

**ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS
SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE
EN JANVIER 2013**

INTRODUCTION

Pour la 10^{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 sur les modalités de son organisation.

L'année 2012 aura été marquée par la publication de la quasi-totalité des cahiers des charges régionaux de la permanence des soins en métropole comme en Outre-mer.

Désormais, la permanence des soins est organisée sur des territoires plus larges et par définition moins nombreux. Après minuit, elle n'est plus assurée par les médecins généralistes dans plus de la moitié des territoires et les établissements de santé prennent le relais. Il est également prévu de développer le modèle de grands effecteurs mobiles sillonnant le département après minuit. Les consultations médicales sur point fixe sont définies comme le mode normal d'accès à la permanence des soins et le renforcement de la régulation médicale libérale est prévu.

Si l'enquête portant sur l'année 2012 démontre une nouvelle fois que les médecins ont assumé, vis-à-vis de la population, leur responsabilité professionnelle sur l'ensemble du territoire national, on doit s'alarmer d'une situation qui s'est globalement dégradée.

Les Conseils départementaux nous alertent, à nouveau, sur les effets délétères de la pénurie de médecins volontaires et de médecins tout court, sur le vieillissement des médecins assurant la permanence des soins et le déclin du volontariat.

On ne peut, à ce jour, apprécier les effets des mesures prises par les directeurs généraux d'ARS dans le cadre des cahiers des charges régionaux qui viennent d'entrer en vigueur même si l'on doit regretter que leurs marges de manœuvre aient été faibles en raison d'enveloppes financières fermées.

D'ores et déjà, il est évident que ces mesures auront un effet bénéfique ou stabilisateur partout où elles ont été prises de façon consensuelle avec les médecins qui sont les acteurs de la permanence des soins et leurs représentants. Lorsque ce n'est pas le cas, la situation ne pourra qu'empirer.

MÉTHODOLOGIE

Cette enquête a été réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins pendant le mois de janvier 2013. Le questionnaire, comportant 45 questions fermées et 7 questions ouvertes, a été adressé aux 100 conseils départementaux de métropole et d'Outre-Mer en décembre 2012.

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

Les 22 conseils régionaux ont également été interrogés.

L'enquête offre un instantané, au 1^{er} janvier 2013 de situations qui ont constamment évolué pendant l'année 2012 et ont continué à évoluer après le 1^{er} janvier 2013.

Agréger au plan national la diversité des réalités départementales, voire infradépartementales est une tâche qui peut s'avérer, dans certains cas, délicate. Il en va ainsi, par exemple, de l'addition des territoires de garde quand on sait que le territoire de la Ville de Paris ne constitue qu'un seul territoire 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 8 février 2013 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 9 février 2013, puis mise en ligne sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins. Elle est adressée à toutes les institutions à caractère national concernées par la question de la permanence des soins dès lors qu'elle apporte à tous des informations sur la réalité locale de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins et ses évolutions. Elle permet également des comparaisons entre différentes formes d'organisations locales.

I. La publication des cahiers des charges régionaux : mission (presque) accomplie

A la date du 1^{er} janvier 2013, les cahiers des charges régionaux sont entrés en vigueur dans la grande majorité des régions (à l'exception des régions Midi-Pyrénées ¹, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse et Guadeloupe).

Leurs dates d'entrée en vigueur dans les 22 régions métropolitaines et d'Outre-mer concernées s'étalent sur toute l'année, du 2 janvier 2012 (Poitou-Charentes, par exemple) au 1^{er} janvier 2013 (Champagne-Ardenne). Dans une même région, les dates d'entrée en vigueur ont pu différer d'un département à un autre. C'est le cas par exemple en Bourgogne, en Picardie, dans les Pays-de-la-Loire et le Languedoc-Roussillon.

Si l'on rapporte cette chronologie à la date à laquelle les agences régionale de santé (ARS) ont été installées (avril 2010), on constate que le processus a été long.

Il ne peut y avoir meilleure illustration de la complexité de l'organisation de la permanence des soins et du caractère particulièrement sensible du sujet pour les médecins qui ont vocation à l'assurer.

