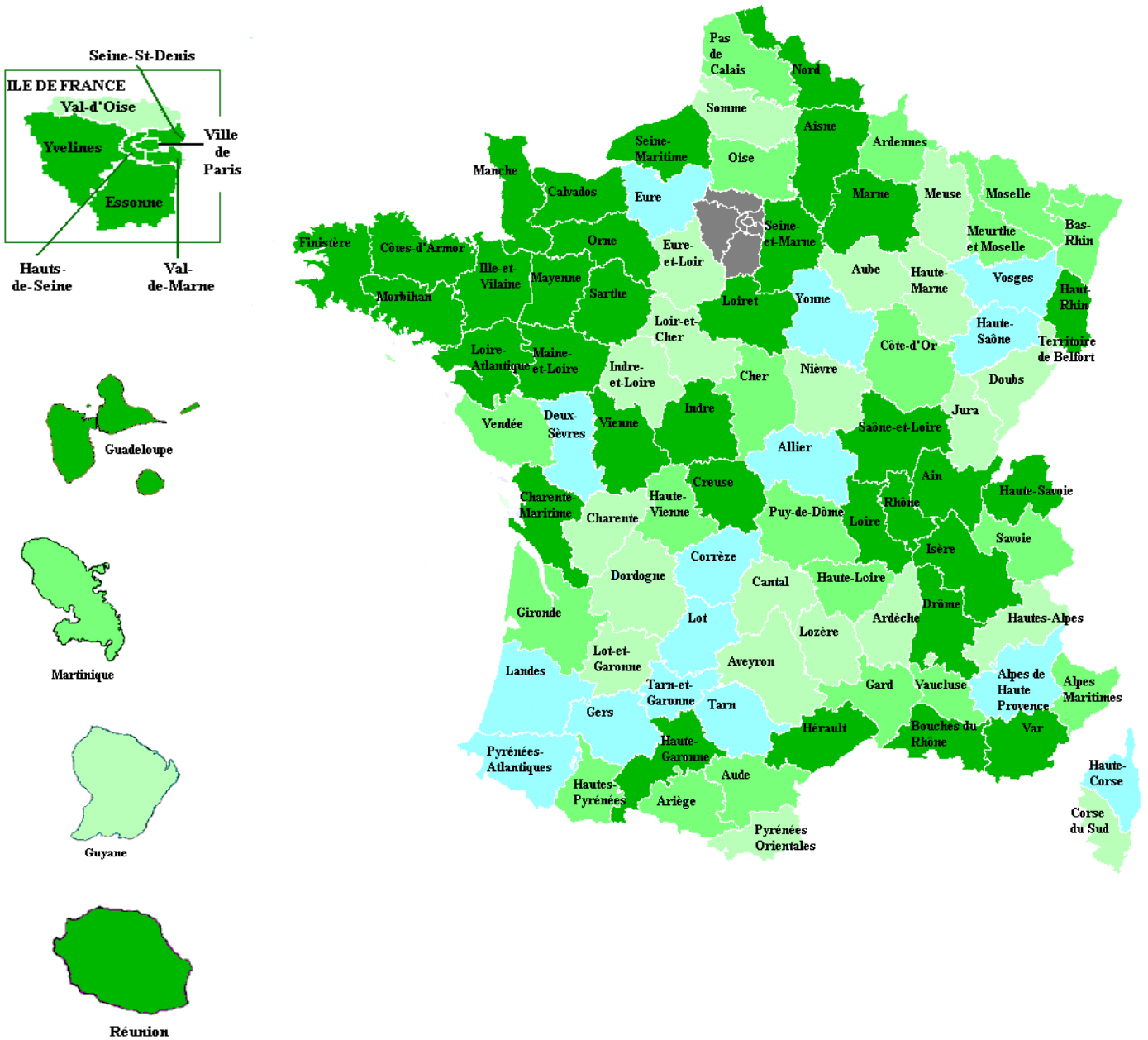


+ de 4 sites



- RAPPEL -

**SITES DEDIEÉS A LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 DECEMBRE 2013**



4) L'effectation mobile

	OUI	NON
Existe-t-il des effecteurs exclusivement mobiles (dans tout ou partie du département et/ou sur tout ou partie des horaires de PDS) ¹ ?	39	61

Plusieurs départements disposent d'effecteurs mobiles en journées, les week-ends et jours fériés et en nuit profonde.

Ainsi, la Creuse a 3 effecteurs libéraux le week-end et 2 effecteurs la nuit. En Haute-Vienne, 12 effecteurs fixes s'arrêtent à minuit et 6 mobiles continuent en nuit profonde. Le département des Côtes d'Armor présente quant à lui 3 points de départ d'effecteurs mobiles pour une couverture totale du département et d'une partie du Finistère (secteur interdépartemental).

Parmi les nouveaux départements à disposer d'un tel dispositif, on trouve par exemple, la Côte-d'Or, le Territoire-de-Belfort, la Martinique. A l'inverse, d'autres départements ne disposent plus d'effecteurs mobiles comme les Hautes-Pyrénées et le Pas-de-Calais où la garde de nuit profonde a été arrêtée.

Dans la quasi-totalité des départements où la permanence des soins se poursuit en nuit profonde, une effectation mobile est en place avec des médecins en nombre limité qui sillonnent de grands territoires.

A noter que si l'effectation mobile progresse sur les territoires, certaines réalités de terrain peuvent aussi empêcher le déploiement de ces dispositifs. A titre d'exemple, dans la Somme, l'expérimentation de 4 effecteurs mobiles couvrant tout le département n'a pas pu être réalisée faute de médecins volontaires en raison de trop longues distances à parcourir. Concernant le Finistère, le faible nombre d'effecteurs mobiles (2 pour couvrir ce grand département) rend difficile la mission des régulateurs qui estiment qu'il est souvent plus rapide de faire transporter le patient aux Urgences que de faire appel à l'effecteur mobile.

5) La permanence des soins en EHPAD

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.

¹ Votre réponse peut inclure les associations de type SOS Médecins dès lors qu'elles sont identifiées comme effecteur de la PDS dans le cahier des charges

Ceci ne semble pas toujours être le cas, même si quelques conseils départementaux évoquent le recours possible au médecin coordonnateur (la Seine-Maritime, le Loiret).

