

ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS EN JANVIER 2010

INTRODUCTION

Pour la 7^{ème} année consécutive le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins, assurée par les médecins généralistes et les modalités de son organisation.

L'enquête 2010 démontre une nouvelle fois que les médecins continuent à assumer vis-à-vis de la population leurs responsabilités professionnelles sur l'ensemble du territoire national. L'érosion du volontariat est pourtant là et constituera un défi pour les Agences Régionales de Santé (ARS).

L'enquête met en exergue l'importance de la concertation entre le conseil départemental de l'Ordre et l'ensemble des partenaires. En amont, les conseils départementaux consultent, reçoivent et organisent des réunions avec les médecins, engagés dans le processus et les responsables des secteurs de garde.

Les conseils départementaux ont ainsi réussi, le plus souvent, à faire prévaloir des solutions adaptées aux situations locales.

Ils nous alertent cependant sur l'impact de la pénurie de médecins volontaires et de médecins tout court, sur le vieillissement des médecins de garde et sur les difficultés de trouver de nouveaux médecins régulateurs.

Dans leur immense majorité, ils ne mettent pas en cause le volontariat et recherchent des solutions : élargir le recrutement aux médecins salariés, aux internes en médecine générale ; rendre moins contraignante la garde et si les choses ont déjà beaucoup évolué avec la régulation médicale et les adaptations horaires, il reste beaucoup à faire (notamment pour financer le transport des patients à un lieu de consultation, la régulation libérale et les points fixes de garde.

MÉTHODOLOGIE

Cette enquête a été réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins pendant le mois de janvier 2010. Le questionnaire, comportant 38 questions fermées et 9 questions ouvertes, a été adressé aux 100 conseils départementaux de métropole et d'Outre-Mer en décembre 2009.

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.

Agréger au plan national la diversité des réalités départementales, voire infra départementales est une tâche qui peut s'avérer, dans certains cas, délicate. Il en va ainsi de l'addition des secteurs de garde quand on sait que le territoire de la Ville de Paris ne constitue qu'un seul secteur de permanence des soins.

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 5 février 2010 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 6 février 2010 puis mise en ligne sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins. Elle est adressée à toutes les institutions de 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. Cette année, les directeurs généraux préfigureurs de l'ARS en sont destinataires par l'intermédiaire des conseils régionaux de l'Ordre.

L'enquête nationale donne un instantané des évolutions incessantes de cette organisation et ouvre des perspectives d'amélioration d'un dispositif mis en œuvre par les médecins dans l'intérêt des patients : **la profession médicale organisée en Ordre professionnel souhaite en garder la maîtrise en association, comme la loi le prévoit, avec les ARS qui vont progressivement se mettre en place et seront garants de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.**

ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS

CHAPITRE 1

Organisation de la permanence des soins

I - LA SECTORISATION : 2412 SECTEURS

	OUI	NON
Un arrêté préfectoral relatif à l'organisation de la PDS, a-t-il été pris dans votre département en 2009 ?	50	50
Cet arrêté porte-t-il en tout ou partie sur la sectorisation ?	45	5
Y a-t-il un regroupement de secteurs en nuit profonde ?	21	79
Nombre de secteurs regroupés en nuit profonde ?	306	

La France de la permanence des soins regroupe aujourd'hui **2412 secteurs** ^(*) : ils étaient 2552, début 2009, 2696 début 2008, 2737 début 2007, 2834 début 2006, 3077 début 2005, 3238 début 2004 et 3770 début 2003.

De façon remarquable, la baisse du nombre de secteurs en 2009 (- 5,5 %) est identique à celle de l'année dernière.

LA RESECTORISATION

Suivant un processus constant depuis 2003, le dispositif de permanence des soins a perdu plus d'un tiers de secteurs depuis 7 ans. On reste cependant loin des 2000 secteurs, objectif fixé par la circulaire ministérielle du 8 février 2008 pour bénéficier du paiement des astreintes du samedi après-midi.

La resectorisation n'est pas forcément liée aux instructions données dans la circulaire ministérielle précitée mais répond à un cycle engagé antérieurement. D'ailleurs, dans certains départements, la resectorisation s'est poursuivie indépendamment des objectifs ministériels, déjà atteints, (par exemple, le Maine-et-Loire, l'Isère, la Charente-Maritime).

Les 45 arrêtés relatifs à la sectorisation pris cette année (dans la pratique, l'arrêté de sectorisation peut être intégré ou annexé à l'arrêté portant cahier des charges départemental de la permanence des soins) n'ont pas tous eu pour objectif la diminution du nombre de secteurs et dans certains cas l'arrêté peut porter sur le périmètre des secteurs.

^(*) Le chiffre des secteurs correspond à l'addition du nombre des secteurs de semaine sur les 100 départements de France et d'Outre-Mer. Dans certains départements, ce nombre varie à la baisse en fonction de la période de l'année (hiver/été) ou de l'horaire.

46 départements sont concernés cette année par le processus de sectorisation, soit 12 de plus que l'année dernière. En général, les diminutions de secteurs par regroupement sont modestes (1 à 2).

Il s'agit en effet d'un travail permanent d'adaptation aux situations locales effectué le plus souvent en concertation avec les médecins concernés grâce à une action des conseils départementaux de l'Ordre des médecins. On ne s'étonne donc pas que dans la très grande majorité des cas (80 %), les conseils départementaux se retrouvent dans une organisation qu'ils ont inspirée.

A côté de ces réductions modestes du nombre de secteurs, on trouve des phénomènes plus importants (par exemple, en Savoie avec une diminution de 20 % du nombre de secteurs avec, il est vrai, des particularités liées aux secteurs saisonniers et intersaisonniers et sur l'Ardèche où le nombre de secteurs a été divisé par deux).

La sectorisation est le fruit d'une histoire et d'une géographie locales, des besoins de la population et des capacités des médecins d'y répondre. Dans le Val-d'Oise il existe 11 configurations de sectorisation en fonction du jour, de l'heure, de la saison qui font varier le nombre de secteurs de 4 à 14. Tel est également le cas du Var où la sectorisation reflète les forts contrastes entre la bande littorale très urbanisée et l'arrière-pays rural.

LA SUR-SECTORISATION EN NUIT PROFONDE

La sur-sectorisation en nuit profonde (0h00 – 8h00) envisagée par le décret du 7 avril 2005 et qui permet de regrouper après minuit 2 ou plusieurs secteurs ne suscite pas l'adhésion. Mise en place dans 21 départements (totalement ou, le plus souvent, partiellement) elle regroupe 306 secteurs.