Au demeurant, les cahiers des charges ne sont pas des documents gravés dans le marbre. Ils prévoient tous des mécanismes d'évaluation et d'évolution. Ces évolutions sont déjà intervenues en 2012 dans certaines régions où des avenants ou arrêtés modificatifs ont déjà été publiés (Aquitaine, Lorraine, Picardie).

D'autres évolutions sont programmées dans certaines régions courant 2013 (Alsace, ...).

I – LA PARTICIPATION DU CONSEIL DE L'ORDRE A L'ELABORATION DU CAHIER DES CHARGES

Elle a impliqué les conseils régionaux de l'Ordre des médecins dans les commissions de l'organisation des soins comme dans les conférences de territoire.

Les conseils départementaux ont également été mis à contribution aussi bien à l'occasion des réunions du CODAMUPS et de son sous-comité médical que dans des rencontres bilatérales avec le directeur général de l'ARS et son délégué territorial.

Le CODAMUPS s'est ainsi réuni au moins une fois dans 83 départements et son sous-comité médical dans 58 départements (avec une moyenne de 2 réunions).

¹ Il est entré en vigueur le 2 janvier 2013 pour l'effectif et entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2013 pour la régulation.

Comme la réglementation le prévoit, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins ont été consultés officiellement sur la déclinaison départementale du cahier des charges dans la phase finale de son élaboration. Les avis ont été généralement favorables (77) traduisant l'association effective de l'Ordre à son élaboration et la prise en compte par les ARS des observations et mises en garde des conseils départementaux qui savent mieux que quiconque les précautions à prendre pour faire évoluer les dispositifs existants et les dangers à remettre en cause les modes d'organisations qui satisfont les médecins effecteurs et régulateurs.

Ces chiffres ne sauraient dissimuler les réserves qui ont pu être formulées sur des visions trop comptables et éloignées du terrain ni les avis défavorables qu'un nombre non négligeable des conseils départementaux ont formulé (16) dès lors que leur association à l'élaboration du cahier des charges, bien qu'elle soit prévue par la loi (article L. 1435-5 du code de la santé publique), a été de pure forme.

Ces avis défavorables tiennent notamment aux modalités d'organisation de la permanence des soins en nuit profonde.

En définitive, les ARS n'ont pas toutes associé l'Ordre des médecins de la même manière à leurs travaux et l'on passe d'une région et d'un département à l'autre d'un partenariat effectif à une simple information.

Pour leur part et en fonction des orientations prises, tous les conseils départementaux d'une même région n'ont pas nécessairement la même appréciation sur les méthodes de l'ARS et le travail réalisé.

II – LE CONTENU DU CAHIER DES CHARGES

Ce point est développé plus précisément plus loin dans les différents chapitres de l'enquête.

On peut cependant retrouver des constantes dans ces cahiers des charges sur la forme comme dans le fond.

Sur la forme, les cahiers des charges comportent souvent de grandes généralités sur la nécessité d'une réorganisation efficiente prenant en compte les contraintes démographiques et la nécessité d'offrir un accès aux soins à tous les usagers de santé mais sont, en revanche, plus précis sur les contraintes comptables et l'enveloppe financière allouée à la permanence des soins dont le montant n'a pas été augmenté, voire dans certains cas, a diminué par rapport à 2011.

Sur le fond, le cahier des charges met en avant l'importance de renforcer la régulation médicale pendant les horaires de la permanence des soins voire au-delà, de privilégier l'accès à la permanence des soins en points fixes, et de diminuer ou supprimer la présence d'effecteurs en nuit profonde.