Avec la généralisation de l'arrêt des gardes en nuit profonde, la place importante des points fixes de garde et la présence limitée d'effecteurs mobiles, la prise en charge des résidents des EHPAD devient de plus en plus problématique. Dans certains départements, le transport en ambulance vers un service d'accueil des urgences est la seule solution disponible. Ailleurs, quand c'est possible, le transport du résident vers un lieu d'effecteur fixe est envisagé (Vienne).

Des solutions diverses sont mises en œuvre pour aider à la prise de décisions adaptées par le médecin régulateur, sans recourir systématiquement à la mobilisation d'un effecteur ou du patient.

Il peut s'agir d'expériences de télémédecine. Le conseil départemental d'Indre-et-Loire évoque ainsi un projet d'installation d'un « chariot de télémédecine » permettant des consultations à distance sans déplacement des personnes âgées. Le Conseil départemental de l'Orne fait également état de la mise en place d'une expérimentation de téléconsultation en EHPAD.

Plusieurs conseils départementaux (Essonne, Hérault, Maine-et-Loire, etc) font état cette année de la présence d'infirmiers la nuit dans les EHPAD. On voit aussi s'étendre un certain nombre d'expérimentations mises en œuvre par les ARS visant à organiser des astreintes d'infirmiers de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD (Auvergne, Pays-de-la-Loire, Champagne-Ardenne, etc). Dans ces expérimentations, les infirmières assurent les astreintes de nuit 7j/7, et de 20h00 à 6h00 du matin. Une convention de partenariat est établie à cette occasion qui précise, outre le champ et les modalités d'intervention des infirmières, les engagements réciproques des différents acteurs, ainsi que le rôle des médecins traitants pour réaliser des protocoles individualisés et des prescriptions anticipés en cas de besoin.

La présence d'infirmiers de nuit dans les EHPAD facilite la mission des médecins régulateurs et des médecins effecteurs.

En 2013, 85 % des EHPAD ne disposaient d'aucune infirmière de nuit.

6) La permanence des soins le samedi matin : la question mérite d'être approfondie

« Dans votre département, pensez-vous qu'à terme sera justifié de faire du samedi matin un créneau de PDS ? » Au regard des nombreuses réponses apportées à cette question posée pour la première fois, les conseils départementaux montrent tout l'intérêt qu'ils portent à ce débat.

Les conseils départementaux ont répondu oui à 65 %, non à 26 %.

Conformément à la réglementation, les cahiers des charges fixent les horaires de la permanence des soins le samedi de 12h00 (ou 14h00) à 20h00 (indépendamment de la situation exceptionnelle de l'intégration du samedi matin qui suit un jeudi ou un vendredi férié).

Pour répondre aux besoins d'accès aux soins le samedi matin, des plages de régulation médicale ont déjà été ouvertes par les cahiers des charges dans 36 départements (contre 39 en 2013). Les médecins régulateurs disposent dans ce cadre des mêmes options de prise en charge des patients que celles dont ils disposent habituellement mais peuvent également y assurer l'orientation dans ce créneau horaire vers les cabinets médicaux ouverts.

Il n'en va pas de même pour les médecins effecteurs et rien n'a été expérimenté dans ce domaine sauf, en 2014, dans 2 secteurs de l'Indre.

Dans leurs réponses, les conseils départementaux mettent en avant que ces expérimentations ne se conçoivent que dans certains territoires et requièrent l'adhésion des médecins. Quelques-uns indiquent qu'une telle demande existe déjà. Sa mise en place est particulièrement évoquée dans les secteurs urbains.

7) Activités médico-administratives et permanence des soins

LES CERTIFICATS DE DECES

Comme l'an dernier, dans plus de 80 départements les certificats de décès sont réalisés par les médecins de garde alors même que le ministère de la Santé a 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.

Outre le cahier des charges de Poitou-Charentes qui évoque, pour l'ensemble de la région, une rémunération pour cet acte (90 €) dès lors qu'il est régulé et effectué au domicile du patient, le cahier des charges modifié de Provence-Alpes-Côte d'Azur prévoit aussi, désormais, une rémunération de 55 €. Le Conseil départemental de Corse du Sud signale également une prise en charge financière pour tout médecin établissant un certificat de décès durant les horaires de PDS depuis août 2014.

En Aquitaine, les certificats font également l'objet d'une rémunération par le biais d'une majoration de l'indemnité d'astreinte versée par P-Gard (logiciel de paiement des astreintes).

En revanche, la rémunération de 70 € prévue dans un secteur de l'Aube à titre expérimental n'est plus citée dans le cahier des charges modifié de Champagne-Ardenne.

Le cahier des charges de Basse-Normandie distingue le décès brutal (recours au SMUR), la fin de vie (médecin traitant ou un confrère) et le décès en EHPAD ou à domicile (médecin effecteur en début ou en fin de garde sur appel de la régulation ou médecin SOS dans les secteurs couverts par SOS Médecins après régulation).

En Guyane, l'intervention du médecin coordonnateur en EHPAD est citée ainsi qu'en Haute-Loire.

Quelques conseils départementaux évoquent un recours au médecin traitant (éventuellement différé au lendemain matin) : Loir-et-Cher, Saône-et-Loire, Seine-Maritime, Yvelines, Guadeloupe, Martinique, Alpes-Maritimes, Cantal, Alpes-de Haute-Provence.

La question devient plus aiguë avec la disparition progressive des gardes de nuit profonde et des conseils départementaux font état de tensions sur ce sujet : Pas-de-Calais, Rhône, Sarthe.

La Guadeloupe signale qu'un avenant au cahier des charges est en préparation pour évoquer spécifiquement cette activité. Dans le Loiret, les certificats de décès sont délivrés en nuit profonde par les médecins d'une association, l'ALDCD.

Le Conseil national a déposé un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 afin de prévoir la prise en charge par l'Assurance Maladie de l'activité médicale que constituent les constats de décès et la rédaction du certificat. Malheureusement, cet amendement, porté par les parlementaires, a été rejeté. Le ministre chargé de la Santé a cependant confirmé la nécessité de réfléchir aux conditions qui permettront de faciliter la rédaction des certificats 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 :

- déplore 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'effectuation 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.

L'enquête révèle, cette année encore, qu'aucune organisation d'une garde spécifique pour tous les actes médico-administratifs (examens de garde à vue et certificats de décès) n'a pu être mise en œuvre. Des dispositifs très partiels existent parfois pour certains actes et sur certains territoires seulement. Trop souvent encore, ces actes reposent sur les médecins assurant la permanence des soins.

