

ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN JANVIER 2011

INTRODUCTION

Pour la 8^{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'année 2010 aura été une année de transition particulièrement calme sur le plan de l'organisation de la permanence des soins. Il n'y a pas nécessairement lieu de s'en plaindre dans une majorité de départements où elle fonctionne bien et donne satisfaction aussi bien aux patients qu'aux médecins.

On avait pourtant prédit qu'avec l'installation des ARS et la régionalisation du système, des mutations profondes allaient s'accomplir. Au 1^{er} janvier 2011, on constate que les ARS se mettent progressivement en action et que la permanence des soins en médecine ambulatoire n'est pas nécessairement leur dossier prioritaire. Derrière cette observation générale on découvre cependant des réalités régionales très différentes et dans certaines régions des groupes de travail associant étroitement l'Ordre des médecins- comme la loi le prévoit - ont entamé l'élaboration du cahier des charges régional.

L'enquête 2011 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'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 et souhaitent poursuivre leur action dans cette direction.

Ils nous alertent cependant sur les effets délétères de la pénurie de médecins volontaires et de médecins tout court, sur le vieillissement des médecins de garde. Indéniablement l'érosion du volontariat s'installe mais insensiblement de nouvelles formes d'organisation progressent pour y faire face : renforcement de la régulation médicale libérale, adaptations horaires de la permanence des soins en particulier en nuit profonde, création de nouvelles maisons médicales de garde

MÉTHODOLOGIE

Cette enquête a été réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins pendant le mois de janvier 2011. 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 2010.

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.

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 par exemple 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 11 février 2011 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 12 février 2011 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. Elle permet également des comparaisons entre différentes formes d'organisations locales.

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 garantes de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.**

CHAPITRE 1

Organisation de la permanence des soins

I - LA SECTORISATION : 2331 SECTEURS

	OUI	NON
Un arrêté préfectoral ou du directeur général de l'ARS relatif à l'organisation de la PDS, a-t-il été pris dans votre département en 2010 ?	16	84
Y a-t-il un regroupement de secteurs en nuit profonde ?	22	78
Nombre de secteurs regroupés en nuit profonde ?	305	

La France de la permanence des soins regroupe aujourd'hui **2331 secteurs** ^(*) : ils étaient au nombre de 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 RESECTORISATION

La baisse du nombre de secteurs en 2010 est faible, même si le dispositif de permanence des soins a perdu plus d'un tiers de secteurs depuis 8 ans.

Ce mouvement a touché en 2010, ¼ des départements et le plus souvent dans de très faibles proportions, 1 ou 2 secteurs fusionnant avec le secteur voisin. On doit cependant signaler 3 départements où l'évolution est plus nette : l'Aveyron qui passe de 29 à 25 secteurs, la Drôme qui passe de 25 à 14 secteurs et surtout la Haute-Vienne qui perd plus de la moitié de ses secteurs (12/29).

On remarque aussi que dans une dizaine de départements, ces regroupements issus de la volonté des médecins et accompagnés par le conseil départemental se sont faits en marge de tout arrêté de sectorisation, la pratique précédant le droit ...

^(*) 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 (20H00-24H00, 0H00-8H00 ou des modes de prise en charge des patients (secteurs de consultation et secteurs de visite à domicile).

Les arrêtés de sectorisation ^(*), signés depuis le 1^{er} avril 2010 par les directeurs généraux de l'ARS n'ont pas tous eu pour objectif la diminution du nombre de secteurs et dans bien des cas, ils ont pu porter uniquement sur une modification de la liste des communes desservies par tel ou tel secteur de permanence des soins.

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 bien des départements, il existe plusieurs configurations de sectorisation en fonction du jour, de l'heure, de la saison ou du mode d'effectif (consultations ou effecteurs mobiles) qui font varier le nombre de secteurs. C'est particulièrement vrai dans les départements connaissant de contrastes entre des zones à forte densité de population et des zones rurales.

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. 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 ou appuyée.

LA SUR-SECTORISATION EN NUIT PROFONDE

La sur-sectorisation en nuit profonde (0h00 – 8h00) qui permet de regrouper après minuit 2 ou plusieurs secteurs ne suscite pas l'adhésion. Mise en place dans 22 départements (totalement ou, le plus souvent, partiellement) elle regroupe 305 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.

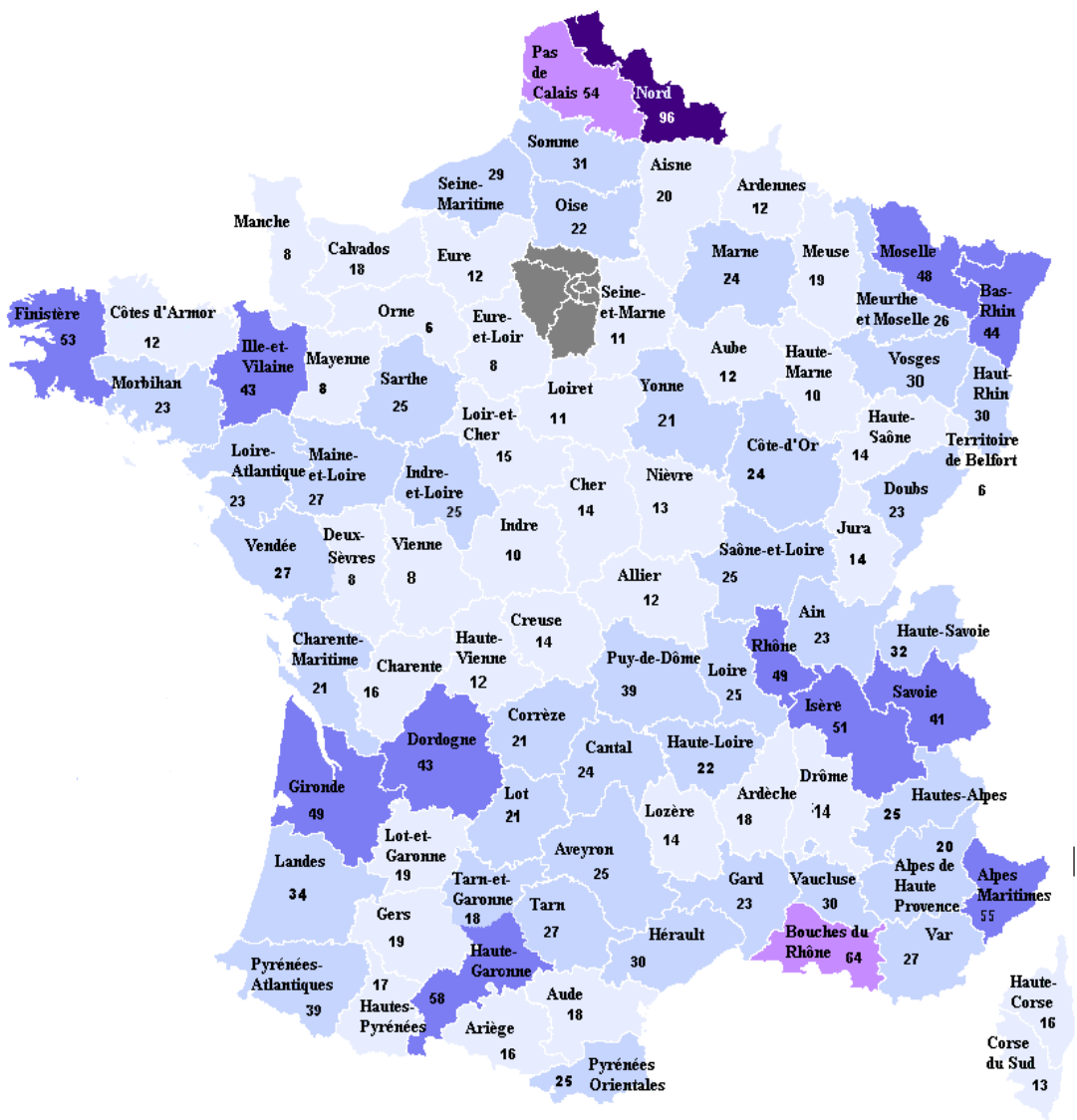
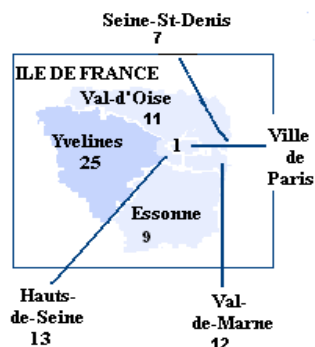
Là où elle est pratiquée, elle est souvent liée à des regroupements de secteurs urbains, en seconde partie nuit (par exemple, dans les Bouches-du-Rhône, la Meurthe-et-Moselle ou le Rhône).

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 l'ARS doit arrêter la sectorisation et la mettre à jour en fonction des besoins effectifs de la population et de la capacité des médecins à y répondre. Les conseils départementaux ont joué un rôle prépondérant dans les décisions préfectorales prises dans ce domaine et continueront à jouer ce rôle auprès des ARS.