II. La permanence des soins en 2012

CHAPITRE 1

L'organisation de la permanence des soins

| | OUI | NON | Sans objet ou nc ^(*) |
|---|------|-----|------------------------------------|
| Nombre de territoires au 1 ^{er} janvier 2013 ? ¹ | 1910 | | |
| La permanence des soins s'arrête-t-elle dans tout ou partie de votre département à minuit ? ² | 74 | 25 | 1 |
| Nombre de secteurs où la PDSA s'arrête en nuit profonde ? | 1008 | | 24 |
| En cas de regroupement de secteurs en nuit profonde, la PDSA est-elle exclusivement assurée par des effecteurs mobiles ? ³ | 26 | 66 | 1 |

(*) nc : non communiqué

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

La baisse du nombre de territoires de permanence des soins, de l'ordre de 16 %, est la plus importante rencontrée depuis 2003. Depuis cette date, ce nombre a été divisé par moitié. La notion de « territoire de permanence des soins » a remplacé celle de « secteur » à compter de la publication des cahiers des charges régionaux

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

Il convient donc à l'avenir de raisonner autant en termes de lignes d'effecteurs pendant la période de permanence des soins qu'en termes géographiques.

¹ Comme les années précédentes, on prend pour base les secteurs de semaine, de 20H00 à 24H00, et en cas de sectorisation saisonnière, le plus souvent, la saison comportant le nombre le plus important de secteurs.

² Dans certains cas cet arrêt peut précéder minuit.

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

LA RESECTORISATION

La resectorisation est particulièrement forte dans certaines régions (Picardie, Bretagne, Lorraine...) et dans certains départements (Aisne, Bouches-du-Rhône, Cantal, Corrèze, Côte d'Or, Creuse, Dordogne, Finistère, Ille-et-Vilaine, Meuse, Oise, Sarthe, Somme...).

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

L'effectif dans un territoire comportant un plus grand nombre d'effecteurs devrait rendre les obligations de chacun moins pesantes.

Les avis ordinaires sont partagés sur les bienfaits de la resectorisation lorsqu'elle a été imposée et font place à un certain scepticisme notamment si la diminution drastique ne s'est pas accompagnée de l'ouverture de maisons médicales de garde ou de points fixes où le patient se déplace. Si dans la Sarthe, la permanence des soins repose uniquement sur les maisons médicales de gardes, en Ille-et-Vilaine la suppression de 30 secteurs ne s'est accompagnée que de la création d'une seule maison médicale de garde.

La capacité des médecins à se déplacer sur de grands territoires fait l'objet de beaucoup d'interrogations dans la période 20H00 – 24H00 mais également, nous le verrons plus tard, dans la nuit profonde.