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,

Le cahier des charges du Limousin reste le seul cahier des charges à intégrer les gardes à vue à l'activité des médecins de permanence des soins au titre des visites incompressibles.

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 31), la réalité est bien différente dès qu'on s'en éloigne.

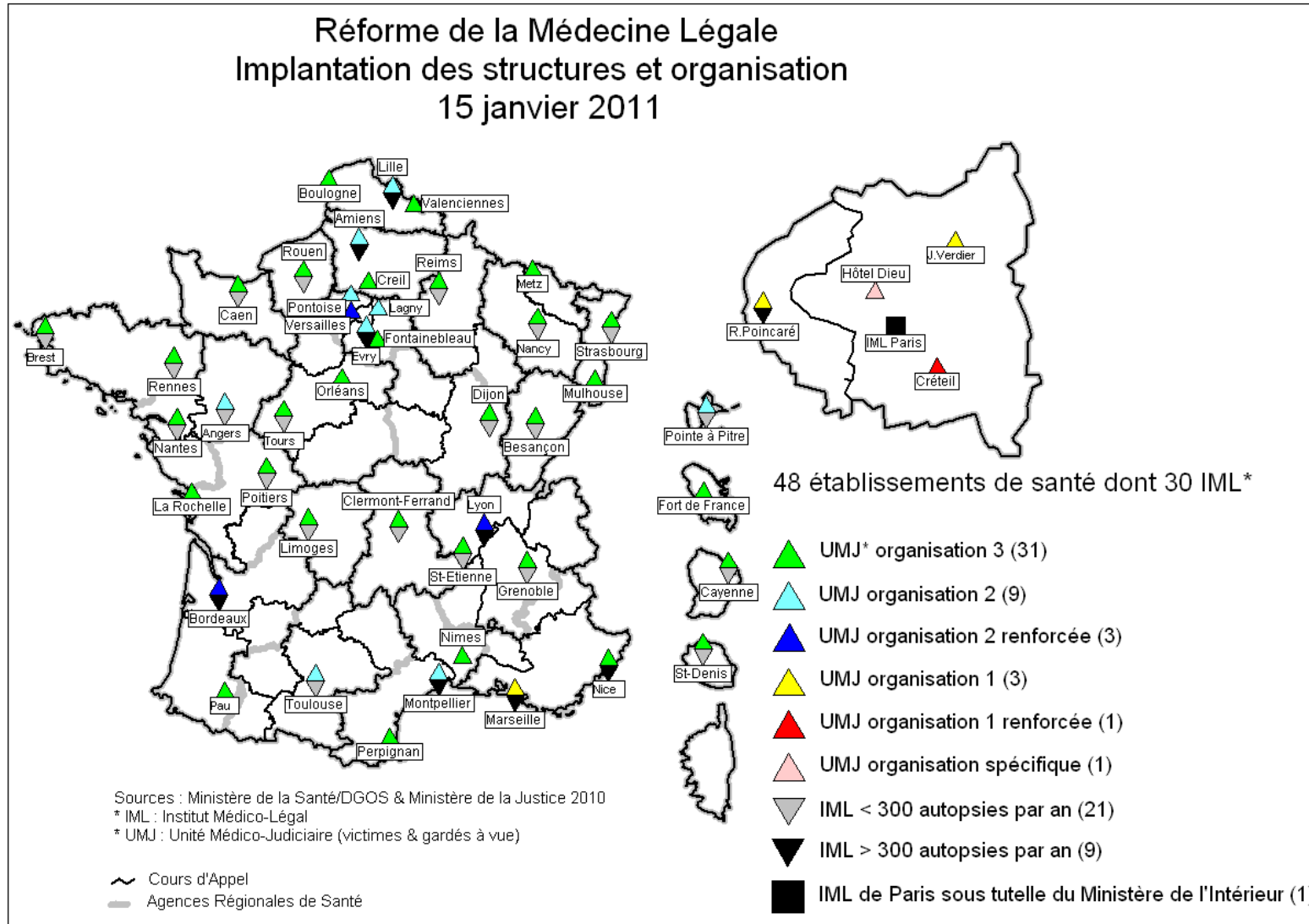
Dans les territoires où ne se situe aucune UMJ, le ministère de la Justice avait prévu la mise en place de réseaux de proximité constitués de services d'urgence hospitaliers, de médecins libéraux volontaires et/ou d'associations de médecins. Or, peu de conseils départementaux font état de listes de volontaires : Hérault, Charente, Cantal, Nord, Lot-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Saône-et-Loire.

Certains conseils départementaux font état de convention ou d'accord spécifique avec SOS Médecins pour la réalisation des examens de personnes gardées à vue (Alpes-Maritimes et Rhône), d'autres évoquent la création ou l'existence d'associations dédiées à cette activité : Guadeloupe, Marne (Reims).

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

La contractualisation avec les Parquets, annoncée par le ministère de la Justice n'est donc pas effective, et dans la plus grande partie des territoires, les examens des personnes gardées à vue sont encore réalisés par les médecins de garde.

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



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

	OUI	NON	Non Communiqué
Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la pds, par territoire ⁽¹⁾ ?	76	24	
Nombre de territoires où le nombre de médecins couvrant la garde est ≤ à 5	285		
Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?	45 ⁽²⁾	55	
Y est-il parvenu ?	18	27	
Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2014 ?	18 ⁽³⁾	81	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 20h00	de 21 à 40h00	de 41 à 60h00	plus de 61h00
Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?				
✓ par les élus ⁽¹⁾ :	81	9	2	1
✓ par le personnel administratif ⁽²⁾	57	21	8	11

(1) 3 départements : non communiqué

(2) 7 départements : non communiqué

1) Participation des médecins

LE VOLONTARIAT

De façon générale, le pourcentage des volontaires reste supérieur à 60 % dans 63 départements avec une baisse globale de 1 % qui n'est pas significative.

Ces chiffres démontrent encore un engagement important des médecins généralistes dans la permanence des soins même si, depuis que le Conseil national recueille des données chiffrées, la tendance au recul du volontariat est constante en dépit de mesures prises pour alléger les astreintes (renforcement de la régulation libérale, garde postée, arrêt de gardes en nuit profonde).