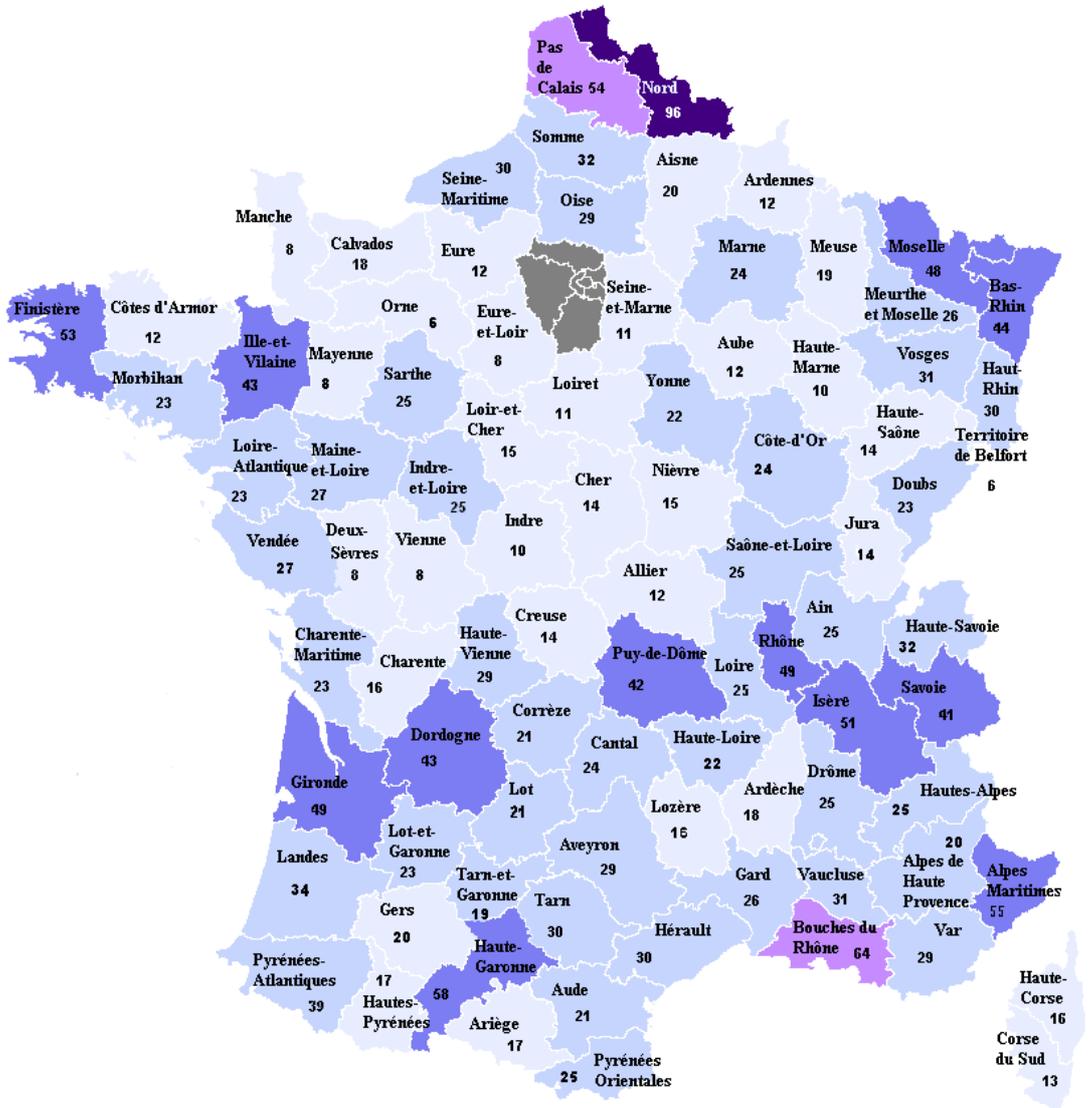
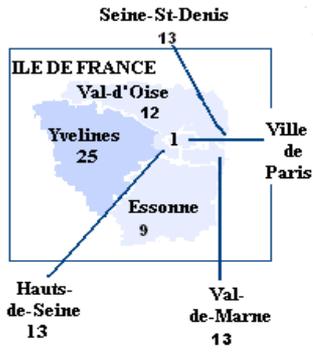
Ces chiffres modestes, et en diminution s'expliquent par la difficulté ou l'impossibilité dans de nombreux départements d'assurer le déplacement des patients ou des praticiens au-delà des limites des secteurs actuels.

Là où elle est pratiquée, elle est souvent liée à des regroupements des secteurs urbains, en seconde partie nuit. La sur-sectorisation en nuit profonde ne doit pas être confondue avec le dispositif d'arrêt de la permanence des soins en nuit profonde qui sera évoqué plus loin.

Rappelons une nouvelle fois que le Préfet doit arrêter la sectorisation et la mettre à jour en fonction des besoins effectifs de la population et la capacité des médecins à y répondre (article R 6315-1 du code de la santé publique) sans interférence de critères purement comptables. Les conseils départementaux ont joué un rôle prépondérant dans les décisions préfectorales prises dans ce domaine.

On soulignera également qu'à côté de la sur-sectorisation de nuit profonde, d'autres modes de resectorisation ou de sur-sectorisation existent. Ainsi, les secteurs peuvent dans certains départements être différents la nuit et le week-end, l'hiver ou l'été et s'adapter aux variations de population liées au tourisme.

LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{er} JANVIER 2010 - (2412 SECTEURS)



LEGENDE

de 0 à 20



de 21 à 40



de 41 à 60



de 61 à 80

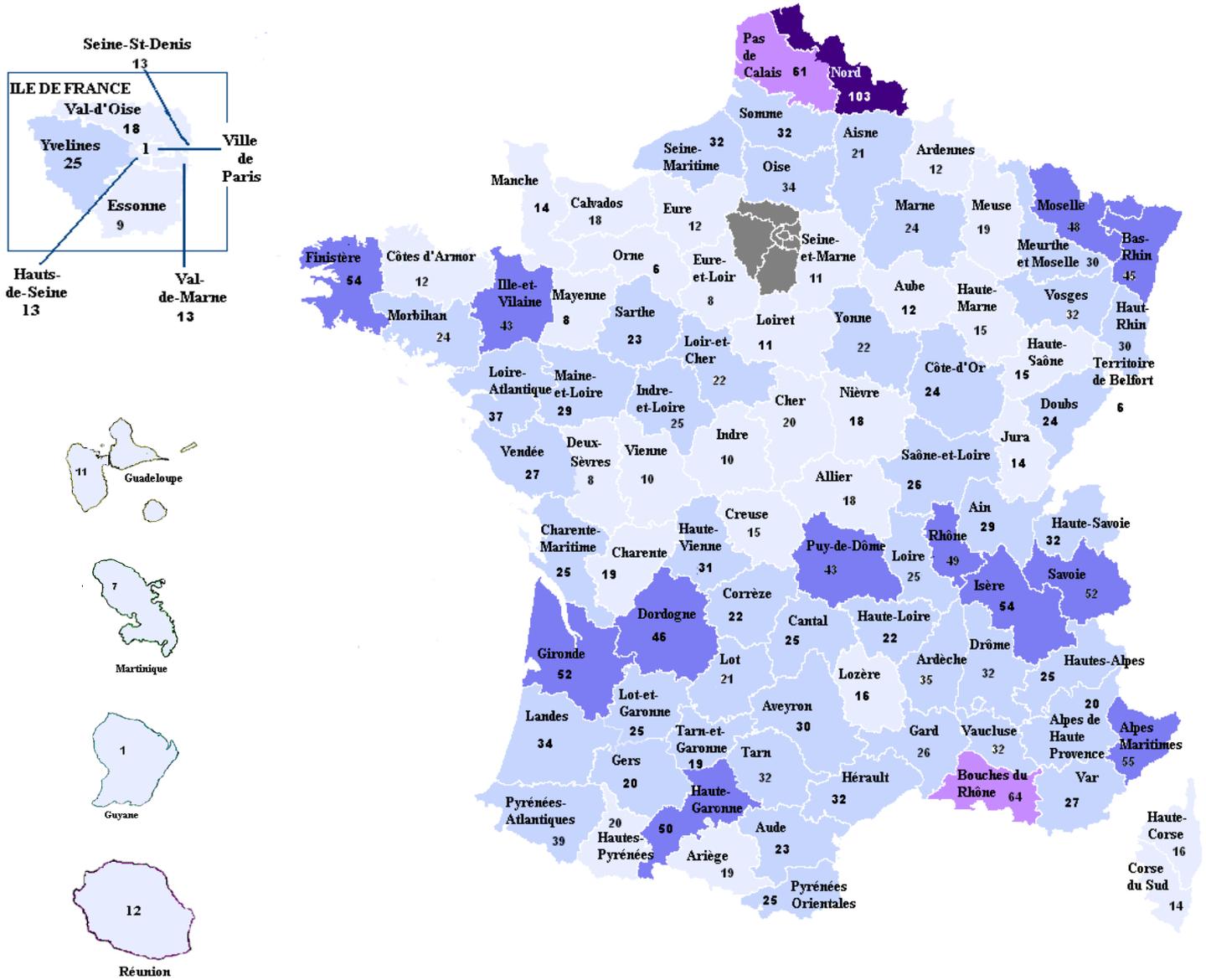


+ de 80



- RAPPEL -

**LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS
AU 1^{er} JANVIER 2009 - (2 559 SECTEURS)**



II - LES MODALITES D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

	OUI	NON	Sans objet
Le Préfet a-t-il arrêté un cahier des charges départemental ou a-t-il modifié le cahier des charges en 2009 ?	45	55	
La permanence des soins a-t-elle été étendue aux samedis après-midi ?	17	18	65 ⁽¹⁾
Le cahier des charges répond-il aux propositions du conseil départemental de l'Ordre ?	90	10	
Y a-t-il dans certains autres secteurs de votre département un arrêt de la garde médicale ambulatoire, en nuit profonde ?	84 ⁽²⁾	16	
Si oui, le relais avec les services hospitaliers publics et privés a-t-il été organisé ?	76	8	16
Si oui, nombre de secteurs concernés ?	969		

(1) Sans objet car l'extension avait été actée avant 2008

(2) Les spécificités horaires peuvent ne concerner qu'un ou deux secteurs

LES CAHIERS DES CHARGES

Comme il a été dit plus haut, les modifications du cahier des charges tiennent souvent à la resectorisation.

La modification du cahier des charges est toujours précédée de la consultation du CODAMUPS. Ceux-ci se sont réunis, en moyenne deux fois dans l'année et il en va de même du comité médical qui en fait partie. Cette activité plus importante que d'habitude, est certainement due au plan de vaccination antigrippale pour lequel les autorités préfectorales ont beaucoup mobilisé les acteurs de la santé.