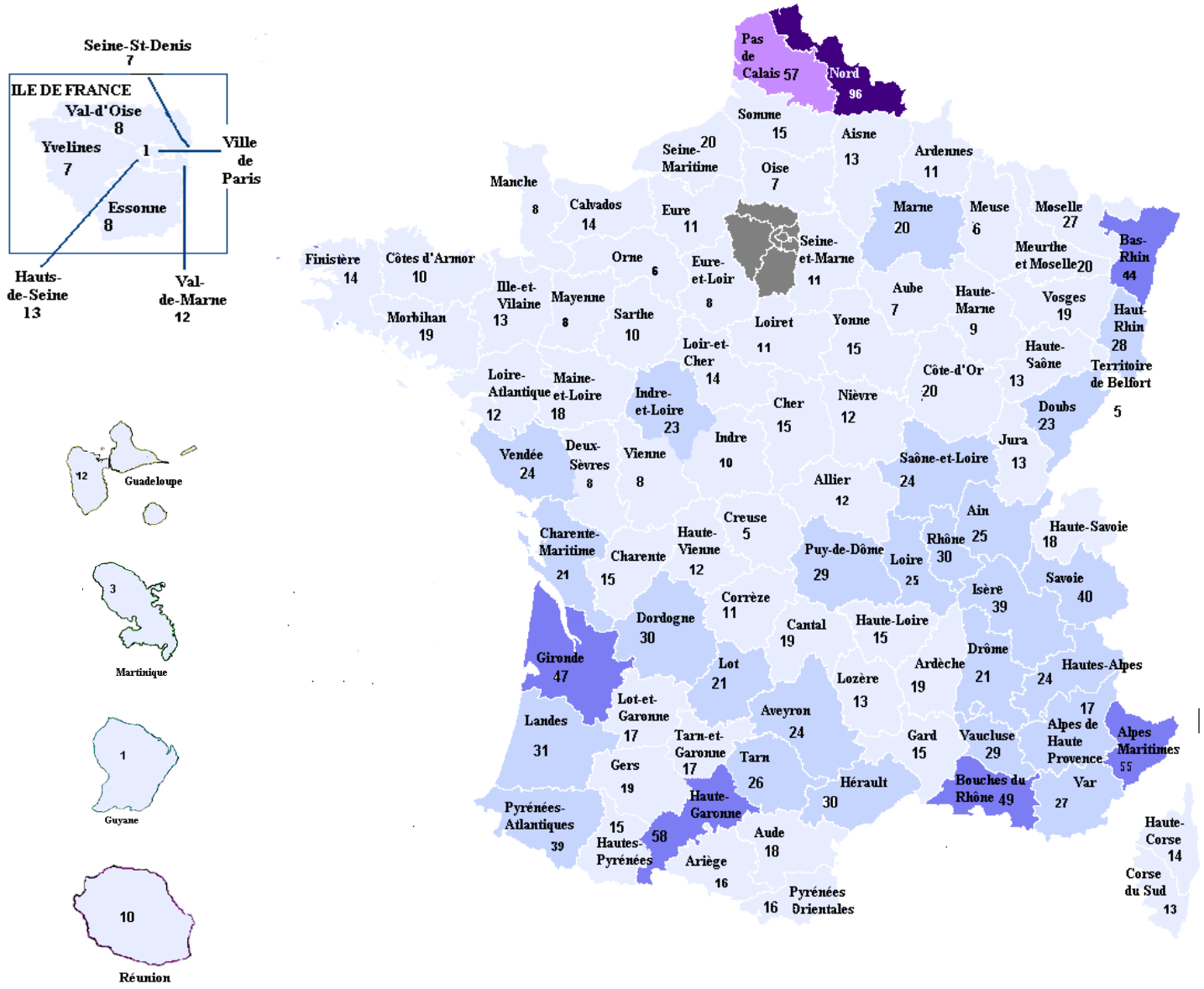
Il conviendra de faire le point l'année prochaine sur le vécu des médecins face à cette situation.

Notons toutefois qu'il peut arriver qu'une resectorisation ait été mal vécue par les médecins effecteurs puis finalement acceptée par ces mêmes médecins qui ne souhaitent pas un retour en arrière. Il faut donc se garder de toute généralisation.

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.