L'analyse, département par département est fortement contrastée : 20 % des départements enregistrent une baisse du volontariat mais 20 % d'entre eux signalent une hausse encourageante. Six départements enregistrent une baisse de 10 % et plus (Haute-Garonne, Jura, Meuse, etc) alors que 8 connaissent une amplitude positive dans les mêmes proportions (Bouches-du-Rhône, Landes, Moselle, etc). Les baisses comme les hausses peuvent concerner les départements ruraux comme les départements disposant de centres urbains importants.

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 un manque d'intérêt des jeunes diplômés pour l'exercice libéral, 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.

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 que l'absence de revalorisation du montant des astreintes. Mais l'Etat ne paraît pas prendre la mesure de la situation. Le Conseil national de l'Ordre des médecins l'avait déploré les années passées.

Les médecins nous font comprendre qu'ils se sentent moins impliqués dans des territoires qu'ils jugent trop grands et déconnectés des relations professionnelles et confraternelles de proximité. 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. Dans le même ordre d'idée sur le volontariat en berne, si le développement de la régulation rationalise les actes des effecteurs, elle diminue aussi les rémunérations que les médecins en tirent, d'où un plus faible intérêt.

De plus, suite à l'arrêt de plus en plus largement répandu de l'effection en nuit profonde, la problématique du maintien d'une permanence des soins ambulatoires, de 20h00 à minuit, commence à se poser ici ou là. Une région l'a supprimée (la Basse-Normandie), et le Languedoc-Roussillon l'expérimentera (sur 1 secteur) en 2015. La Charente-maritime voudrait suivre ces exemples.

Afin d'élargir la base des possibles volontaires, le Conseil national de l'Ordre des médecins a cependant obtenu 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 même si des difficultés ont vu le jour pour la délivrance d'une carte CPS aux médecins remplaçants exclusifs comme en Loire-Atlantique. Malgré cela, sur le terrain, certaines CPAM n'en délivrent toujours pas.

Cette année, le conseil départemental du Haut-Rhin signale également la participation à la permanence des soins de médecins salariés de centres de santé. Un récent décret du 27 janvier 2015 permet désormais au fonds d'intervention régional de rémunérer les centres de santé dans lesquels les médecins assurent des gardes. Ils n'auront donc pas à subir les contraintes des déclarations sociales et des charges sociales pour une activité libérale très modeste, crainte qui les empêchait d'envisager leur participation au dispositif.

La généralisation de la levée de ce frein à l'investissement des médecins salariés dans la permanence des soins devra être étendue (y compris aux médecins hospitaliers) afin d'espérer redynamiser un volontariat que ne peut plus reposer uniquement sur les médecins généralistes libéraux.

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

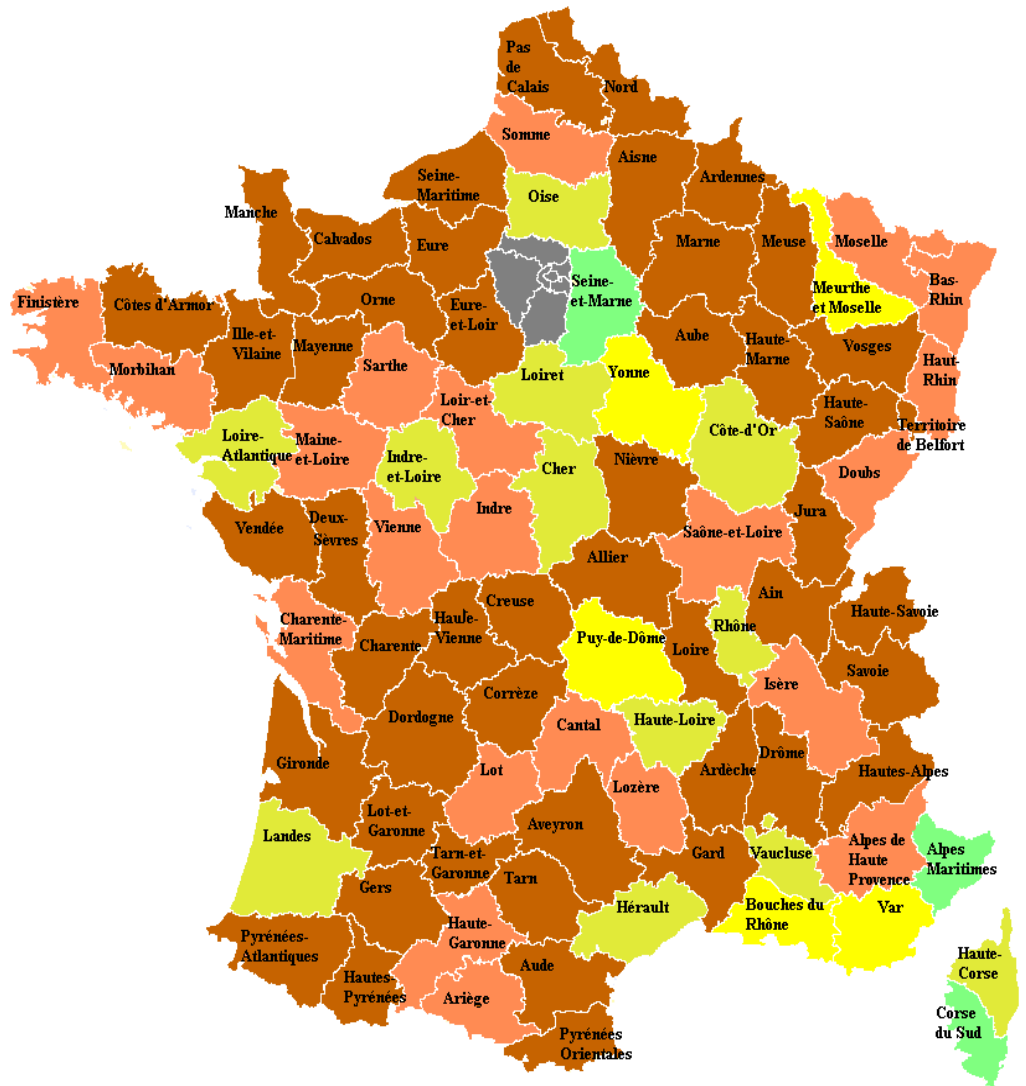
zones urbaines, des médecins généralistes ont accepté de participer à la régulation médicale et permettent de soulager les médecins en zone rurale ou périurbaine. Il s'agit là aussi d'une forme de solidarité confraternelle. Il est également difficile de comparer la participation aux gardes dans des territoires ne comportant qu'un faible nombre de médecins (en 2014, il reste 285 territoires où la permanence des soins est assurée par 5 médecins au plus contre 292 en 2013) 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.