^(*) Les arrêtés de sectorisation peuvent être autonomes ou encore intégrés ou annexés à l'arrêté portant cahier des charges départemental de la permanence des soins).

LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{er} JANVIER 2011 - (2331 SECTEURS)



LEGENDE

de 0 à 20



de 21 à 40



de 41 à 60



de 61 à 80

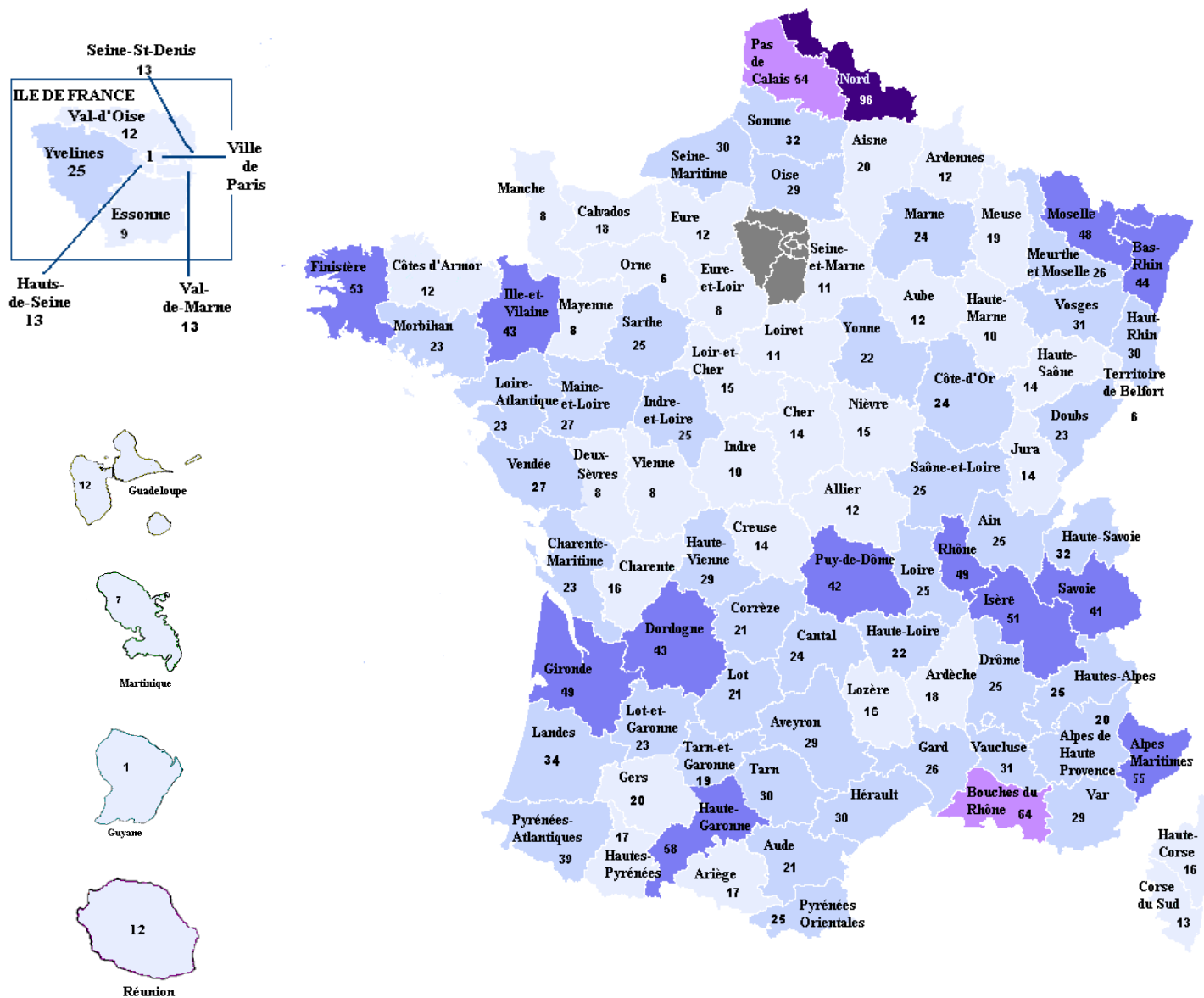


+ de 80



- RAPPEL -

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



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

	OUI	NON	Sans objet
Le Préfet puis l'ARS ont-ils arrêté un cahier des charges départemental ou a-t-il modifié le cahier des charges en 2010 ?	9	91	
La permanence des soins a-t-elle été étendue aux samedis après-midi ?	2	14	84 ⁽¹⁾
Y a-t-il dans certains autres secteurs de votre département un arrêt de la garde médicale ambulatoire, en nuit profonde ?	87 ⁽²⁾	13	
Si oui, le relais avec les services hospitaliers publics et privés a-t-il été organisé ?	75	12	13
Si oui, nombre de secteurs concernés ?	994		

(1) Sans objet car l'extension avait été actée avant 2009

(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 sectorisation.

Les chiffres mentionnés dans le tableau ci-dessus renvoient à des situations où le cahier des charges a abordé d'autres sujets que la sectorisation. En 2010, l'activité a été très faible et a porté essentiellement sur des modifications horaires. Seule la Haute-Vienne, en 2010, a élaboré un nouveau cahier des charges.

En corollaire de ce constat, on constate que les CODAMU-PS désormais coprésidés par le Préfet et le Directeur Général de l'ARS se sont réunis 3 fois moins que l'an passé ; quasiment un département sur deux signale une absence totale de réunion.

Les ARS ont vu le jour le 1^{er} avril 2010 et ont connu en 2010 une période de montée en charge avec la fusion d'administrations existantes et l'installation progressive des conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) et plus récemment des conférences de territoires.

Autant le dire, la question de la permanence des soins n'a pas été au centre de leurs préoccupations.

Seule la moitié des conseils régionaux ont pu rencontrer l'ARS à ce sujet et les CRSA n'ont commencé à en débattre que dans 6 régions (Bretagne, Alsace, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire).

C'est encore plus vrai au niveau des conférences de territoires dès lors qu'elles se réuniront très majoritairement pour la première fois en 2011.

Il apparaît dès lors difficile d'envisager la publication des nouveaux cahiers des charges régionaux de la permanence des soins avant le second trimestre 2011 même si certains conseils régionaux nous font part d'une amorce de réflexion (Bretagne, Haute-Normandie, Rhône-Alpes, Centre, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Pays-de-la-Loire).

Les conseils régionaux de l'Ordre des médecins ne sont pas les seuls interlocuteurs ordinaires des ARS et de ses représentants territoriaux.

Dix-sept conseils départementaux évoquent des rencontres à ce sujet, voire la participation à des groupes de travail. D'autres font état de réunions programmées en 2011.

Les conseils régionaux et départementaux demandent aux ARS de préserver ce qui fonctionne et de respecter les spécificités départementales. Bien entendu, cela n'exclut pas la recherche de solutions innovantes là où des difficultés réelles se font jour, ni la mise en cohérence des modes d'organisation là où les disparités n'ont pas de justifications particulières.

Il est important de rappeler qu'aux termes de la loi, l'ARS doit associer l'Ordre à l'organisation de la permanence des soins et on saluera ici la nouvelle organisation de la permanence des soins en Haute-Vienne issue de ce partenariat.

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, 2 nouveaux départements en ont bénéficié (Aveyron, Haute-Vienne).

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 purement 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 avait demandé 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. Il n'a malheureusement pas été entendu.

L'ARRET DE LA PERMANENCE DES SOINS A MINUIT

Au total, dans presque la moitié 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. Trois départements ont connu les évolutions les plus notables dans ce domaine, l'Aveyron, la Haute-Vienne et l'Yonne.

L'arrêt de la garde à minuit est un processus qui s'étend lentement mais inexorablement sur le territoire (22 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.

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.

Dans d'autres cas, le relais est effectué par les médecins libéraux eux-mêmes au sein d'associations d'urgentistes. Dans ces hypothèses, la nuit profonde est assurée sur de plus grands secteurs par des effecteurs mobiles (par exemple, la SUR en Seine-Saint-Denis).