La lecture systématique des cahiers des charges permet de conclure que les modifications qui y sont apportées, en dehors de la resectorisation, tiennent à l'élargissement des horaires de la régulation médicale et au fonctionnement des maisons médicales de garde. De façon ponctuelle, les cahiers des charges reflètent des expérimentations : doublement des astreintes d'effecteurs dans certains secteurs, financement du transport des malades vers les points de garde, installation d'un équipement de télé-médecine dans une maison médicale de garde, doublement de l'astreinte de régulation libérale.

LE SAMEDI APRES-MIDI

Aujourd'hui, la permanence des soins est organisée et financée le samedi après-midi dans plus de 80 % des départements et cette année, 17 nouveaux départements en ont bénéficié (l'Allier, le Nord, l'Oise, par exemple).

Comme nous l'avons déjà signalé, cette situation a priori satisfaisante comporte, à l'analyse, des incohérences sur le plan sanitaire et un manque de considération envers les médecins exerçant dans des départements ruraux où la resectorisation ne va pas de soi.

En effet, les départements dans lesquels la permanence des soins du samedi après-midi n'est pas indemnisée sont des départements ruraux où les médecins participent de manière massive à la garde médicale, y compris d'ailleurs le samedi après-midi, et dans des conditions souvent difficiles (Ariège, Tarn, Vosges, ...).

A l'incohérence, s'ajoute l'injustice puisque dans certains départements les astreintes ont été payées alors même que les objectifs n'avaient pas été atteints.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins doit donc déplorer une nouvelle fois que des objectifs comptables (paiement des astreintes gagé par une diminution du nombre de secteurs) pénalisent des médecins en zone rurale. Comment les pouvoirs publics peuvent-ils évoquer des mesures incitatives pour s'installer dans des zones médicalement sous-dotées et laisser perdurer de telles situations ?

De façon générale, lorsque la permanence des soins est financée le samedi après-midi, elle l'est également les jours de pont.

Dans le cadre de la concertation sur le projet de décret relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, le Conseil national de l'Ordre des médecins demande que le samedi après-midi entre, sans conditions, dans les périodes de permanence des soins. La distinction entre le samedi après-midi et le dimanche est obsolète au regard du mode de vie et des comportements de la population.

L'ARRET DE LA PERMANENCE DES SOINS A MINUIT

Au total, dans plus d'un tiers des secteurs, la permanence des soins assurée par les médecins libéraux s'arrête à minuit.

Des départements dans lesquels tous les secteurs couvraient la nuit profonde sont aujourd'hui concernés.

Même si la prise de garde en nuit profonde reste majoritaire, l'arrêt de la garde à minuit est un processus qui s'étend lentement mais inexorablement sur le territoire (150 nouveaux secteurs cette année). Il correspond le plus souvent à une attente des praticiens, en particulier lorsque le nombre de secteurs diminue, et les maisons de garde s'arrêtent toutes de fonctionner à minuit. Dans 28 départements, le nombre de secteurs pour lesquels la garde s'arrête à minuit progresse, le plus souvent faiblement, mais quelquefois de manière spectaculaire (par exemple, l'Ille-et-Vilaine, la Gironde, la Drôme, l'Allier, les Hautes-Pyrénées, la Corse du Sud).

Le nombre de départements où tous les secteurs de 20H00 à 24H00 poursuivent leur activité en nuit profonde passe de 19 à 13. A l'inverse, les départements où plus de $\frac{3}{4}$ des secteurs s'arrêtent à minuit passe de 21 à 25.

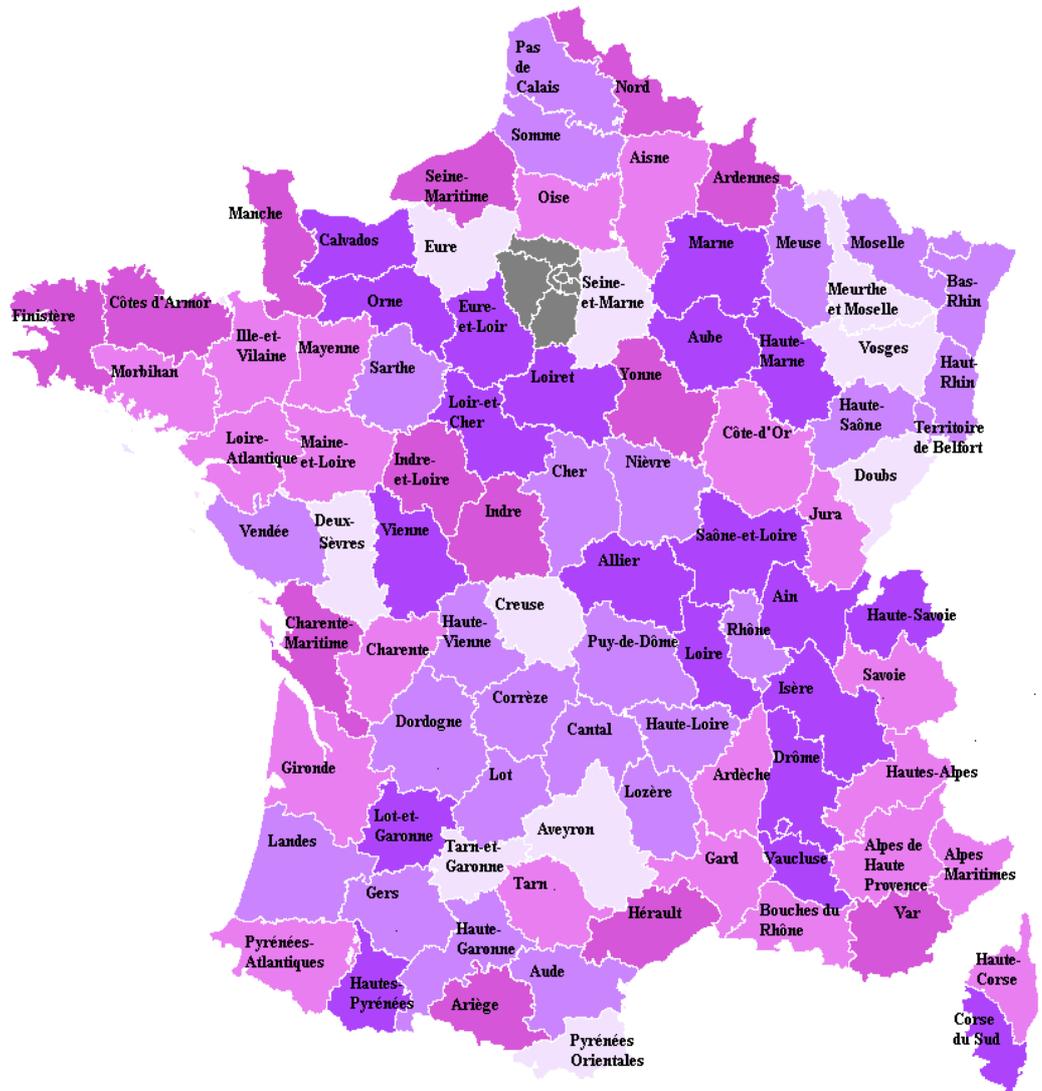
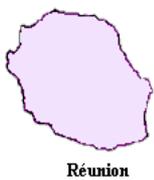
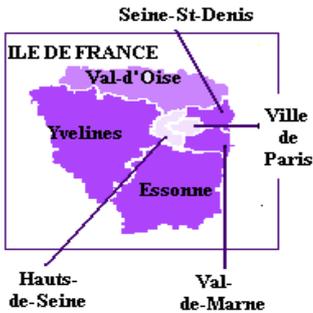
La carte ci-jointe illustre parfaitement.

La question du relais avec les services hospitaliers reste délicate et elle est souvent survolée par les cahiers des charges même si les réponses, en hausse sur ce thème, témoignent de l'importance d'organiser ce relais. Certes, le renforcement de la régulation libérale permet de régler l'essentiel des appels mais dans les cahiers des charges, l'administration ne s'engage que rarement sur le déplacement d'un effecteur hospitalier en nuit profonde ou le transport de l'appelant vers l'établissement hospitalier.

Certains conseils départementaux voient dans l'arrêt de la garde de nuit profonde, une évolution inéluctable pour pérenniser la permanence des soins (Somme, Vendée, Oise, Jura).