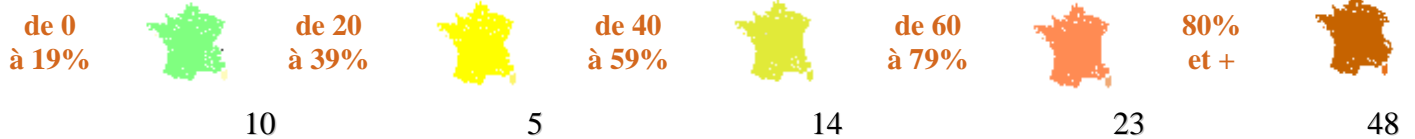
Ces chiffres sont réducteurs et ne peuvent en aucun cas refléter la disponibilité dont les médecins font preuve, en dehors de la permanence des soins organisée, pour assurer la continuité des soins à leurs patients. Ceci est de nature à expliquer, en partie, l'absence d'incidents en des lieux où l'organisation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

- RAPPEL -

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



LEGENDE



LA COMPLETUDE DES TABLEAUX

Le nombre de départements dans lesquels le conseil de l'Ordre reçoit des listes complètes ou quasiment complètes diminue légèrement (76 vs 80).

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, ...).

Près de la moitié (45 %) 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 40 % 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. On notera cependant que la complétude du tableau est de plus en plus difficile à obtenir.

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 2014 est marquée jusqu'à la mi-décembre par une légère baisse du nombre de départements dans lesquels des réquisitions ont été effectuées (18 contre 21 l'an passé). Neuf nouveaux départements en ont connu mais elles ont disparu dans douze autres. Ces réquisitions sont le plus souvent ponctuelles, concernent qu'un faible nombre de médecins, voire un seul médecin comme cela est le cas dans le Cher et dans la Dordogne. Par contre, le conseil départemental de l'Indre fait savoir que 29 médecins de la MMG de Châteauroux ont été réquisitionnés : ces praticiens étaient volontaires pour participer à la PDSA de 8h00 à 20h00, les week-ends et jours fériés, mais n'étaient pas volontaires pour faire la garde jusqu'à minuit.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins continue d'affirmer que la réquisition ne peut constituer le mode normal de fonctionnement de la permanence des soins. Il estime que les pouvoirs publics ne peuvent 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.

Des réquisitions exceptionnelles lors des grèves de décembre : la fin d'année a connu un regain significatif de réquisitions dans le cadre de mouvements de protestation contre le projet de loi de santé publique. On peut estimer que près de trois quarts des départements ont été touchés au cours de la semaine entre Noël et le jour de l'an.

Ces réquisitions ont été conduites de manière très hétérogène selon les départements : elles ont parfois concerné l'ensemble des médecins sur le tableau de garde : c'est le cas de plusieurs départements comme le Calvados, la Dordogne, les Deux-Sèvres ou la Réunion.

Dans la plupart des autres départements concernés, les réquisitions ont été conduites de manière partielle sur certains territoires ou dans certaines tranches horaires. A titre d'exemple, le département du Doubs a réquisitionné sur seulement 3 secteurs et l'Aisne sur 4. En Côtes-d'Armor, 4 grévistes exerçant en maison médicale de garde ont été réquisitionnés de 20h00 à minuit. Quelques départements ont même fait état d'une seule réquisition : dans le Territoire-de-Belfort (le jour de Noël), dans le Jura (le 23 décembre), ou encore en Lozère (les 29 et 30 décembre).

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, ...).

En 2014, les variations dans les tarifs d'astreinte dans les cahiers des charges régionaux ont été à la fois peu nombreuses et marginales (concernant un seul département ou même seulement quelques secteurs). On relève cependant une augmentation significative des astreintes de fin de semaine de la région Basse-Normandie.

Comme on le constatera dans le tableau ci-joint (pages 40 et 41), 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.

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 Côte d'Or : indemnité complémentaire de sujétion de 50 € dans 2 MMG, doublement de l'indemnité pour l'effectation mobile
Centre	50 € (1)	100 €	100 €	150 €	(1) Dans les secteurs où la garde cesse
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 €	50 € le samedi de 8h à 12h lorsqu'il suit un jour férié
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 €	(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 €	150 € (1)	200 €	(1) au prorata du temps effectué quand l'astreinte est inférieure ou supérieure aux heures habituelles
Pays-de-la-Loire	50 € (1)	100 € (1)	100 €	150 €	(1) sauf Vendée et Loire-Atlantique 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		100 €			150 €				
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)	. 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	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.											

LES LOGICIELS DE GARDE

Les conseils départementaux sont chaque année plus nombreux à utiliser Ordigard, le logiciel de gestion des tableaux de garde créé par le CNOM.

78 départements en font usage en 2014.

L'Isère est l'un des deux nouveaux départements à déployer ce logiciel. A l'avenir, d'autres conseils départementaux seront connectés à Ordigard, par exemple, l'Essonne, la Manche, la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne.

Le logiciel de l'Ordre est en constante évolution pour s'adapter aux nouveaux besoins.

Ordigard a ainsi intégré une fonction de validation budgétaire du tableau de la permanence des soins par les ARS dans le cadre du nouveau circuit de validation du paiement des astreintes mis en place en 2012. Une fois le raccordement fait entre Ordigard et P-Garde, tous les acteurs bénéficient d'une dématérialisation complète :

- Les médecins font la demande de paiement en ligne dans P-Garde sans avoir à envoyer d'attestations ;
- Les CDOM valident les plannings prévisionnels et réalisés dans Ordigard ;
- Les ARS valident et valorisent les gardes dans P-Garde ;
- La CPAM dispose d'un outil de paiement automatiquement rempli avec les plannings de gardes.

Toute la chaîne de transfert et de validation est totalement dématérialisée. On passe ainsi d'un délai de paiement pouvant atteindre plusieurs mois à un paiement garanti sous 10 jours après la validation de l'ARS.

La connexion à P-Gard s'est fortement développée au cours de l'année 2014 : elle a été mise en œuvre dans 17 départements (4 en 2013) et devrait s'étendre à de nouveaux départements en 2015 grâce aux efforts conjugués de l'Ordre des médecins de l'Assurance Maladie et des Agences régionales de santé.