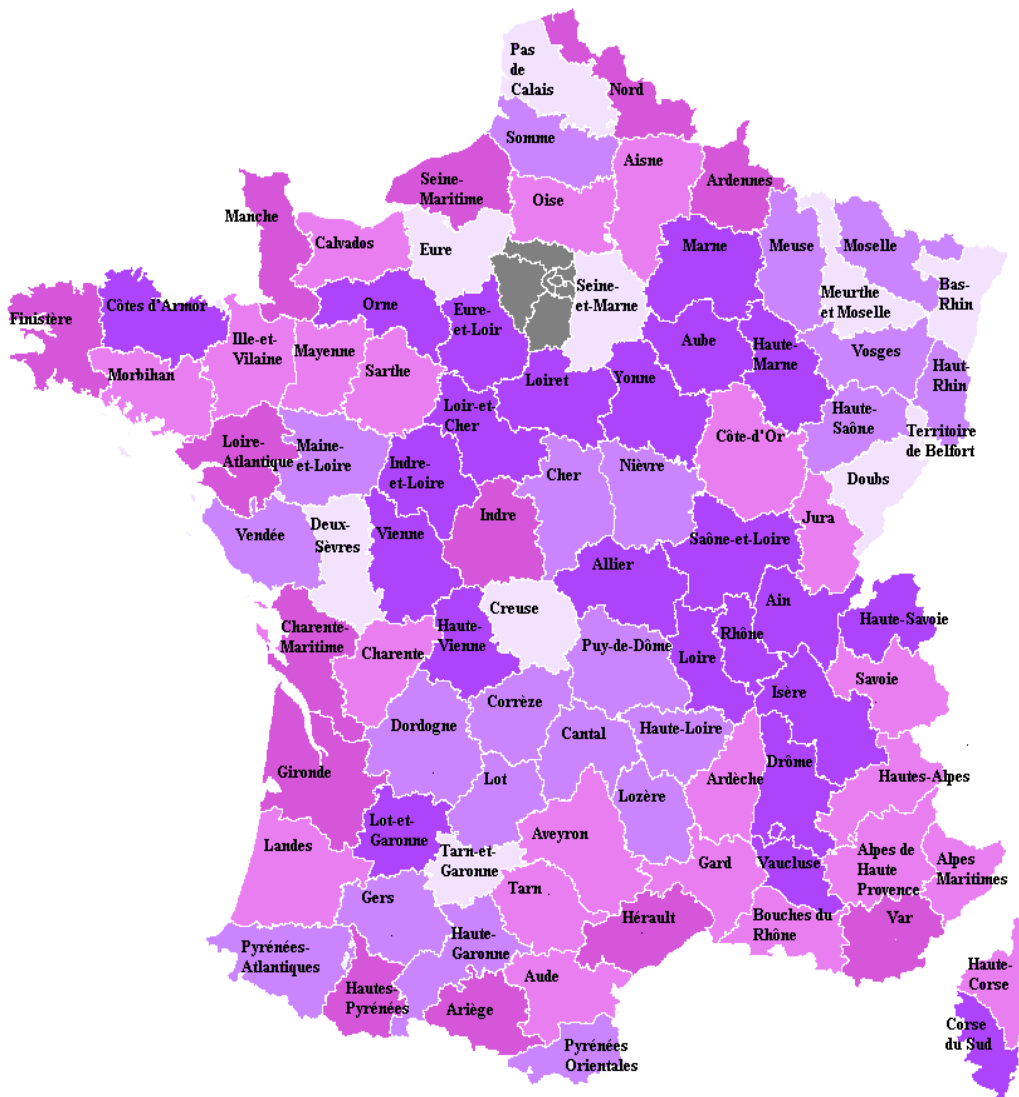
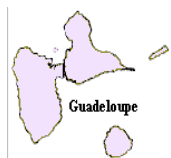
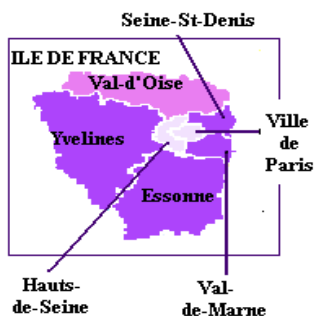
Certains conseils départementaux voient dans l'arrêt de la garde de nuit profonde, une évolution inéluctable pour pérenniser la permanence des soins (Somme, Vendée, Meuse, Jura). Elle est imminente dans le Tarn-et-Garonne. D'autres évoquent même l'arrêt total de la garde de nuit.

Il faut signaler ici à nouveau l'expérimentation de la Haute-Vienne qui frappe par son ampleur. Alors que dans ce département, la garde de nuit profonde était assurée sur les 28 secteurs, ils ne sont plus que 6 effecteurs mobiles, de 24H00 à 08H00, à couvrir l'ensemble du département.

L'expérimentation a été précédée par une longue phase de concertation et a rencontré une opposition chez certains médecins comme chez certains élus.

Elle se met en place petit à petit car des médecins redoutent d'avoir à se déplacer la nuit sur des secteurs aussi étendus. D'autres y sont entrés avec plus d'enthousiasme car la rémunération de l'astreinte de nuit (20H00 – 8H00) est attractive : 450 euros.

SPÉCIFICITÉS HORAIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2011



LEGENDE

Absence de spécificités horaires

de 1 à 25 %

de 26 à 50 %

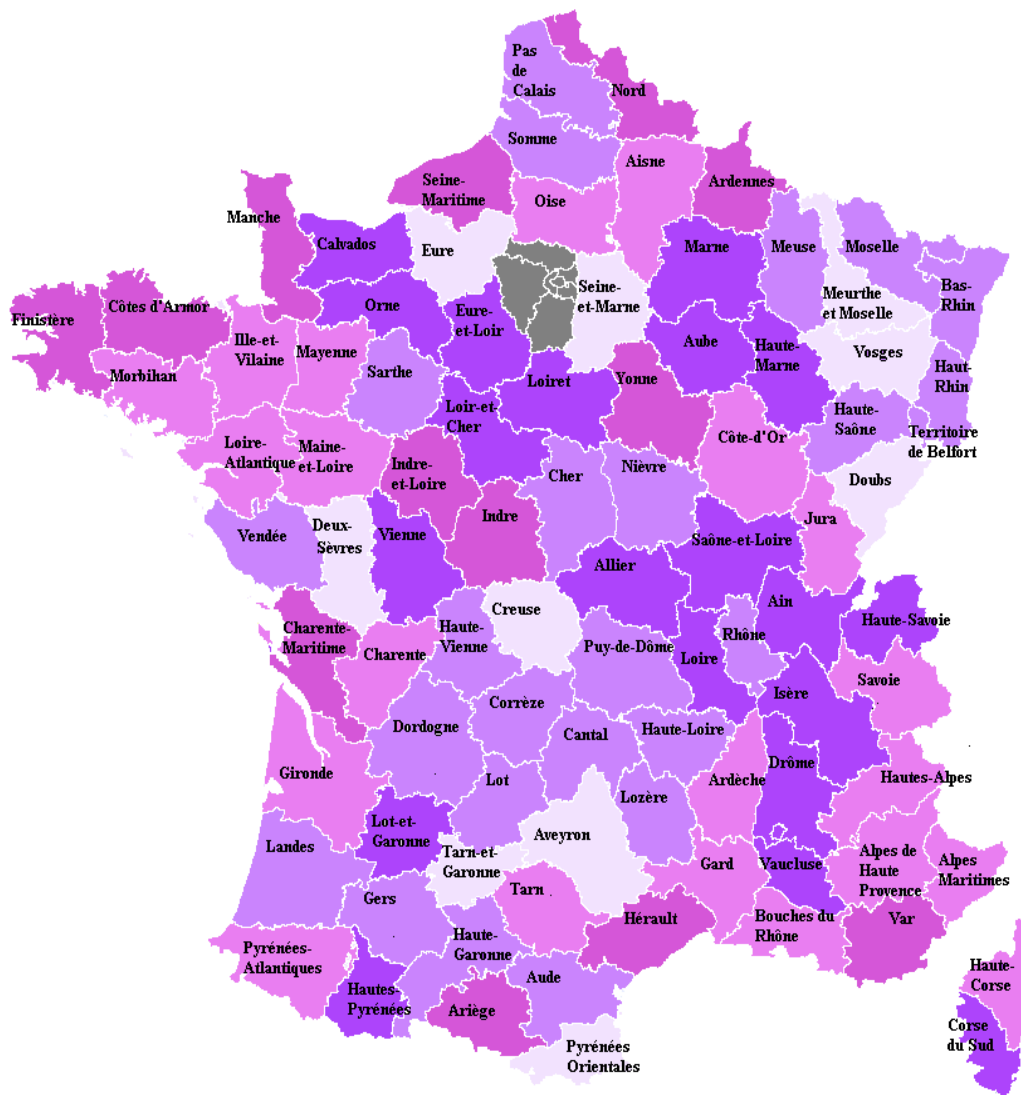
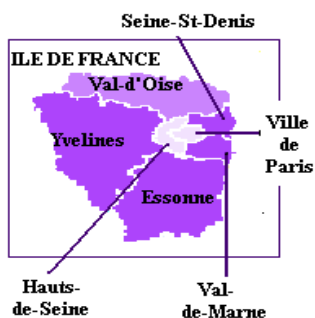
de 51 à 75 %

de 76 à 100 %



- RAPPEL -

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



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 se poursuit.

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⁾	81	19
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 ?	53 ⁽²⁾	47
Y est-il parvenu ?	25	27
Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en 2010 ?	28 ⁽³⁾	72

(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.

LE VOLONTARIAT

De façon générale, le pourcentage de volontaires est supérieur à 60 % dans 71 % 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 reste 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. Ce refus constaté en 2009 a été réitéré dans un autre département en 2010.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins demandera à nouveau au législateur d'y remédier à l'occasion du toilettage de la loi HPST afin d'assurer une meilleure protection des médecins effecteurs.