Il faut ici rappeler que les modalités de la permanence des soins en nuit profonde doivent être déterminées **secteur par secteur** en fonction des besoins de la population et des délais d'intervention. Un cahier des charges a été annulé par la juridiction administrative, faute d'avoir respecté ces exigences

**SPÉCIFICITÉS HORAIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2010**



LEGENDE

Absence de spécificités horaires

de 1 à 25 %

de 26 à 50 %

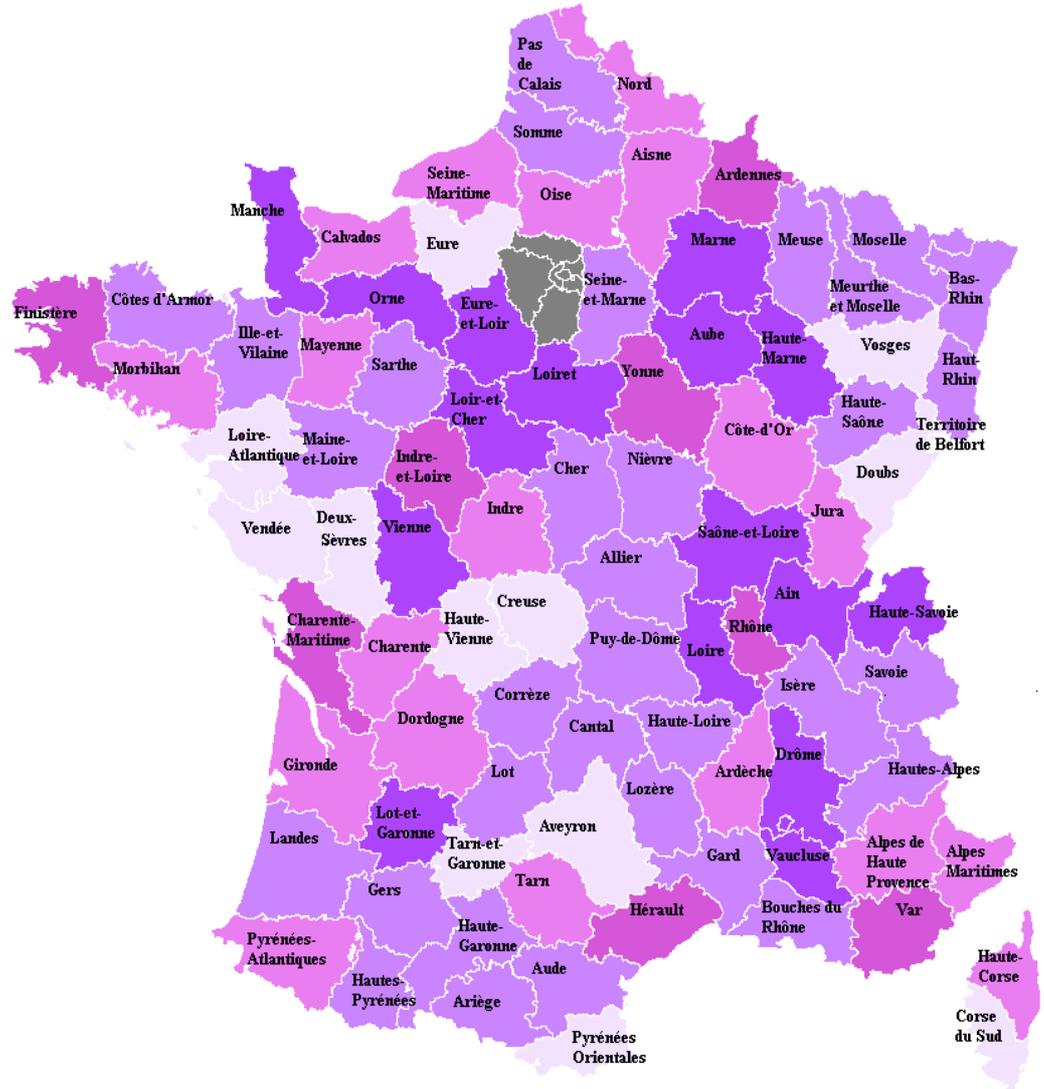
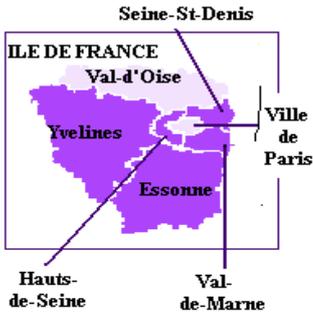
de 51 à 75 %

de 76 à 100 %



- RAPPEL -

**SPÉCIFICITÉS HORAIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2009**



LEGENDE

Absence de spécificités horaires

de 1 à 25 %

de 26 à 50 %

de 51 à 75 %

de 76 à 100 %



CHAPITRE 2

La participation des médecins libéraux à la permanence des soins : Les médecins généralistes s'y impliquent en majorité mais l'érosion du volontariat est préoccupante.

I - LE TABLEAU DE PERMANENCE DES SOINS

	OUI	NON
Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la permanence des soins, par secteur ? ⁽¹⁾	84	16
Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est ≤ à 10 médecins ?	945	
Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?	47 ⁽²⁾	53
Y est-il parvenu ?	28	19
Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en 2009 ?	29 ⁽³⁾	71

(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 (Yvelines, Vaucluse, par exemple).

LE VOLONTARIAT

De façon générale, le pourcentage de volontaires est supérieur à 60 % dans 78 % des départements.

Même si ces chiffres démontrent l'engagement des médecins généralistes dans la permanence des soins, on constate, après analyse, département par département, une érosion du volontariat L'implication des médecins est fragilisée par une démographie médicale déclinante, une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public assurée et dans certains cas par l'absence de réponse aux attentes en matière d'organisation et de financement.

Sur ce dernier point, les difficultés de financement des maisons de garde, le refus de l'Etat d'indemniser un médecin victime d'un grave accident pendant sa garde constituent des signaux inquiétants.

A l'occasion de l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire », le Conseil national de l'Ordre des médecins a déposé auprès des parlementaires des propositions d'amendements permettant :

- aux médecins effecteurs et régulateurs de bénéficier de la couverture assurantielle de l'Etat pour les dommages subis ou causés dans le cadre de la permanence des soins ; il n'a été entendu que pour les médecins régulateurs ;

- aux médecins collaborateurs salariés et aux médecins non conventionnés de participer effectivement à la permanence des soins. Là aussi, il a été entendu et la loi prévoit également que tout médecin ayant conservé une pratique clinique peut y participer par convention avec les ARS. Il faut attendre la mise en place des ARS et d'un financement dédié pour apprécier le réel impact de ces dispositions législatives.

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

1. Ces pourcentages constituent des moyennes par département avec de fortes disparités entre les secteurs urbains et les secteurs 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.
2. Ces pourcentages ont pris 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. Une enquête réalisée en 2007 parmi les médecins primo-inscrits qualifiés en médecine générale démontre que seule une moitié d'entre eux exercera une activité libérale, essentiellement sous forme de remplacements, ...
3. 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. Toutefois, même dans ces secteurs, une augmentation de volontariat permettrait de créer ou de mieux faire fonctionner des maisons médicales de garde où les patients des centres urbains pourraient se rendre pendant les plages horaires de la permanence des soins. Dans ces zones urbaines, des médecins généralistes ont accepté de participer à la régulation médicale qui généralement se trouve dans l'enceinte du centre hospitalier et permet de soulager les médecins en zone rurale ou périurbaine.

Il est également difficile de comparer la participation aux gardes dans des secteurs ne comportant que 4 ou 5 médecins et dans des secteurs de 30 médecins ; la situation est aussi différente dans les secteurs assurant la permanence des soins de 20h00 à 24h00 ou toute la nuit.

39 % des secteurs (54 % il y a 2 ans) comptent moins de 10 médecins et 17 % moins de 5 (par exemple, Nièvre et Haute-Savoie). Cette tendance est encourageante et illustre une charge de travail mieux répartie. Cette évolution, ne nous y trompons pas, n'est pas nécessairement due à l'augmentation du nombre de volontaires mais à une resectorisation qui a des limites. Les petits secteurs constitués entre médecins qui se connaissent tous fonctionnent parfaitement bien actuellement ; cependant, leur avenir est compromis faute de nouvelles installations 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 qui s'installent actuellement ne veulent pas le faire dans des secteurs où la charge de la permanence des soins compromettrait leur vie personnelle.

4. Ces chiffres d'un maniement difficile traduisent également des évolutions importantes dans les départements. 16 départements ont légèrement augmenté leur pourcentage de participation mais 24 l'ont vu décroître dans des proportions souvent importantes (Ariège, Haute-Garonne, Landes, Moselle, ...). A l'inverse, le département de l'Hérault a connu une réelle embellie.
5. 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 une organisation officialisée n'est pas connue.

LES LOGICIELS DE GARDE

L'actualisation du tableau de la permanence des soins et sa diffusion représentent un travail considérable. La mise en place progressive d'un logiciel de garde est une réponse attendue par les conseils départementaux pour y faire face. 56 % des départements en sont dotés en 2009 (26% en 2006) et utilisent pour les trois-quarts le logiciel développé et mis à disposition par le CNOM (ORDIGARD).