Par ailleurs, le Conseil national de l'Ordre des médecins a aussi développé un partenariat avec les SAMU en connectant Ordigard à AppliSamu afin d'éviter à ces services d'urgence de saisir les plannings dans leur système. Trente conseils départementaux sont raccordés ou en cours de raccordement avec AppliSAMU.

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, etc) 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 à la fois un lieu privilégié 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 2014 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 DEPARTEMENTAUX A PROPOS DE LA PERMANENCE DES SOINS

40 % des conseils départementaux, comme l'année précédente, signalent des réclamations, doléances ou plaintes en 2014.

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.

Il convient de préciser qu'en cas de plainte contre un médecin effecteur ou régulateur de la permanence des soins, les dispositions de l'article L.4124-2 du code de la santé publique s'appliquent.

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 ou de l'effecteur lorsque celui-ci juge la demande du médecin régulateur inutile.

Il est exceptionnel que les doléances ou plaintes portent sur les actes médicaux eux-mêmes réalisés par le médecin effecteur au cours de la période de permanence des soins. Les doléances des patients font ressortir une méconnaissance du dispositif de permanence des soins qui peut faire naître un mécontentement en fonction de la réponse apportée.

En 2014, la Chambre disciplinaire nationale a été amenée à se prononcer en appel sur une plainte concernant un médecin participant à la permanence des soins.

La Chambre disciplinaire nationale a sanctionné un médecin régulateur de la peine d'interdiction d'exercer la médecine pendant 15 jours pour :

- avoir demandé à la permanencière auxiliaire de régulation médicale de répondre aux appelants de consulter leur médecin traitant dans la matinée ;
- et avoir refusé de prendre les appels qu'elle lui transmettait alors qu'il n'était pas encore 8h00.

RESPONSABILITE CIVILE ET PENALE

Le rapport du Conseil médical du Sou Médical, publié en 2014, cite uniquement deux déclarations de sinistre pour les médecins régulateurs et aucune pour les médecins effecteurs.

Par ailleurs, la Cour de cassation a jugé, le 4 février 2015, que les actes réalisés par le médecin effecteur de permanence des soins engageaient sa responsabilité personnelle même lorsque son intervention a été sollicitée par le régulateur du Centre 15.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a déposé un amendement au projet de loi de santé pour que les médecins effecteurs bénéficient, comme les médecins régulateurs, de la protection de l'Etat pour les dommages causés ou subis au cours de leur activité de permanence des soins.

A la suite de l'arrêt de la Cour de cassation, le Conseil national de l'Ordre des médecins a, de nouveau, saisi la Ministre de la santé sur ce sujet d'importance pour que les médecins effecteurs bénéficient eux aussi d'une protection pour la mission de service public qu'est la permanence des soins.

CONCLUSION DE L'ENQUÊTE

Bien qu'ayant subi en 2014 des modifications localisées et de faible portée, sous l'égide des ARS, la permanence des soins semble au 31 décembre plus fragile qu'auparavant, même si les médecins généralistes ont dans l'ensemble continué à assumer leurs responsabilités auprès des usagers.

Le manque de prise en compte des évolutions de la profession de médecin généraliste, et l'insuffisance des concertations entre les ARS et les représentants de la profession pour faire évoluer les schémas locaux sont de réelles menaces à court ou moyen terme sur la poursuite de cette mission de service public.

Il est regrettable que les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des médecins qui consacrent beaucoup de temps à la gestion de la permanence des soins, qui en connaissent les acteurs et les particularités sur chaque territoire s'estiment insuffisamment associés aux décisions modifiant l'organisation de la permanence des soins.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est disposé à travailler avec les pouvoirs publics pour faire évoluer le dispositif et proposer des solutions visant à éviter le risque d'effritement de la mission de permanence des soins, tout en veillant à ce que cette dernière ne devienne pas incompatible avec les autres missions que les médecins du premier recours assurent déjà au quotidien au plus près de la population malgré une démographie préoccupante.

S'il n'y a pas lieu de rechercher un modèle-type déclinable en tous points du territoire national, les solutions doivent être adaptées à la réalité de chaque secteur géographique ; elles ne pourront aboutir sans des dotations budgétaires à la hauteur du service attendu par la population.

Une nouvelle fois, nous réaffirmons que le dispositif de la permanence des soins doit être intégré et pouvoir répondre aux besoins suivants :

- une régulation médicale libérale en amont la plus large possible, y compris en horaires de nuit profonde ;
- une effectif adaptée aux territoires qu'elle couvre, comprenant un effecteur fixe en maison médicale de garde ou en cabinet, présence couplée à l'existence de solutions de transport pour les patients le nécessitant, et renforcée, si possible, par un effecteur mobile pour assurer les visites incompressibles ;
- une solution au problème des actes médico-administratifs ne reposant pas sur le seul médecin de la permanence des soins ;
- une coordination accrue avec les lieux de délivrance des prescriptions.

Face à l'érosion du volontariat et à l'essoufflement des solutions de rationalisation de l'offre (regroupement de territoires, réduction continue de l'effectif en nuit profonde, implantation de sites d'effectif fixe), d'autres axes de réflexion devront pouvoir être évoqués comme la professionnalisation de l'effectif, le développement des coopérations interprofessionnelles et de la télémédecine (notamment dans les EHPAD).

La complémentarité avec les services d'accueil des urgences devra également se renforcer, toute mise en concurrence entre les systèmes étant à bannir. La mise en place effective du tiers-payant pour les actes de permanence des soins, prévue par les textes mais rarement réalisable, pourrait participer à la baisse des recours spontanés aux Urgences des usagers pour lesquels l'avance des frais est un facteur discriminant.

En tout état de cause, ce modèle d'accès à la permanence des soins devra être plus visible, plus facilement compréhensible et plus aisément accessible en tout point du territoire, d'où l'importance de mettre en place les campagnes d'information des usagers sur le bon usage du dispositif et sa porte d'entrée par une régulation médicale en amont, campagnes que le Conseil national de l'Ordre des médecins réclame depuis dix ans.