Si la loi permet désormais aux médecins remplaçants et aux médecins salariés de participer à la permanence des soins et de figurer au tableau de garde, il apparaît malheureusement que l'assurance maladie n'en a pas tiré les conséquences. L'élargissement du volontariat revendiqué par le CNOM a du mal à se concrétiser.

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. Cette situation se traduit d'ores et déjà par des tableaux incomplets plus nombreux qu'auparavant et ne peut que s'aggraver. 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.
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 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 secteurs ne comportant que 4 ou 5 médecins (il y en a autour de 400) 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.

Les petits secteurs constitués entre médecins qui se connaissent tous fonctionnent parfaitement bien actuellement ; cependant, leur avenir est compromis à court ou moyen terme 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 ne veulent pas s'installer dans des secteurs où la charge de la permanence des soins compromettrait leur vie personnelle. La resectorisation est inexorable même si elle a ses limites.

4. Ces chiffres d'un maniement difficile n'ont pas connu d'évolutions significatives et les évolutions à la hausse (15 départements) ou à la baisse (30 départements) sont faibles. Les Hautes-Alpes connaissent cependant une chute plus sensible du volontariat.
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. 53% des conseils départementaux en utilisent un et parmi eux, la grande majorité utilise celui développé et mis à disposition par le CNOM (ORDIGARD).

De nouveaux départements ont utilisé ORDIGARD en 2010 et d'autres ont montré un intérêt pour ce logiciel.

La fonctionnalité de paiement des astreintes est en cours de test dans un premier département pilote (Var). Cette phase de test a montré des erreurs qui ont été résolues. Le déploiement dans un deuxième département pilote (Bas-Rhin) devrait avoir lieu en mars 2011.

Une fois cette phase de test terminée, le déploiement pourra être généralisé. Toutefois, celui-ci demandera du temps, de nombreux paramétrages étant nécessaires entre le CNOM, la CNAMTS et les CPAM.

LA COMPLETUDE DES TABLEAUX

Le nombre de départements dans lesquels le conseil de l'Ordre reçoit des listes complètes ou quasiment complètes est en légère diminution : c'est la traduction logique de l'érosion du volontariat.

Il apparaît bien que l'élaboration du tableau départemental de la permanence des soins constitue une tâche de plus en plus lourde 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 dans sa globalité.

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 (28). Mieux encore, dans ces 28 départements, une majorité des conseils départementaux signale que le nombre de réquisitions préfectorales a diminué et ne concerne qu'un nombre infime de praticiens. Ces chiffres encourageants sont dus à l'action patiente et résolue des conseils départementaux.

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'a pas évolué en 2010. 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.

« 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) 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 à 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.

Cette question est prioritaire dans la mesure où les réquisitions et sollicitations des services de police judiciaires déstabilisent toujours l'organisation de la permanence des soins.

Les dispositifs déjà opérationnels dans certains départements impliquent :

- les unités médico-judiciaires (UMJ) lorsqu'elles existent (Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Allier, Bouches-du-Rhône, 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, Orne et quelques autres en 2009).

Ces organisations seront, soit confirmées, soit remises en cause dans les mois à venir compte tenu de la réforme de la médecine légale.

En effet, une circulaire du ministère de la Justice en date de 27 décembre 2010 a précisé les modalités d'organisation de la réponse aux demandes d'examen de victimes et de gardés à vue. Ceux-ci relèveront d'UMJ et de réseaux de proximité.

Dès à présent, on peut indiquer que dans le ressort de 47 Tribunaux de Grande Instance (TGI), l'examen des gardés à vue relèvera des UMJ (*Cf. tableau page suivante*).

Ces UMJ disposent soit d'équipes médicales intervenant 24H/24H soit d'équipes médicales intervenant 6 jours/7 aux heures ouvrables, étoffées d'une organisation d'astreintes aux heures et jours non ouvrables.

Dans le ressort des autres TGI, l'examen des victimes et des gardés à vue relèvera de réseaux de proximité constitués de services d'urgence hospitaliers, de médecins libéraux et/ou d'associations de médecins (type SOS Médecins).

Pour l'organisation de ces réseaux, des conventions ou protocoles devront être conclus entre les parquets, les services et unités de police judiciaires, les établissements de santé, sièges d'institut médico-légal (IML) d'une part et les établissements, médecins ou associations de proximité d'autre part.

Le recours aux praticiens relevant de réseaux de proximité continue à faire l'objet d'un paiement à l'acte au titre des frais de justice.

Examens de garde à vue en unités médico-judiciaires (UMJ)	
TGI	UMJ
Nice	CHU Nice (3)
Grasse	CHU Nice (3)
Marseille	CHU Marseille (1)
Senlis	CH Creil (3)
Amiens	CHU Amiens (2)
Angers	CHU Angers (2)
Besançon	CHU Besançon (3)
Caen	CHU Caen (3)
Strasbourg	CHU Strasbourg (3)
Mulhouse	CH Mulhouse (3)
Lille	CHU Lille (2)
Valenciennes	CH Valenciennes (3)
Boulogne-Sur-Mer	CH Boulogne (3)
Grenoble	CHU Grenoble (3)
Limoges	CHU Limoges (3)
Saint- Etienne	CHU St Etienne (3)
Lyon	Hospices civils (2R)
Montpellier	CHU Montpellier (2)
Perpignan	CH Perpignan (3)
Nancy	CHU Nancy (3)
Nîmes	CHU Nîmes(3)
Tours	CHU Tours (3)
Paris	CHU Hôtel-Dieu (3)
Fontainebleau	CH Fontainebleau (3)
Meaux	CHG Lagny (2)
Melun	CH Fontainebleau (3)
Evry	CHG Evry (2)
Bobigny	CHU Jean Verdier (1)
Créteil	CHI Créteil (1R)
Pau	CH Pau (3)
La Rochelle	CH La Rochelle (3)
Poitiers	CHU Poitiers (3)
Reims	CHU Reims (3)
Brest	CHU Brest (3)
Rennes	CHU Rennes (3)
Nantes	CHU Nantes (3)
Clermont-Ferrand	CHU Clermont-Ferrand(3)
Rouen	CHU Rouen(3)
Toulouse	CHU Toulouse (2)
Versailles	CHG Versailles (2R)
Nanterre	CHU Raymond Poincaré Garches (1)
Pontoise	CHG Pontoise (2)
Basse-Terre	CHU Point-à Pitre (2)
Point-à-Pitre	CHU Point-à-Pitre (2)
Cayenne	CH Cayenne (3)
Fort-de-France	CHU Fort-de-France (3)
Saint-Denis	CHR Saint-Denis(3)

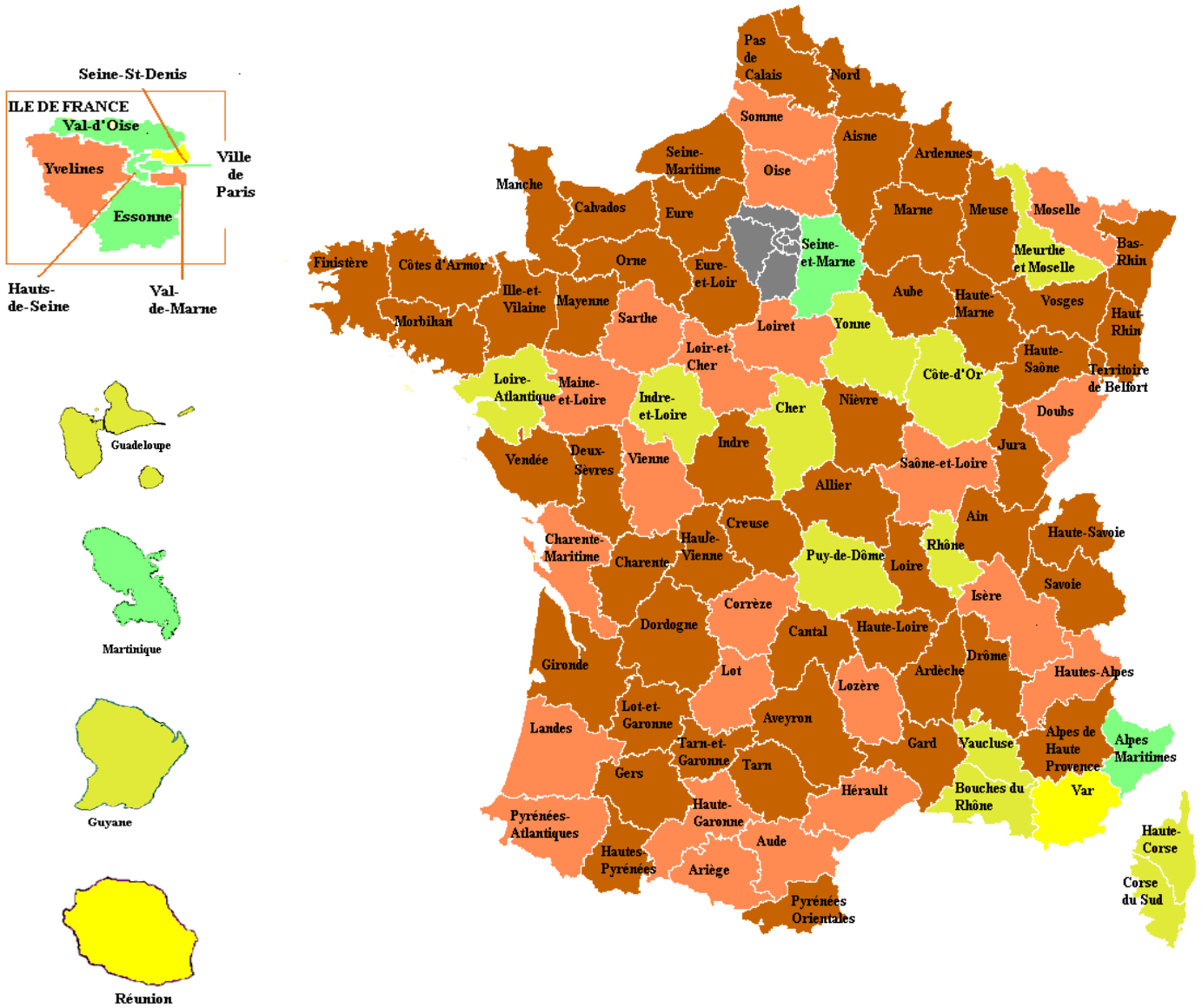
La publication de cette circulaire risque donc de remettre en cause les conventions déjà conclues avec certaines associations de médecins (type SOS Médecins) ou médecins volontaires qui devront être renégociées.