Le Conseil national de l'Ordre des médecins avait dénoncé l'an dernier l'attitude de la CNAMTS qui refusait de développer une fonctionnalité de paiement des astreintes gérées par ORDIGARD. Pour la ferme intervention du Président du Conseil national de l'Ordre des médecins a permis de débloquer la situation qui devrait se normaliser complètement en juin 2010 avec un déploiement de la liaison informatique entre le CNOM et la CNAMTS permettant une dématérialisation complète du paiement.

Une vingtaine de conseils départementaux continuent à faire état de pressions de l'assurance maladie pour qu'ils optent pour le logiciel de garde développé par la CNAMTS, qui n'est aujourd'hui utilisé que par quelques conseils départementaux.

A contrario, ils sont nombreux à avoir marqué leur intérêt pour ORDIGARD et le Conseil national de l'Ordre des médecins doit gérer ces nouvelles demandes.

De façon générale, l'utilisation des logiciels de garde a permis d'affiner cette année les pourcentages de médecins volontaires.

LA COMPLETUDE DES TABLEAUX

Le nombre de départements dans lesquels le conseil de l'Ordre reçoit des listes complètes ou quasiment complètes est en augmentation.

Il apparaît bien que l'élaboration du tableau départemental de la permanence des soins constitue une lourde tâche pour les conseils départementaux.

En effet, ceux-ci sont régulièrement conduits à organiser des conciliations dans les secteurs où la défection de quelques médecins menace le dispositif.

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

LES REQUISITIONS

On constatera avec satisfaction une nouvelle diminution du nombre de départements dans lesquels des réquisitions ont été effectuées. Mieux encore, dans les $\frac{3}{4}$ des départements concernés le nombre de réquisitions est inférieur ou égal à celui de 2008.

Comme l'an passé, là où les carences du tableau sont les plus criantes en raison d'une absence de volontariat généralisée, les Préfets n'ont pas ou peu réquisitionné et ont laissé en l'état des secteurs et des tableaux incomplets.

LES GARDES MEDICO-ADMINISTRATIVES

L'organisation d'une garde spécifique pour les actes médico-administratifs n'évolue pas. Dans la très grande majorité des cas, les visites auprès des personnes gardées à vue et les certificats de décès sont encore effectués dans le cadre de la permanence des soins par le médecin de garde.

La question reste donc d'actualité dans un contexte d'augmentation régulière des mesures de garde à vue prononcées par les officiers de police judiciaire. Entre 2000 et 2007, le nombre de gardes à vue a augmenté progressivement de 54,19 % et de 73,77 % pour les gardes à vue de plus de 24 heures.

Les gardes à vue prolongées sont celles au cours desquelles les visites médicales peuvent être obligatoires et les médecins sont donc indubitablement de plus en plus sollicités par les forces de l'ordre.

« Le guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention en garde à vue » du médecin a été finalisé et diffusé cet été par le ministère de la Justice. Le Conseil national a participé à son élaboration.

Le guide confirme que l'intervention du médecin en garde à vue ne doit pas reposer sur l'organisation de la permanence des soins comme nous l'avons si souvent rappelé. Le ministère de la Justice a invité les 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. Les procureurs se rapprocheront des conseils de l'Ordre afin que soient organisées des réunions d'information pour la constitution de ces réseaux.

Cette question est prioritaire quand il apparaît que le cumul des deux activités déstabilise l'organisation de la permanence des soins.

Les dispositifs déjà opérationnels dans certains départements impliquent :

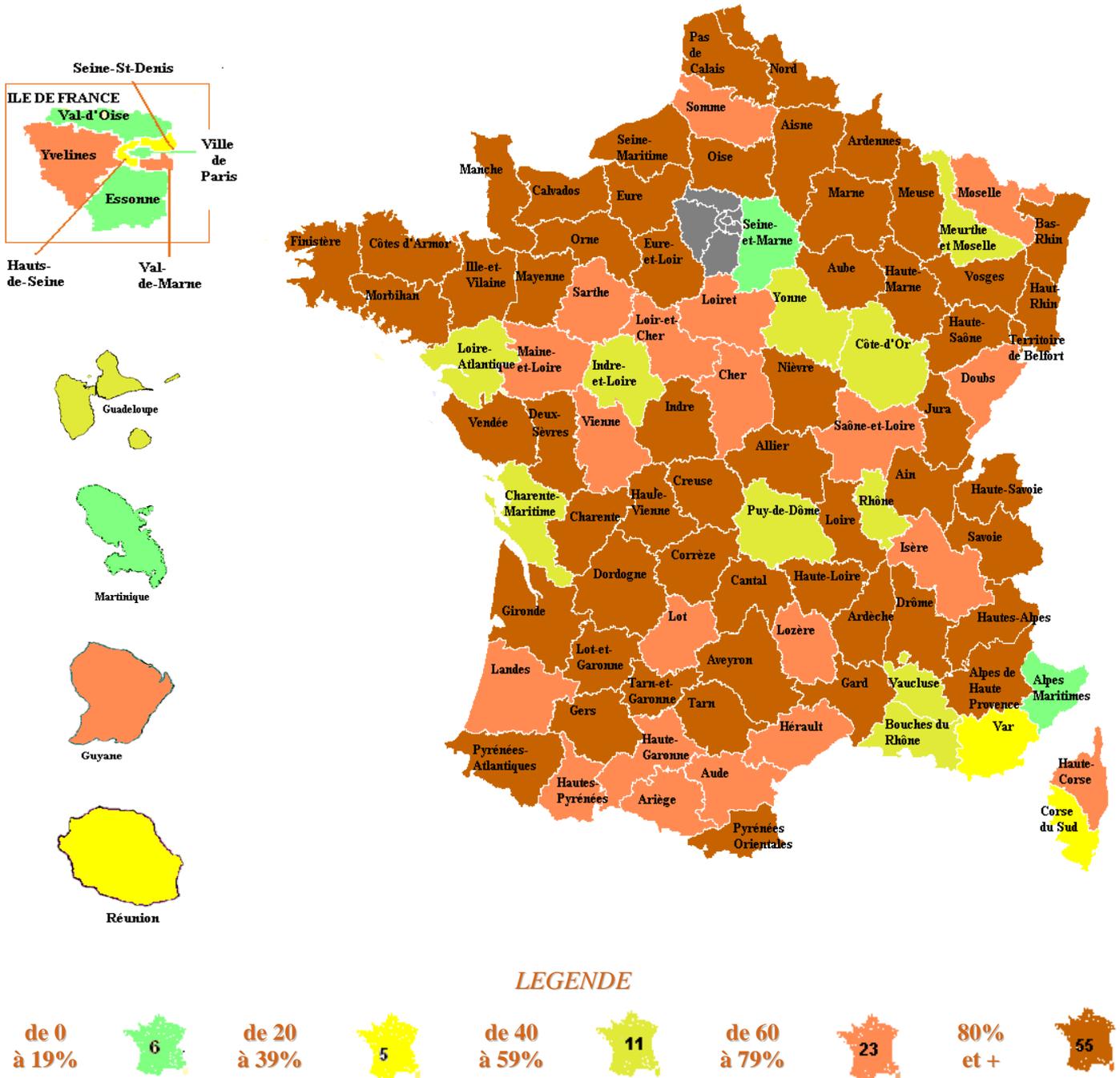
- les UMJ lorsqu'elles existent (Oise, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, l'Allier, Bouches-du-Rhône, du Val-de-Marne) ;
- les services d'urgence et services hospitaliers ; en particulier lorsqu'ils prennent le relais des médecins libéraux en nuit profonde.
- l'association SOS Médecins dans le cadre de conventions particulières (Ville de Paris) ;
- les listes de médecins volontaires pour assurer les actes médico-administratifs (Lot-et-Garonne, Deux-Sèvres, Côte d'Or, Eure, Vienne, Hérault en 2008 ; Tarn, Corse du Sud, Alpes de Haute Provence, Orne et quelques autres en 2009).

On note cependant que ces dispositifs :

- ne couvrent généralement pas tout le département mais uniquement le secteur de la structure (UMJ, centres hospitaliers, SOS, ...) et les secteurs périphériques ;
- que les certificats de décès sont toujours exclus de ces dispositifs spécifiques et sont toujours réalisés par les médecins de garde dans le cadre de la permanence des soins. Dans un certain nombre de cas, les Préfets ont tenu à ce que cette mission soit évoquée dans le cahier des charges départemental de la permanence des soins.