ANNEXE 1

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

	Samedi matin	Samedi après-midi	Dimanche 8H-20H	Nuit 20H-24H	Nuit 24H-8H
ALSACE					
BAS-RHIN	0	3	3,2	2	1
HAUT-RHIN	0	1,5	1,5	1	1
AQUITAINE					
DORDOGNE	0	2	2,5	1	0
GIRONDE	3	4	4	2	1
LANDES	2	2	2,5	1	0
LOT-ET-GARONNE	2	2	4	1	0
PYRENEES-ATLANTIQUES	0	2	2	1	0
AUVERGNE					
ALLIER	1	2	1	1	1
CANTAL	0	1	1	1	0
HAUTE-LOIRE	0	1	2	1	0
PUY DE DOME	1	2	3	2	1
BOURGOGNE					
COTE D'OR	0	2	2	1	1
NIEVRE	0	1	1	1	1
SAONE-et-LOIRE	1	2	2	2	1
YONNE	0	1	1	1	1
BRETAGNE					
COTE D'ARMOR	0	2	2	2	1
FINISTERE	0	2	2	2	1
ILLE-ET-VILAINE	0	2	2	2	1
MORBIHAN	0	2	2	1	1
CENTRE					
CHER	0	1	1	1	0
EURE-ET-LOIR	1	1	3	1	0
INDRE	1	1	1	1	0
INDRE-ET-LOIRE	0	1	1	1	0
LOIR-ET-CHER	0	1	1	1	0
LOIRET	0	1	1	1	0
CHAMPAGNE-ARDENNE					
ARDENNES	0	0	0	0	0
AUBE	0	1	1	1	0
MARNE	0	1,5	1,5	1	1
HAUTE-MARNE	1	1	1	1	1
ILE-de-FRANCE					
PARIS (VILLE DE PARIS)	2	2	2	2	0
SEINE-ET-MARNE	0	2	2	1	0,5
YVELINES	nc	nc	nc	nc	nc
ESSONNE	0	2	3	2	2
HAUTS-DE-SEINE	0	2,5	2,5	2,5	2,5
SEINE-ST-DENIS	2	2	2	2	2
VAL-DE-MARNE	2	2	3	2	2
VAL D'OISE	1	2	2	2	0

	Samedi matin	Samedi après-midi	Dimanche 8H-20H	Nuit 20H-24H	Nuit 24H-8H
LANGUEDOC-ROUSSILLON					
AUDE	0	1	1	1	0
GARD	0	2	2	1	1
HERAULT	2	2	2,5	2	0
LOZERE	0	1	1	1	1
PYRENEES-ORIENTALES	0	2	2	1	1
LIMOUSIN					
CORREZE	0	1	1	1	1
CREUSE	0	1	1	1	0
HAUTE-VIENNE	0	2	2,5	1	1
LORRAINE					
MEURTHE-et-MOSELLE	0	2	2	1	0
MEUSE	0	1	1	0	0
MOSELLE	1	3	3	3	1
VOSGES	0	2	1,5	1	1
MIDI-PYRENEES					
ARIEGE	1	1	1	0	0
AVEYRON	0	2	2	2	0
HAUTE-GARONNE	3	5	5	4	2
GERS	1	1	1	1	1
LOT	1	1	1	1	0
HAUTES-PYRENEES	1	1	1	1	0
TARN	0	2	2	2	1
TARN ET GARONNE	1	1	1	1	nc
NORD-PAS-de-CALAIS					
NORD	0	6	6	3	0
PA-DE-CALAIS	0	4	4	3	3
BASSE-NORMANDIE					
CALVADOS	0	2	2	2	2
MANCHE	0	1	1	1	1
ORNE	1	1	1	1	1
HAUTE-NORMANDIE					
EURE	0	1	1	1	1
SEINE-MARITIME	2	4	4	2	1
PAYS-de-la-LOIRE					
LOIRE-ATLANTIQUE	2	5	5	3	2
MAINE-ET-LOIRE	0	4	3,5	2	0
MAYENNE	1,5	1,5	1,5	1	1
SARTHE	0	1	2	1	0
VENDEE	0	3	4	2	2
PICARDIE					
AISNE	0	1	1,5	1	1,5
OISE	0	2	2	1	0
SOMME	0	2	2	1	1

	Samedi matin	Samedi après-midi	Dimanche 8H-20H	Nuit 20H-24H	Nuit 24H-8H
POITOU-CHARENTES					
CHARENTE	0	2	2	1	1
CHARENTE-MARITIME	1	2	2,5	1	1
DEUX-SEVRES	0	1	1,5	1	1
VIENNE	0	1,5	2,5	2	2
PACA					
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	1	1	1	1	1
HAUTES-ALPES	0	1	1	1	1
ALPES-MARITIMES	2	2	2	2	2
BOUCHES-DU-RHONE	2	3	3	2	1
VAR	1	2	2	2	2
VAUCLUSE	0	1	1	1	1
RHONE-ALPES					
AIN	1	2	2,5	2	1
ARDECHE	1,5	1	1,5	1	1
DROME	1	1	1	1	1
ISERE	3,5	3	4	2	1
LOIRE	2	2	2	1	1
RHONE	1	5	5	3	1,5
SAVOIE	1	1	1,5	1	1
HAUTE-SAVOIE	2	2	2,5	2,5	1
CORSE					
CORSE-DU-SUD	0	1	1	1	0
HAUTE-CORSE	0	1	1	0	0
ANTILLES-GUYANE					
GUADELOUPE	0	1	1	1	1
MARTINIQUE	1	1	1	1	1
GUYANE	0	0	0	0	0
REUNION-MAYOTTE					
REUNION	0	2	2	2	1

FRANCHE-COMTE					
DOUBS	0	5	5	3	3
JURA	0	5	7	3,5	2
TERRITOIRE-DE-BELFORT	0	1	1	1	0
HAUTE-SAONE	0	5	6	4	2

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 mais en nuit profonde, les appels basculent à Besançon. 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 2014

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 2014 ?		
1 BIS Si OUI, lesquelles ?		
1 ter S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2014, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?		
2. Le CODAMUPS, s'est-il réuni en 2014 ?		
	• Combien de fois ?	
	• Son sous-comité médical s'est-il réuni ?	
• Combien de fois ?		
3. L'Ordre a-t-il été associé à la préparation du CODAMUPS, du sous-comité ou du groupe de suivi de la PDS ?		
3 bis Si NON, développez		
4. Ce qui se passe sur le terrain est-il en accord avec le cahier des charges ?		
4 bis Si NON, développez		

II LA PDS SUR LE TERRAIN EN 2014

1 – LA RÉGULATION MÉDICALE

	OUI	NON
5 L'organisation de la régulation libérale dépend-elle d'une organisation exclusivement départementale ?		
6 La régulation médicale de la PDS, dans votre département, dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15 (sans tenir compte des éventuelles plates-formes de type SOS Médecins) ? ¹		
7 Combien de médecins libéraux participent à la régulation libérale ?		
8 La régulation déportée (depuis son domicile ou son cabinet) est-elle en pratique utilisée par des régulateurs libéraux ?		