Compte tenu d'une part des dispositifs spécifiques déjà existants dans certains départements (la Réunion), d'autre part du fonctionnement des UMJ dédiées qui ne disposeront pas toutes d'équipes médicales, les nouvelles conventions négociées pourraient évoquer le transport de la personne gardée à vue vers le médecin du réseau de proximité dès lors que celui-ci connaît les locaux de garde à vue.

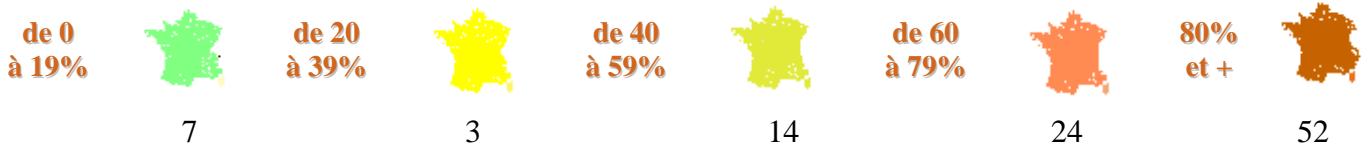
En tout état de cause, les médecins de garde ne devraient plus être sollicités.

Les certificats de décès sont toujours exclus de ces dispositifs spécifiques et sont toujours réclamés aux médecins de garde pendant les périodes 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.

LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{ER} JANVIER 2011

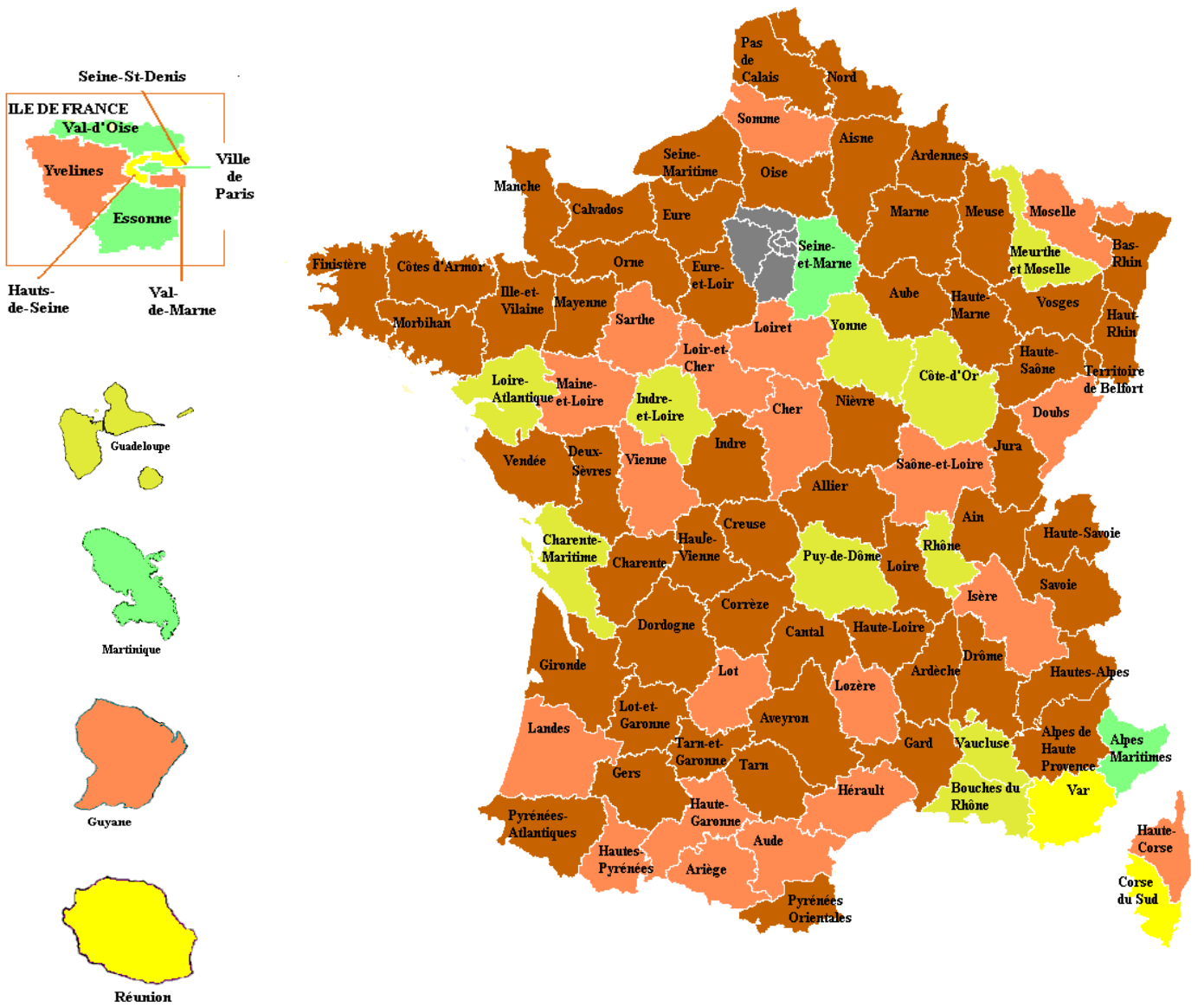


LEGENDE



- RAPPEL -

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



LEGENDE



CHAPITRE 3

La régulation médicale : 2316 médecins régulateurs libéraux

	OUI	NON
La régulation médicale de la PDS passe-t-elle par un numéro spécifique en dehors du Centre 15 ?	36	64
Dans ce cas, l'appel parvient-il à une plate-forme commune avec le Centre 15 ?	33	
Donne-t-elle satisfaction aux médecins de garde ?	90	8
Les médecins libéraux y participent-ils (*) ?	97	3

(*) 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 97 % des départements (contre 96 % l'année précédente). De nouveaux départements se sont engagés dans ce processus. C'est le cas cette année de l'Yonne qui, au travers de l'association REGULIB, a mis en place un numéro d'appel dédié.

Comme l'année dernière, 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 des 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. Il faut donc prendre ces chiffres avec précaution.

Pour la première fois, le Conseil national de l'Ordre des médecins a procédé au recensement des médecins régulateurs libéraux. Ils sont au nombre de 2316. Derrière ce chiffre, on note des disparités entre départements d'importance similaire mais on est surtout frappé de constater que des départements à prédominance rurale mobilise des régulateurs libéraux (par exemple, 20 dans le Cher, 25 en Savoie et 60 dans la Loire).

Il est aussi évident que derrière cette addition de chiffres, on trouve des médecins qui font peu ou beaucoup de vacations de régulation médicale.

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

Les pouvoirs publics comme les professionnels de santé ont suffisamment dit que la régulation médicale était le pivot de la permanence des soins pour qu'on s'étonne des velléités chez certaines ARS de limiter pour des raisons financières le front de régulation lorsque deux ou plusieurs médecins régulateurs y sont présents simultanément.

On relèvera enfin que dans les départements et les secteurs où des médecins effecteurs assurent la nuit profonde, la demande d'une régulation médicale est forte. Paradoxalement, lorsqu'elle se met en place et limite considérablement l'activité médicale des médecins effecteurs, ces derniers s'interrogent sur la poursuite de leur activité en termes médicaux mais aussi financiers. Il n'y a donc aucune corrélation entre le renforcement de la régulation médicale et le volontariat des médecins effecteurs.

Dans 90 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.

Dans 33 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.

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).