On observe enfin que dans le cadre de certains dispositifs spécifiques mis en œuvre, le transport des personnes gardées à vue vers les structures est organisé (vers les services hospitaliers et les UMJ). Si la compatibilité de l'état de santé au maintien des mesures de garde à vue dans les conditions dans lesquelles elles se déroulent a conduit jusqu'à aujourd'hui à privilégier la visite du médecin sur les lieux de garde à vue, on voit que dans le cadre d'une organisation spécifique et dès lors que les médecins impliqués connaissent les locaux de garde à vue, d'autres voies sont ouvertes.

LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{ER} JANVIER 2010



CHAPITRE 3

La régulation médicale

	OUI	NON
La régulation médicale de la PDS passe-t-elle par un numéro spécifique en dehors du Centre 15 ?	38	62
Dans ce cas, l'appel parvient-il à une plate-forme commune avec le Centre 15 ?	35	
Donne-t-elle satisfaction aux médecins de garde ?	92	8
Les médecins libéraux y participent-ils (*) ?	96	4

(*) Ils peuvent y participer directement sous un statut hospitalier ou indirectement par le biais d'une association de médecins libéraux régulateurs.

Pivot de la bonne organisation de la permanence des soins, la régulation **médicale** connaît une évolution favorable en particulier pour ce qui concerne l'engagement des médecins libéraux et toute consultation médicale devrait être déclenchée pendant les périodes de la permanence des soins par un médecin régulateur.

La participation des médecins libéraux est effective dans 96 % des départements (contre 94 % l'année précédente). De nouveaux départements se sont engagés dans ce processus comme la Haute-Corse.

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

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

A l'intérieur même des tranches horaires, des variations peuvent se produire suivant les jours de la semaine ou les périodes de l'année.

Dans 92 départements, la régulation médicale donne satisfaction aux médecins de garde. Ce chiffre très satisfaisant n'exclut pas, bien entendu, des difficultés ponctuelles entre médecins régulateurs et médecins de garde, que le conseil départemental s'efforce de régler.

Organisée le plus souvent au sein des Centres 15, 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 départements. De façon générale, les conseils départementaux estiment nécessaire de la consolider.

On soulignera que 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, Charente-Maritime, Landes, Maine-et-Loire, Vosges, ...).

En Franche-Comté, le numéro dédié est régional comme la plate-forme de régulation et ses promoteurs (ACORELI) évoquent une extension de ce mode de fonctionnement à la Lorraine et à la Bourgogne.

Le nombre de plates-formes libérales géographiquement indépendantes du Centre 15 (même si elles sont nécessairement interconnectées) est limité. Dans certains départements, le centre de régulation libérale peut fonctionner sans numéro dédié mais grâce à un renvoi d'appel mis en place par les médecins participant à la permanence des soins (régulation dite déportée).

En 2008, on nous avait signalé la mise en place d'une plate-forme de régulation médicale libérale à domicile interconnectée au 15 (Bas-Rhin, Manche). Nous n'avons pas connaissance de l'extension de ce dispositif à d'autres départements. Le conseil départemental de l'Orne nous signale également la mise en place d'une régulation « déportée », cette année.

Une nouvelle fois, il convient d'insister sur l'absolue nécessité d'une régulation effectivement médicale de la régulation 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 proposé un amendement en ce sens dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire ».

Il apparaît indispensable que les centres de régulation médicale rendent publics les chiffres de la régulation en les ventilant selon le traitement que le médecin régulateur leur a donné. Des conseils départementaux se sont étonnés à cet égard de la faible activité des points de garde (maisons médicales, CAPS) créés dans les départements alors que l'accueil des urgences ou les associations médicales effectuant des visites à domicile se déclarent débordées.

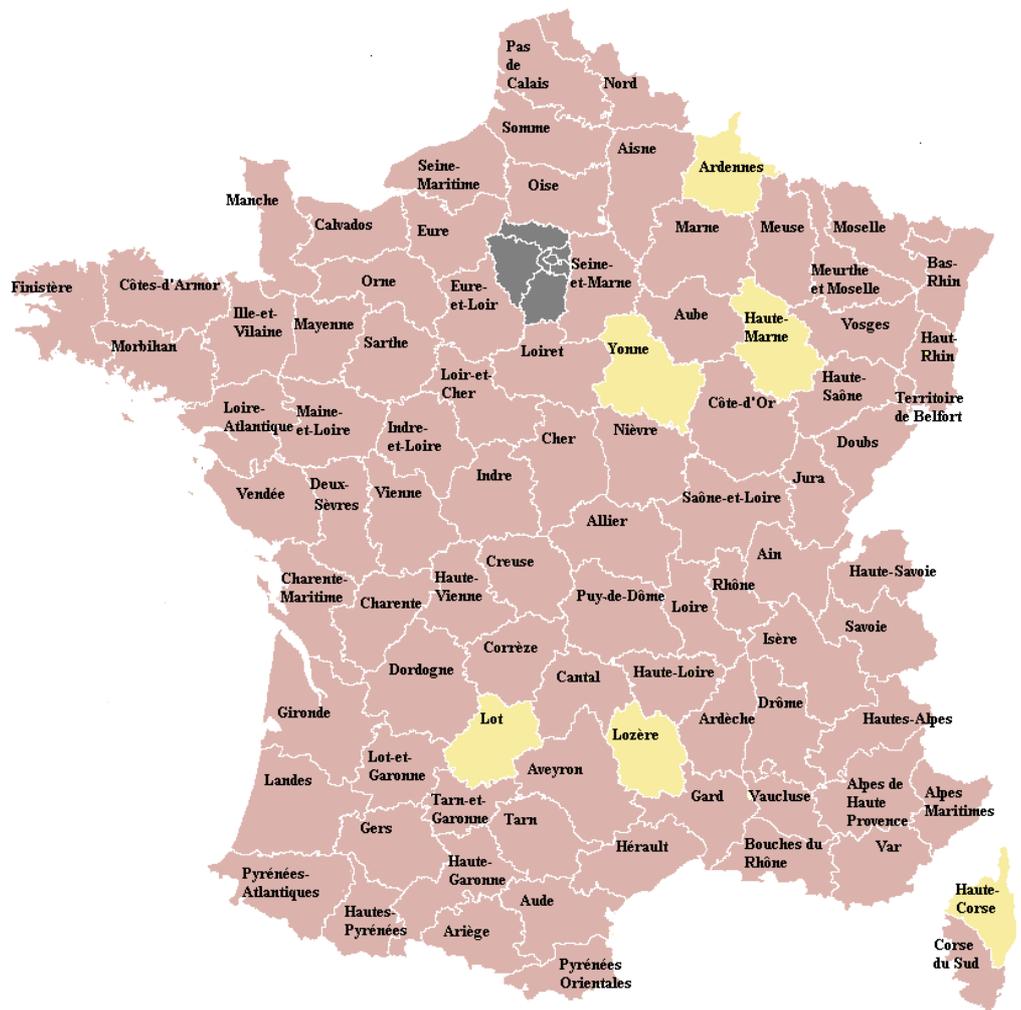
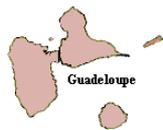
LA TELEPRESCRIPTION

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de juillet 2009 a expressément reconnu cette faculté et la Haute Autorité de Santé a publié en mai 2009 une recommandation sur la prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale, ses modalités, ses conditions et ses limites.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins avait largement participé à ses travaux.

- RAPPEL -

**PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
À LA RÉGULATION AU 1^{ER} JANVIER 2009**



LEGENDE

Absence de participation Participation des médecins libéraux à la régulation médicale



CHAPITRE 4

Sites dédiés à la permanence des soins au nombre de : 293

	OUI	NON
En existe-t-il dans votre département ?	80	20
Combien ?	293	

Les sites dédiés à la permanence des soins et qui accueillent l'ensemble des médecins d'un secteur donné n'ont pas évolué en un an, sur le plan national, même si certains ont fermé par défaut de fréquentation (Bas-Rhin, par exemple) et que d'autres ont été créés (Val-de-Marne, par exemple).

Cette situation est étonnante quand on sait l'importance que la Mission nationale d'appui mise en place en 2008 au ministère de la Santé avait donné à ce sujet. Citons la Creuse, pour illustrer la situation mais bien d'autres départements ruraux se retrouveront dans ce propos.

Un an plus tard, pour des raisons tenant à l'absence de financements et de volonté politique nous sommes encore loin de l'avenir radieux des maisons de santé et du transport financé des malades vers les points de garde, annoncé par l'administration. A cet immobilisme, on opposera la participation plus forte des médecins à la régulation libérale et l'effort de resectorisation.