¹ Il peut s'agir d'un numéro départemental ou régional.

9 Nombre (moyen) de médecins assurant la régulation des appels relevant de la PDS hors plates-formes de type SOS Médecins (**données communiquées par le directeur du SAMU**) ¹

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

2 – L’EFFECTION FIXE SUR DES SITES DEDIES A LA PERMANENCE DES SOINS (MAISONS MÉDICALES DE GARDE, CAPS, CENTRES DE CONSULTATIONS, ...) PENDANT LES HORAIRES DE PDS

10 Combien en existe-t-il dans votre département ?		
11 Combien de territoires de PDS couvrent-ils ?		
12 Les patients peuvent-ils, dans la pratique, y accéder sans régulation médicale ?	OUI	NON
13 Existe-t-il des systèmes permettant l’acheminement des patients mobilisables mais ne disposant pas d’un moyen de transport vers l’effecteur fixe ?		
13 bis Si OUI, lesquels ?		
13 ter Sur les territoires couverts par ces lieux d’effecton fixe, existe-t-il des dispositifs de prise en charge des visites incompressibles ?		
13 quater Si OUI, lesquels ?		

3 – L’EFFECTION MOBILE

14 Existe-t-il des effecteurs exclusivement mobiles (dans tout ou partie du département et/ou sur tout ou partie des horaires de PDS) ² ?	OUI	NON
14 bis Si OUI, décrivez le dispositif spécifique mis en place		

4 – L’EFFECTION EN FONCTION DU CRENEAU HORAIRE

En soirée (20H00 - minuit)

15 Nombre de territoires au 31 décembre 2014 ³ ?	
16 Nombre de territoires sur lesquels la garde est assurée par des médecins effecteurs libéraux	
17 Nombre de territoires dans lesquels la garde n’est pas assurée par des médecins effecteurs libéraux	

¹ En général, les médecins régulateurs libéraux exercent au sein du Centre 15 mais il convient également de comptabiliser l’activité de médecins libéraux régulant à leur domicile ou régulant dans le cadre d’associations implantées en dehors du Centre 15.

² Votre réponse peut inclure les associations de type SOS Médecins dès lors qu’elles sont identifiées comme effecteur de la PDS dans le cahier des charges

³ 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

18 Nombre de territoires au 31 décembre 2014 ¹ ?	
19 Nombre de territoires sur lesquels la garde est assurée par des médecins effecteurs libéraux	
20 Nombre de territoires dans lesquels la garde n'est pas assurée par des médecins effecteurs libéraux	

En nuit profonde (minuit - 8H00)

	OUI	NON
21 Le cahier des charges régional prévoit-il l'arrêt de la permanence des soins à minuit dans l'ensemble de votre département ?		
21 bis Si NON, combien de territoires d'effecton de nuit profondes y sont-ils maintenus ?		
21 ter Dans combien de ces territoires une offre de soins libérale est-elle présente ?		

5 – ACTIVITÉS OU INFORMATIONS CONNECTÉES A LA PDS

	OUI	NON
22 L'organisation des examens de garde à vue repose-t-elle sur tout ou partie du département sur le médecin de PDS ?		
22 bis Si NON, quel est le mode d'organisation ?		
23 L'établissement des certificats de décès repose-t-il sur tout ou partie du département sur le médecin de PDS ?		
23 bis Si NON, quel est le mode d'organisation ?		
24 Existe-t-il des dispositifs spécifiques de PDS en EHPAD (expérimentations, protocoles, télémédecine, etc) ?		
24 bis Si OUI, décrivez les dispositifs mis en place ?		

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

25 Existe-t-il des médecins correspondants du SAMU ?		
26 Des médecins autres que des médecins libéraux installés (retraités, salariés, remplaçants) participent-ils à la permanence des soins dans le cadre d'une convention avec l'ARS ¹ ?		
26 bis Si OUI, ont-ils pu obtenir des feuilles de soins pour cet exercice ?		

III PDS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

27 Pourcentage de médecins participant à la permanence des soins		
	OUI	NON
28 Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la PDS, par territoire ?		
29 Nombre de territoires où le nombre de médecins couvrant la PDS est \leq à 5 ?		
	OUI	NON
30 Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?		
30 bis Y est-il parvenu ?		
31 Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2014 ?		
32 Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?		
➤ par les élus :		
➤ par le personnel administratif :		
33 Si vous utilisez Ordigard, avez-vous des attentes quant à l'évolution du logiciel ?		
34 bis Si OUI, lesquelles ?		
35 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>Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Y a-t-il eu en 2014 des actions de communication vers le grand public sur l'utilisation du dispositif de la PDS ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

2 – PROSPECTIVES

<p>Pensez-vous que 20H00 devrait rester l'horaire de début de la PDS dans votre département ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Dans votre département, pensez-vous qu'à terme sera justifié de faire du samedi matin un créneau de PDS ? Si oui, développez</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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 2014

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 2014 ?		
1 bis Si OUI, lesquelles ?		
1 ter S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2014, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?		
1 quater Si OUI, le conseil régional a-t-il été associé à la préparation de cette modification ?		
2 Le conseil régional a-t-il été associé aux réunions d'un groupe de suivi de la PDS ?		
2 bis Si OUI, Combien de fois ?		
3 Ce qui se passe sur le terrain est-il en accord avec le cahier des charges ?		

II LA PDS SUR LE TERRAIN EN 2014

1 – LA RÉGULATION MÉDICALE

	OUI	NON
4 L'organisation de la régulation libérale dépend-elle d'une organisation exclusivement régionale ?		
5 La régulation médicale de la PDS, dans votre région, dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15, à l'exception des plates-formes de type SOS Médecins ?		

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

<p>Quelles sont les raisons de ce dysfonctionnement ?</p> <p>.....</p> <p>Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>.....</p> <p>Y a-t-il eu en 2014 des actions de communication vers le grand public sur l'utilisation du dispositif de la PDS ?</p> <p>.....</p>
--