Le Bas-Rhin, la Manche et l'Orne ont mis en place une régulation médicale libérale à domicile interconnectée au 15.

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 avait proposé un amendement en ce sens dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire » qui a été adopté par le législateur.

La Haute Autorité de Santé (HAS) doit d'ailleurs en 2011 publier 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.

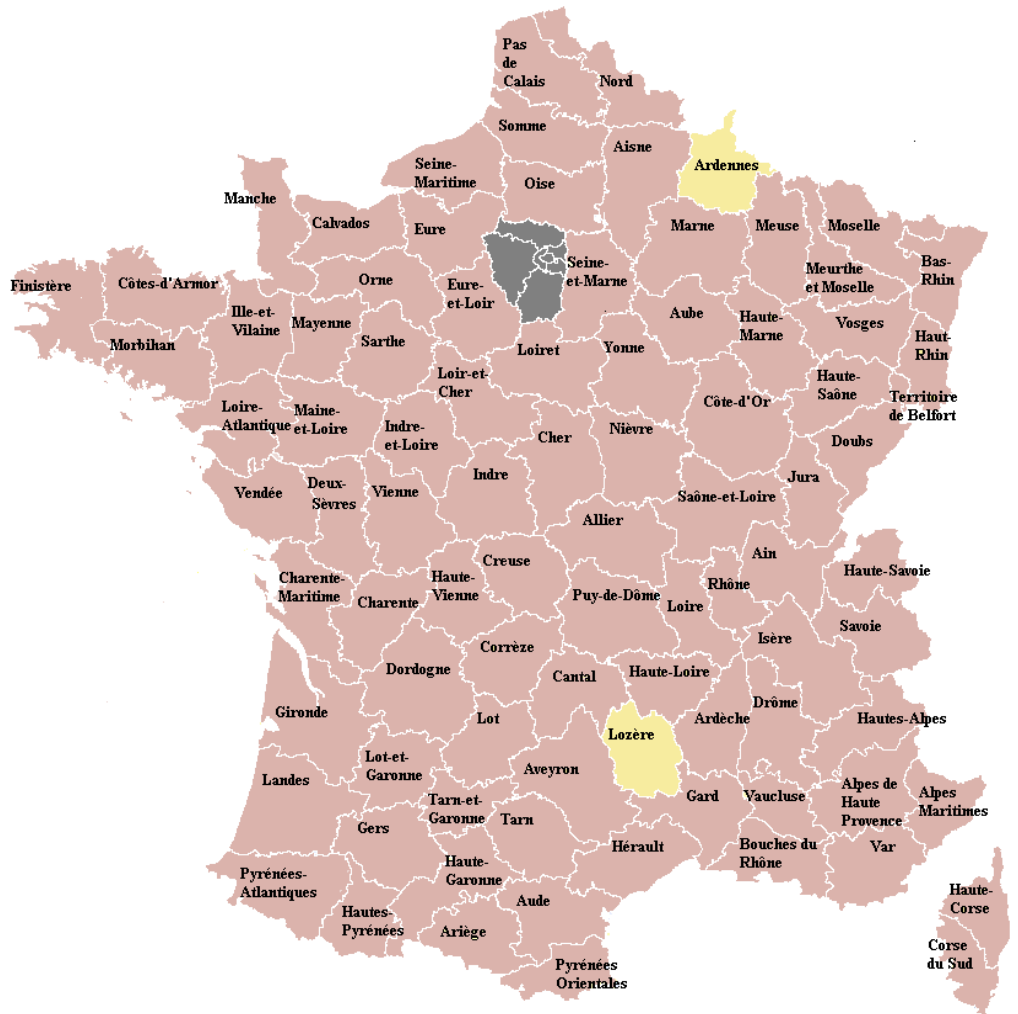
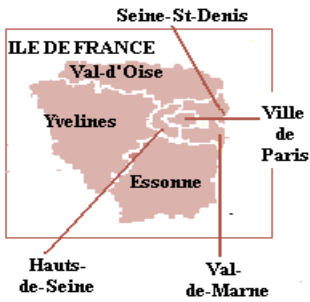
Il apparaît aussi indispensable que les centres de régulation médicale rendent localement publics les chiffres de la régulation en les ventilant selon le traitement que le médecin régulateur leur a donné. Des conseils départementaux se sont étonnés à cet égard de la faible activité des points de garde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

LA TELEPRESCRIPTION

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de juillet 2009 a expressément reconnu cette faculté et la HAS 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 ces travaux.

PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA RÉGULATION AU 1^{ER} JANVIER 2011



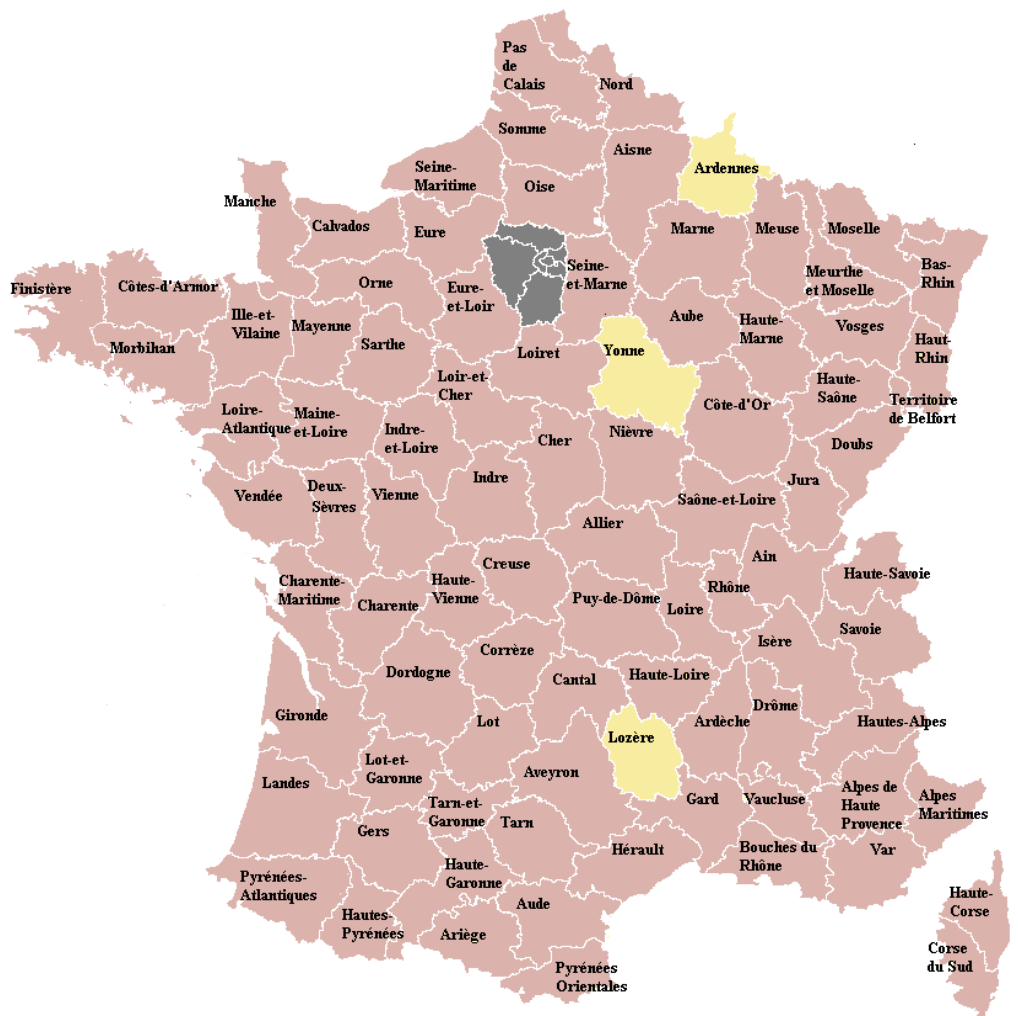
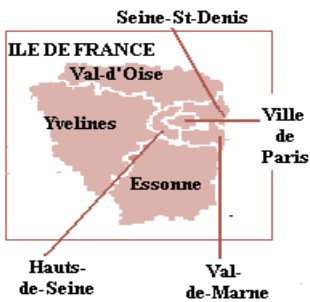
LEGENDE

Absence de participation Participation des médecins libéraux à la régulation médicale



- RAPPEL -

**PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
À LA RÉGULATION AU 1^{ER} JANVIER 2010**



LEGENDE

Absence de participation Participation des médecins libéraux à la régulation médicale



CHAPITRE 4

Sites dédiés à la permanence des soins au nombre de : 309

	OUI	NON
En existe-t-il dans votre département ?	82	18
Combien ?	309	

Les sites dédiés à la permanence des soins sont des lieux identifiés et qui ont vocation à accueillir l'ensemble des médecins d'un secteur donné. Ils ont augmenté de 6 %, sur le plan national. C'est une embellie qu'il faut souligner après la stagnation de l'an passé.

Des départements qui n'en avaient pas en sont désormais pourvus (Tarn-et-Garonne, Pyrénées-Orientales).

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.