Pour autant, dans certains départements, l'ensemble de la permanence des soins est organisé autour de points de garde postés (le Val-de-Marne, la Vienne, la Manche). Ils constituent souvent une des conditions de la resectorisation départementale et contribuent à redessiner la cartographie locale de la permanence des soins.

Les conseils départementaux restent inquiets sur la fragilité du financement de ces sites et leur pérennité est une attente forte des conseils départementaux. Cette pérennité passe également par une activité satisfaisante : le public doit être informé de leur présence et la régulation médicale doit adresser les patients sur ces sites, en tant que de besoin.

Dans la très grande majorité des cas, les sites dédiés ne couvrent qu'un secteur ; encore faut-il noter que ce secteur est parfois issu d'un regroupement facilité par la création d'une maison médicale de garde. La création de sites dédiés a et aura un effet structurant sur la sectorisation.

Quand la maison médicale de garde couvre plus d'un secteur, cela peut correspondre aux prévisions du cahier des charges ou aux déplacements de patients relevant d'un autre secteur qui se rendent à la maison médicale dès lors qu'ils en connaissent l'existence.

Il arrive également que le regroupement des secteurs concerne uniquement le week-end.

Si dans de nombreuses situations, elles sont accolées à des établissements hospitaliers, des conseils départementaux font le constat d'une certaine frilosité des directeurs d'hôpitaux qui craindraient une perte de ressources pour les services d'accueil des urgences.

Des cahiers des charges prévoient la mise en place et le financement d'un médecin effecteur « mobile », qui peut, en cas de nécessité établie après régulation médicale, doubler la garde sur place et se transporter au domicile du patient.

SITES DEDIES A LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2010



LEGENDE

Aucun site



1 à 2 sites



3 à 4 sites

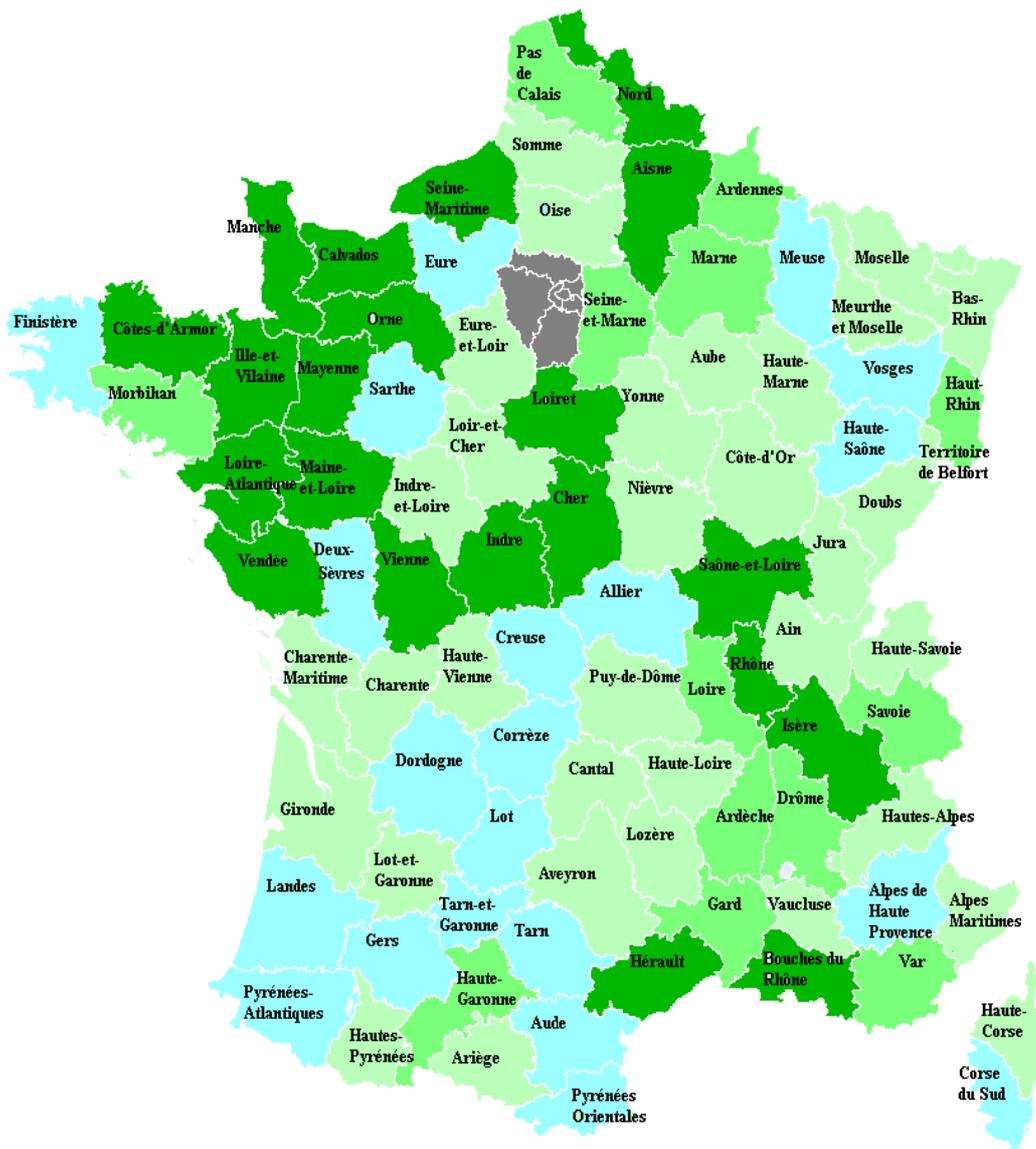


+ de 4 sites



- RAPPEL -

**SITES DEDIES A LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2009**



LEGENDE

Aucun site



1 à 2 sites



3 à 4 sites



+ de 4 sites



CHAPITRE 5

La permanence des soins et l'organisation du conseil départemental

	OUI	NON
L'organisation de la permanence des soins, a-t-elle nécessité la mise en place d'une commission spécialisée ?	68	32

	jusqu'à 20h	de 21 à 40 h	de 41 à 60 h	+de 61h
Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?				
✓ par les élus ⁽¹⁾ :	80	7	1	3
✓ par le personnel administratif ⁽²⁾	54	21	8	10

⁽¹⁾ 9 départements : non communiqué

⁽²⁾ 7 département : non communiqué

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

Au niveau départemental, 68 conseils départementaux ont une commission spécialisée « permanence des soins » et dans tous les conseils départementaux ce sujet 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 reconnue à sa juste valeur par les administrations et le monde politique.

Il a fallu beaucoup de détermination au Conseil national pour faire admettre aux pouvoirs publics qu'il fallait, dans le cadre de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » sortir d'une vision étatique et associer les médecins au travers de leur Ordre aux travaux de l'ARS dans l'organisation de la permanence des soins. C'est aujourd'hui chose faite.

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

Un peu moins de la moitié des conseils départementaux confirment avoir reçu en 2008 des récriminations et plus rarement des plaintes formalisées relatives à la permanence des soins. Elles sont peu fréquentes et ont encore diminué cette année.

Elles émanent de patients ou encore de médecins. Pour les patients, elles tiennent souvent au refus du médecin régulateur de déclencher l'intervention du médecin de garde. Il y a lieu de noter que ces doléances et plaintes ont fait l'objet d'une instruction approfondie de la part des conseils départementaux : des explications ont été demandées aux médecins, voire une copie des enregistrements, et des rencontres ont été organisées avec les patients. Même si ce reproche ne concerne pas le médecin régulateur, la question du délai d'attente au 15 est récurrente.

Les patients ont été satisfaits des explications qui leur ont été apportées et n'avaient pas une connaissance suffisante du rôle du médecin régulateur et plus généralement du fonctionnement de la permanence des soins. Alors que la permanence des soins est une mission de service public, reconnue par la loi, elle est toujours pour certains une obligation de service à domicile.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins réclame depuis des années que des campagnes soient menées sur ce sujet au niveau local et national. Des engagements ont été pris en ce sens mais n'ont pas été tenus même si les choses évoluent comme dans la Manche où une campagne a été organisée cette année. Aujourd'hui, l'information de la population est dans l'immense majorité des cas apportée par les médecins et le conseil de l'Ordre.

Il est intéressant de constater que les récriminations s'accroissent quand le système évolue (numéro dédié d'appel de permanence des soins, création d'une maison de garde excluant les déplacements au domicile, ...) puis disparaissent avec le temps. L'utilisation en garde de la téléprescription ou de la télé-médecine suscite certaines interrogations.

On doit souligner des cas, même s'ils sont rares, où le médecin régulateur semble avoir manqué d'humanité vis-à-vis de l'appelant ou encore ne s'est pas assuré de la bonne compréhension de ses indications.