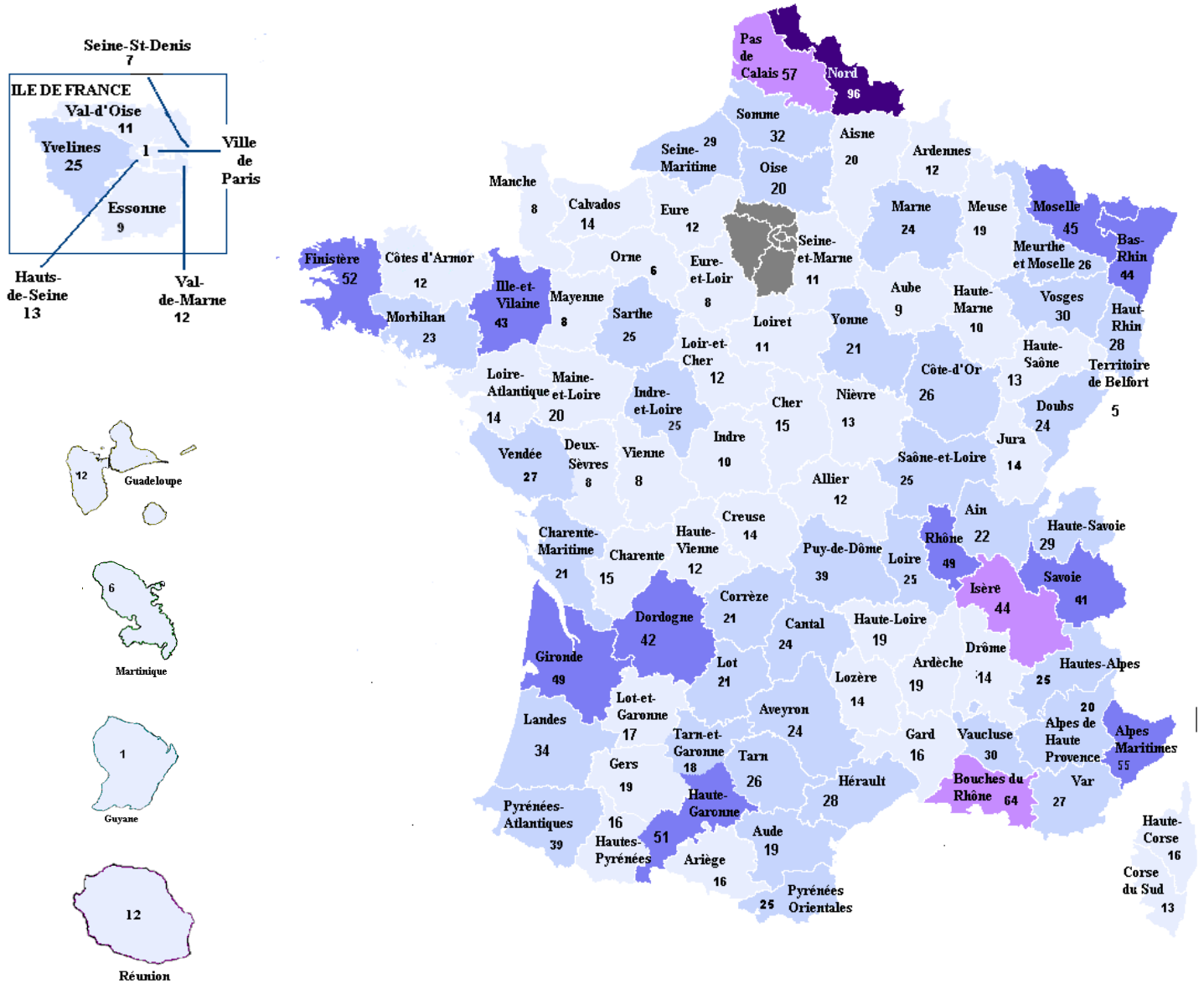
La resectorisation est un travail permanent d'adaptation aux situations locales, effectué le plus souvent en concertation avec les médecins concernés grâce à l'action des conseils départementaux de l'Ordre des médecins qui sillonnent le département pour recueillir l'avis des responsables de secteurs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

LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{er} JANVIER 2013 - (1910 SECTEURS)



- RAPPEL -

LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS
AU 1^{er} JANVIER 2012 - (2267 SECTEURS)



L'ARRET DE LA PERMANENCE DES SOINS A MINUIT

La permanence des soins ambulatoires s'arrête complètement à 24H00 ¹ dans des départements de plus en plus nombreux (19 à ce jour) et dans des territoires de permanence des soins de plus en plus nombreux au sein d'un même département.

55 % des territoires s'arrêtent de fonctionner à minuit. L'arrêt de la garde est un processus qui s'étend lentement mais inexorablement sur les territoires. On peut estimer que l'arrêt de la nuit profonde a avancé de 10 % par rapport à l'an passé.

Sept départements ont été gagnés par ce processus (Ardennes, Loir-et-Cher, Haute-Marne, Nord, Pas-de-Calais, Sarthe, Martinique).

Dans d'autres départements, ce processus progresse de manière considérable (par exemple, l'Yonne, les Landes, la Somme, ...).

Dans 17 départements, l'arrêt concerne de 76 à 100 % des secteurs (+ 4) et dans 15 départements de 61 à 75 % (+ 4).