Citons les départements dans lesquels il en a été créé : Ain, Charente, Lot-et-Garonne, Manche, Meurthe-et-Moselle, Morbihan, Oise, Pyrénées-Orientales, Savoie, Ville de Paris, Seine-Maritime, Tarn-et-Garonne.

Les conseils départementaux restent inquiets sur la fragilité du financement de ces sites et leur pérennité est une attente forte. 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. Les conseils départementaux rapportent que ces sites reçoivent des patients se présentant spontanément, hors régulation, dès lors que la structure a acquis une certaine notoriété.

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.

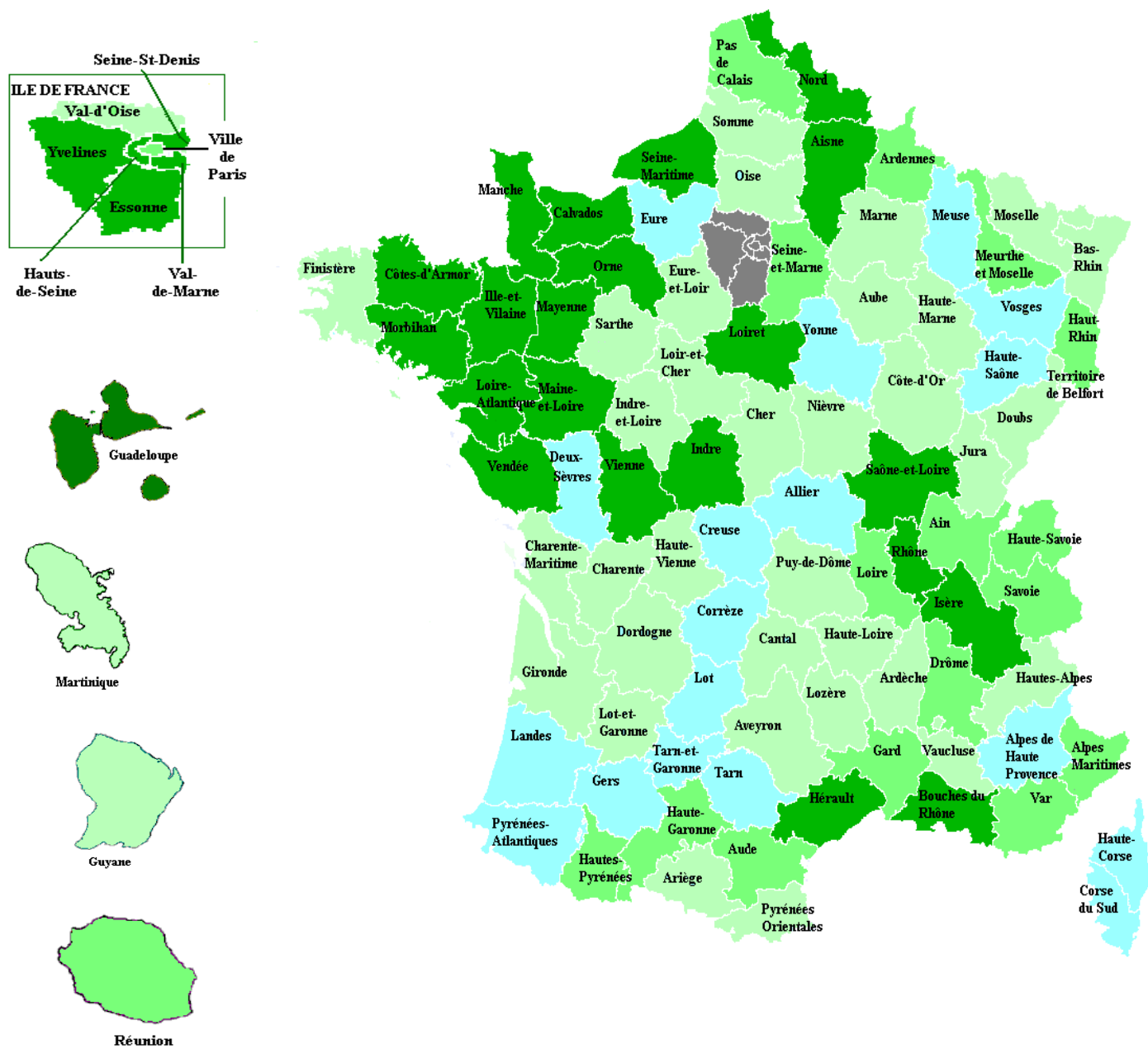
Il arrive également que le regroupement des secteurs concerne uniquement le week-end.

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.

En revanche, il n'y a pas eu d'avancée sur le financement des transports des patients vers le point de garde lorsqu'un tel déplacement serait possible sur le plan médical.

SITES DEDIEÉS A LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2011

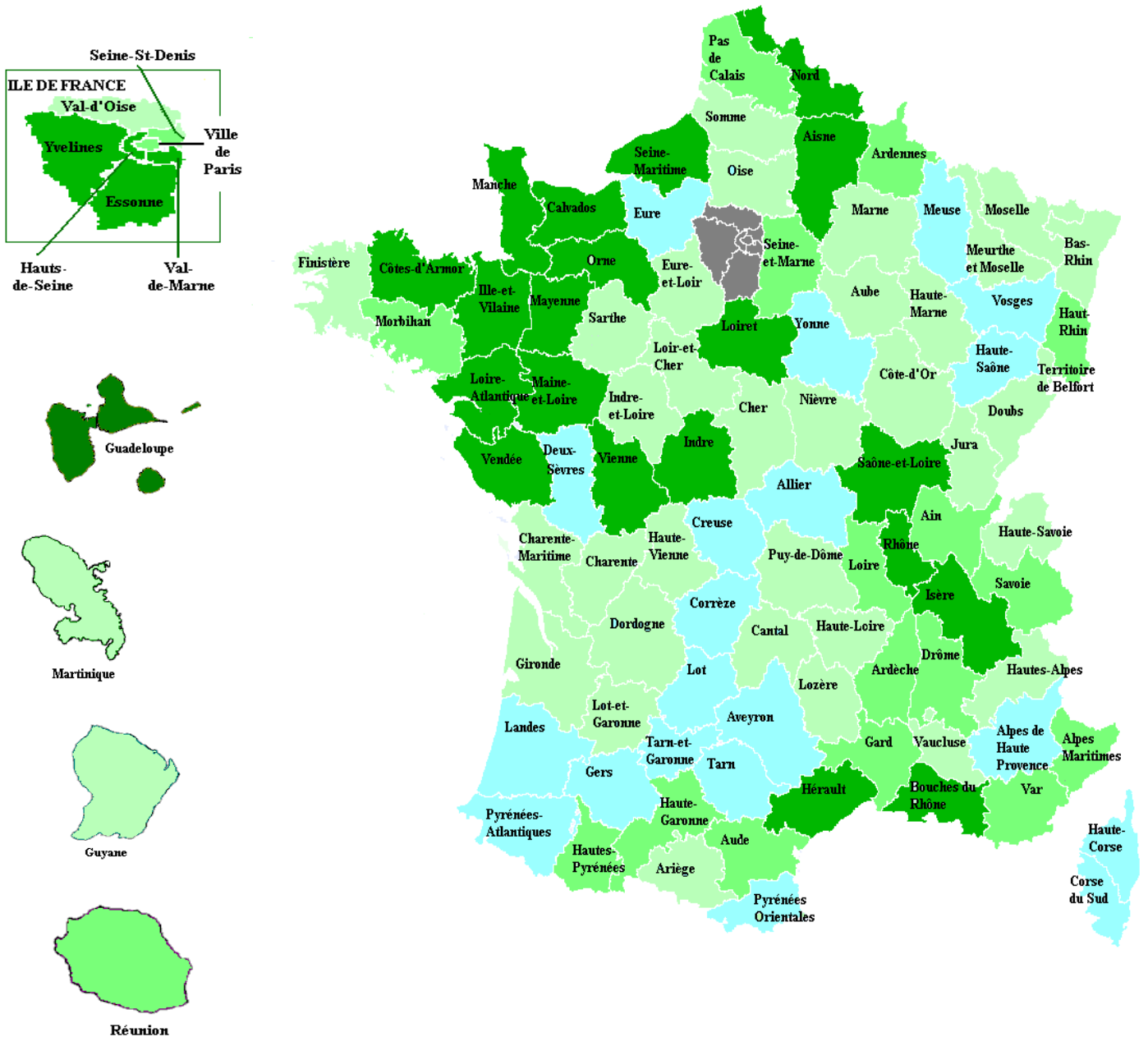


LEGENDE



- RAPPEL -

**SITES DEDIEÉS A LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{ER} JANVIER 2010**



LEGENDE



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 ?	64	36		
	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⁾ :	84	8	2	2
✓ par le personnel administratif ⁽²⁾	57	22	5	11

⁽¹⁾ 4 départements : non communiqué

⁽²⁾ 5 départements : 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, 64 conseils départementaux ont une commission spécialisée « permanence des soins » et dans tous les conseils départementaux ce sujet est spécifiquement pris en charge par un responsable ordinal (Président, Secrétaire Général, ...) et figure régulièrement à l'ordre du jour des réunions du conseil.