Enfin, comme pour toute activité médicale, des erreurs d'appréciation ou des fautes, réelles ou supposées, ont pu se produire, et entraîner la saisine des juridictions civiles voire pénales.

Les récriminations de médecins sont plus rares ; elles peuvent émaner de médecins régulateurs se plaignant de l'absence ou de la difficulté à joindre le médecin effecteur, d'un refus de déplacement ou encore des médecins de garde estimant que le centre de régulation s'est borné à donner les coordonnées sans plus ou ne renvoie pas les patients le justifiant vers la maison médicale de garde disposée à l'accueillir. Ces situations sont le plus souvent réglées quand le SAMU et le conseil de l'Ordre ont mis en place des réunions communes.

CONCLUSION DE L'ENQUÊTE

Plus de la moitié des conseils départementaux estiment que la permanence des soins connaîtra des évolutions en 2010.

Certaines sont espérées comme la création de lieux spécifiques pour l'accueil de la permanence des soins ou « points-garde », le regroupement ou la suppression de secteurs en nuit profonde, de moyens financiers pour assurer le transport des malades, le renforcement de la régulation médicale ou encore la participation des internes aux gardes médicales. Ces évolutions étaient déjà engagées l'an passé et n'on pas toujours eu lieu.

D'autres sont redoutées : diminution du volontariat, absence de pérennisation du financement des maisons médicales de garde, non remplacement des départs en zone rurale accentuant la fracture entre la pénibilité de l'activité médicale en ville et à la campagne.

Les ARS suscitent un espoir lié à la fin de la dissociation entre organisateur et payeur. L'administration ne pourra plus promettre et renvoyer à l'Assurance maladie pour les moyens et l'Assurance maladie ne pourra plus rechigner à financer les décisions prises. Par ailleurs, en matière de permanence des soins comme ailleurs, les projets et réalisations peuvent être régionaux comme en témoigne la régulation médicale.

Les ARS provoquent également des inquiétudes : retrouvera-t-on dans une administration régionalisée la qualité de la concertation qui s'était développée au niveau départemental et l'ARS respectera-t-elle les spécificités locales sans lesquelles l'engagement des médecins ne serait pas ce qu'il est ?

ANNEXE 1

Participation des médecins à la régulation (cf. page 19, pour les aspects méthodologiques)

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

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

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

février 2010

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

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

MIDI-PYRENEES	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
HAUTE-GARONNE	2,5	2,5 + ARMEL régulib31	2,5	3 + ARMEL régulib31	2,5	4 + ARMEL régulib31	2,5	2,5 + ARMEL régulib31	2	1 + ARMEL régulib31
ARIEGE	1		1		1		1		1	
AVEYRON	nc		nc		nc	+1	nc		nc	
GERS	nc		nc		nc	+1	nc		nc	
LOT	1	8*	1	6*	1	8*	1	2,5*	1	2*
HAUTES-PYRENEES	1		1		1		1		1	
TARN	1		1		1		1		1	
TARN ET GARONNE	1		1		1	+1	1	+1	1	

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

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

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

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 où se retrouvent généralement un médecin hospitalier et un médecin libéral aux tranches horaires mentionnées ci-dessus (sauf le samedi-matin).

Annexe 2

ETAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{er} JANVIER 2010

(à nous retourner dûment complété par messagerie électronique ou par fax : 01 53 89 32 24)

NB : Pour les questions avec réponse positive ou négative, taper [oui] ou [non]

DÉPARTEMENT DU :

.....

1 – ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>
1. Un arrêté préfectoral de sectorisation (ou un arrêté modificatif) a-t-il été pris dans votre département en 2009 ? * (* si c'est le cas, merci de le communiquer en pièce jointe)		
2. Nombre de secteurs au 1 ^{er} janvier 2010 ?		
3. Le préfet a-t-il arrêté un cahier des charges départemental ou a-t-il modifié le cahier des charges en vigueur en 2009 ? * (* si c'est le cas, merci de le communiquer en pièce jointe)		
4. Le Préfet a-t-il étendu en 2009 la permanence des soins ?		
• aux samedis après-midi ?		
• aux jours de pont ?		
5. Le cahier des charges (ou ses modifications), répond-il aux propositions du conseil départemental ?		
6. Le CODAMUPS, s'est-il réuni au cours de 2009 ?		
• Combien de fois ?		
• Son sous-comité médical s'est-il réuni ?		
• Combien de fois ?		

2 – LA PARTICIPATION DES MEDECINS A LA PERMANENCE DES SOINS

	OUI	NON
7. Pourcentage de médecins participant à la PdS		
8. Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la pds, par secteur ?		
9. Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est \leq à 10		
9 bis. Pourcentage de médecins \geq à 60 ans dans les secteurs \leq à 10 médecins		
9 ter. Nombre de secteurs où le nombre de médecins est \leq à 5 médecins		
10. Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?		
10 bis. Y est-il parvenu ?		
11. Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2009 ?		
11 bis. Ont-elles été plus ou moins nombreuses qu'en 2008 ?	+	-
12. Y a-t-il des spécificités horaires de la permanence des soins dans votre département ?		
13. Le relais avec les services hospitaliers publics et privés, a-t-il été organisé ?		
14. Nombre de secteurs concernés par ces spécificités horaires ?		
15. Y a-t-il un regroupement de secteurs en nuit profonde ?		
16. Nombre de secteurs en nuit profonde ⁽¹⁾ ?		
17. Si vous utilisez un logiciel de garde, indiquer lequel (Calepso, Ordigard, ...) ?		
17 bis. Subissez-vous des pressions de la CPAM pour utiliser un logiciel de garde spécifique		

⁽¹⁾ Exemple : si l'on passe de 20 secteurs de 20H00 à 24H00 à 12 secteurs de 0H00 à 8H00, mettre le chiffre 12.

3 – LA REGULATION MEDICALE

	OUI	NON
18. La régulation médicale de la PDS dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15 ?		
18 bis. Dans ce cas, l'appel parvient-il à une plate-forme de régulation commune avec le Centre 15 ?		
19. Les médecins libéraux participent-ils à la régulation médicale ⁽²⁾ ?		
20. Donne-t-elle satisfaction aux médecins de garde ?		

21. Nombre (moyen) de médecins présents à la régulation au Centre 15¹

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

4 – PERMANENCE DE SOINS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

	OUI	NON
22. L'organisation de la permanence des soins, a-t-elle nécessité la mise en place d'une commission spécialisée ?		
23. Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?		
✓ par les élus		
✓ par le personnel administratif		

5 – SITES DEDIES A LA PERMANENCE DES SOINS (MAISONS MEDICALES DE GARDE, CAPS)

24. En existe-t-il dans votre département ?		
25. Combien ?		
26. Les sites dédiés sont-ils le mode exclusif d'accès à la permanence des soins sur les secteurs concernés ?		
27. Combien de secteurs couvrent-ils ?		

⁽²⁾ Quelles que soient les modalités de cette participation

⁽³⁾ Données communiquées par le directeur du SAMU

6 – POUR LES CONSEILS DEPARTEMENTAUX CONCERNES : QUELLE APPRECIATION PORTEZ-VOUS SUR LA REALISATION OU L'ABSENCE DE REALISATION DES OBJECTIFS PROPOSES PAR LA MISSION NATIONALE D'APPUI ?

7 – COMMENT EST ORGANISEE DANS VOTRE DEPARTEMENT LA REponse AUX DEMANDES D'EXAMEN DE GARDE A VUE, ETABLISSEMENT DE CERTIFICATS DE DECES, APPELS POUR IVRASSE PUBLIQUE ET MANIFESTE, ... ?

8 – LA PERMANENCE DES SOINS EST BIEN ORGANISEE DANS VOTRE DEPARTEMENT

28. A quoi cela tient-il ?

9 – LA PERMANENCE DES SOINS NE FONCTIONNE PAS DANS VOTRE DEPARTEMENT

<p>30. Quelles sont les raisons de ce dysfonctionnement ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>31. Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

10 - LA PDS A-T-ELLE CONNU EN 2009 DES EVOLUTIONS SIGNIFICATIVES, SI OUI LESQUELLES ?

11 – PENSEZ-VOUS QUE LA PDS VA CONNAITRE DES EVOLUTIONS EN 2010 DANS LES DIFFERENTS DOMAINES QUI FONT L'OBJET DU QUESTIONNAIRE ?

12 – VOTRE CONSEIL A-T-IL ETE DESTINATAIRE DE PLAINTES OU DOLEANCES (PATIENTS, CONFRERES, INSTITUTIONS, ...) PORTANT SUR LA REGULATION OU L'EFFECTION ET QUELLE APPRECIATION PORTEZ-VOUS, DANS L’AFFIRMATIVE, SUR CES DOLEANCES OU PLAINTES ?