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

L'activité des conseils départementaux, qu'il s'agisse de gérer au quotidien les tableaux de garde, d'obtenir leur complétude, d'examiner les possibilités de resectorisation ou de promouvoir des solutions innovantes, est méconnue du public et des médias. Effectuée sans tapage, elle n'est pas non plus toujours reconnue à sa juste valeur par les administrations et le monde politique qui se tournent vers l'Ordre uniquement en cas de difficultés ...

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

La moitié des conseils départementaux confirment avoir reçu en 2010 des doléances et très rarement de plaintes formalisées relatives à la permanence des soins.

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 au centre régulateur, 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 ni 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 favorablement. 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.

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.

Le rapport du Conseil médical du SOU Médical, publié en novembre 2010, évoque uniquement 7 déclarations de sinistres en 2009 pour la régulation médicale. Ce chiffre est dérisoire au regard du nombre d'appels traités et, en outre n'est pas synonyme de condamnation. Sur le plan disciplinaire, les Chambres disciplinaires sont très rarement saisies et jugent le plus souvent la plainte du patient irrecevable. En effet, la permanence des soins est une mission de service public et les plaintes déposées contre les médecins chargés de missions de service public obéissent à des règles particulières (article L.4124-2 du code de la santé publique). Dans un cas, le refus réitéré de se déplacer d'un médecin de garde qui s'est borné à tenir des propos lénifiants sur l'état de santé d'un patient décédé au 3^{ème} appel a été jugé, compte tenu de sa gravité, détachable de la mission de service public.

Les récriminations de médecins sont plus rares ; elles peuvent émaner de médecins régulateurs se plaignant de l'absence du médecin effecteur inscrit au tableau de permanence des soins 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

L'année 2011 sera marquée par l'élaboration et la publication des cahiers des charges régionaux de la permanence des soins. Il appartiendra alors aux ARS de fixer les indemnités d'astreinte des médecins dans le cadre d'une enveloppe qui s'annonce très contrainte.

Ces nouveaux cahiers des charges offriront également, conformément aux dispositions de la loi HPST et de son décret d'application en date du 17 juillet 2010, la possibilité aux praticiens ayant conservé une pratique clinique la possibilité de participer à la permanence des soins.

Le transport des patients vers des lieux de consultation devra également être encouragé, organisé et financé.

L'investissement des médecins au travers de leur Ordre professionnel et de leurs associations d'organisation de la permanence des soins, sera le gage de leur faisabilité et de leur réussite.

ANNEXE 1

Participation des médecins à la régulation (cf. page 22, 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	3,2	2	2	2	0
HAUT-RHIN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
AQUITAINE										
DORDOGNE	1	0	1	2	1	2	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	1	1	1	0
PYRENEES ATLANTIQUES *	1	1	1	2	1	3	1	2	1	0
* Pour les hospitaliers, données du Pays Basque										
AUVERGNE										
ALLIER	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
CANTAL *	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
HAUTE-LOIRE	1	0	1	0	nc	1	nc	1	1	0
PUY DE DOME	1	1	1	2	1	3	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	2	0	2	1	1
YONNE	1	0	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
BRETAGNE										
COTE D'ARMOR	1	0	1	2	1	2	1	2	1	1
FINISTERE	2	0	2	2	2	1,5	2	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	0
EURE ET LOIR	1	0	1	1	1	1	1	1	1	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	0,5	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	1	1,5	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	0	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	0	2	1	2	2	2	1	2	0
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	2	2	3	2	3	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	2	2	1	1	1	1
VAL D'OISE	2	1	2	2	2	2	2	2	1	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	0	0	1	2	1	2	1	1	1	0
LOZERE	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
PYRENEES ORIENTALES	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1
LIMOUSIN	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
CORREZE	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1
CREUSE	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
HAUTE-VIENNE	1	0	1	2	1	2,5	1	1	1	1
LORRAINE	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
MEURTHE et MOSELLE	3	0	3	2	3	2	3	2	2	0
MEUSE	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
MOSELLE	1	0	2	2	2	2	2	2	1	1
VOSGES	nc	2	nc	2	nc	2	nc	2	nc	2

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	0	nc	6	nc	6	nc	3	nc	1
PAS DE CALAIS	nc	0	nc	4	3	3,5	3	3	2,5	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	1	0	1	2	1	2	1	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	0	nc	1	nc	1	nc	1	nc	1
SEINE-MARITIME	2	1	2	3	2	3,5	2	2	2	1
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	1,5	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	4	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
RHONE-ALPES	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
AIN	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	nc	3	nc	3	nc	6	nc	4	nc	2
LOIRE	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1
RHONE	1	0	1	3	1	4	1	2	0	1
SAVOIE	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0,5
HAUTE-SAVOIE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GUADELOUPE * MARTINIQUE * GUYANE *	SAMEDI MATIN		SAMEDI après-midi		DIMANCHE 8H-20H		NUIT 20H-24H		NUIT 24H-8H	
	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux
GUADELOUPE *	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
MARTINIQUE *	0	1	0	2	0	3	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	2 + ARMEL régulib31	3	3,5 + ARMEL régulib31	2,5	4 + ARMEL régulib31	3	2,5 + ARMEL régulib31	2,5	1,5 + ARMEL régulib31
ARIEGE	1		1		1		1		1	
AVEYRON	nc		nc		nc	+1	nc		nc	
GERS	nc		nc		nc	+1	nc		nc	
LOT	1	5*	1	6*	1	6*	1	3*	0	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. Par exemple, le samedi et le dimanche matin, les médecins régulateurs sont 2 de 24H à 8H, 9 de 8H à 12H, 7 entre 12H et 14H, 5 entre 14H et 18H et 6 entre 20H et 24H.

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

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

Questionnaire-type envoyé aux départements sur l'état des lieux de la permanence des soins au 1^{er} janvier 2011

1 – ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS (1)

	<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 2010 ? * <i>(* si c'est le cas, merci de le communiquer en pièce jointe)</i>		
2. Nombre de secteurs au 1 ^{er} janvier 2011 ?		
3. Le préfet a-t-il arrêté un cahier des charges départemental ou a-t-il modifié le cahier des charges en vigueur au 1 ^{er} janvier 2010 ? (*) <i>[(*) si c'est le cas, merci de le communiquer en pièce jointe]</i>		
4. Le Préfet a-t-il étendu en 2010 la permanence des soins ?		
<ul style="list-style-type: none"> • 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 2010 ?		
<ul style="list-style-type: none"> • Combien de fois ? • Son sous-comité médical s'est-il réuni ? • Combien de fois ? 		

(1) le présent questionnaire est un questionnaire de transition et il est fort possible que les préfets ne soient pas intervenus dans l'organisation de la permanence des soins l'année où ils passent le flambeau aux ARS. S'agissant des contacts avec les ARS, nous vous renvoyons à la page 4.

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 2010 ?		
11 bis. Ont-elles été plus ou moins nombreuses qu'en 2009 ?	+	-
12. Y a-t-il des spécificités horaires de la permanence des soins dans votre département ? ⁽¹⁾		
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 ? (2)		
16. Nombre de secteurs en nuit profonde ? (3)		
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) Il s'agit essentiellement de l'arrêt de la garde à minuit.

(2) Hypothèse où 3 secteurs n'en forment plus qu'un. A distinguer de la question 12 où un secteur n'est plus couvert par la PDS ambulatoire, pendant certaines heures.

(3) 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⁾ ?		
19 bis. Si vous en connaissez le nombre, même approximatif, communiquez-le.		
20. Donne-t-elle satisfaction aux médecins de garde ?		

21. Nombre (moyen) de médecins présents à la régulation au Centre 15³

	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		

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

⁽³⁾ Données communiquées par le directeur du SAMU

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 ?		
26 bis. L'accès à ces sites fait-il l'objet d'une régulation ?		
27. Combien de secteurs couvrent-ils ?		

6 – POUVEZ-VOUS NOUS INDIQUER LES CONTACTS QUE VOUS AVEZ EUS AVEC LE DG ARS OU SON REPRESENTANT TERRITORIAL, SUR LE SUJET DE LA PERMANENCE DES SOINS. COMMENT ETES VOUS ASSOCIES A L'ELABORATION DU CAHIER DES CHARGES REGIONAL. QUELLES PROPOSITIONS AVEZ-VOUS FAITES ET QUELLES ORIENTATIONS SEMBLER SE DESSINER SELON VOUS ?

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

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

28. A quoi cela tient-il ?
----- ----- ----- -----
29. Quelles mesures vous paraissent propres à pérenniser ce bon fonctionnement ?
----- ----- ----- -----

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>31. Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

10 - LA PDS A-T-ELLE CONNU EN 2010 DES EVOLUTIONS SIGNIFICATIVES, SI OUI LESQUELLES ?

11 – PENSEZ-VOUS QUE LA PDS VA CONNAITRE DES EVOLUTIONS EN 2011 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 ?