Dans ces départements ou ces territoires, le cahier des charges insiste sur le faible nombre d'actes constatés pendant la nuit profonde (par exemple, 14 actes effectués en Bourgogne en nuit profonde) mais aussi sur la nécessité de renforcer la régulation médicale libérale en nuit profonde et d'assurer le relais avec les établissements de santé.

Sur ces deux points, on peut avoir quelques alarmes dès lors qu'en 2012 on ne constate pas de manière générale une augmentation du nombre de régulateurs présents en nuit profonde et que rien n'a été prévu dans les cahiers des charges pour permettre le financement du transport des patients vers les établissements de santé quand ils ne sont pas en mesure de se déplacer.

On notera d'ailleurs que, dans un grand nombre de cas, on évoque le relais par les établissements de santé sans même préciser les établissements relais. Dans certains cahiers des charges, en revanche, pour chaque secteur où la permanence des soins n'est pas assurée en nuit profonde, l'établissement de santé relais est clairement identifié (Aquitaine).

Sur le sujet des transports, des expérimentations ont été évoquées ici et là sans que rien de concret ne soit mis en place compte tenu des réticences de l'assurance maladie à financer un transport assis.

Il est souvent indiqué dans le cahier des charges que le médecin régulateur oriente l'appelant vers l'établissement de santé mais à aucun moment, on indique qu'il prescrit un transport assis (VSL, taxi) ; on évoque uniquement des prescriptions de SMUR ou d'ambulance qui ne sont pas nécessairement adaptées aux appels de permanence des soins.

¹ ou 23 H00 dans les départements qui ont un cycle journalier (7H00 – 23H00 – 7H00)

C'est dans ce contexte qu'un certain nombre d'ARS ont mis en place une nouvelle organisation dans laquelle la sectorisation de 20H00 à 24H00 laisse la place à une effecton mobile sur des grands territoires où les médecins sont censés assurer la permanence des soins à l'attention de l'ensemble des habitants du département.

Cette configuration était déjà présente avant 2012, en particulier en région parisienne et dans des départements expérimentaux comme la Haute-Vienne ou les Pays-de-la-Loire. Elle s'est étendue en 2012 : Côtes d'Armor, Creuse, Ille-et-Vilaine, Morbihan, Vendée, Territoire-de-Belfort, etc.

On notera dans des départements comme la Haute-Vienne où l'expérimentation a deux ans qu'elle continue à fonctionner même si les responsables ordinaires s'inquiètent d'un essoufflement des grands effecteurs qui sont peu nombreux à vouloir assurer la nuit profonde, même avec des rémunérations majorées (Cf. tableau page 18).

L'arrêt de la garde à minuit correspond le plus souvent à une attente des praticiens et a été considérée par des conseils départementaux comme une évolution à même de pérenniser la permanence des soins.

Dans d'autres départements, l'arrêt des gardes à minuit a une signification purement budgétaire (économies réalisées sur le paiement des astreintes) et des conseils départementaux regrettent que les ARS ne laissent aux médecins eux-mêmes, dans leur territoire de permanence des soins, le choix de poursuivre ou non la permanence des soins à minuit (c'est le cas ainsi dans l'Ile de la Réunion où 2 territoires ont choisi de poursuivre après minuit mais ne perçoivent plus d'astreintes à ce titre...).

LA PERMANENCE DES SOINS LE SAMEDI APRES-MIDI

Il est à noter avec satisfaction que tous les cahiers des charges publiés font entrer dans la permanence des soins les samedis après-midis de 12H00 à 20H00 ¹. La distinction entre le samedi après-midi et le dimanche est obsolète au regard du mode de vie et des comportements de la population.

Pourquoi a-t-il fallu batailler autant d'années pour obtenir une rémunération de l'astreinte en particulier dans les zones rurales où les médecins participent massivement à la permanence des soins ?

LES LOGICIELS DE GARDE

L'établissement du tableau de la permanence des soins, son actualisation et sa diffusion représentent pour le Conseil départemental de l'Ordre un travail considérable.

La mise en place progressive d'un logiciel de garde est une réponse attendue par les Conseils départementaux et ils sont de plus en plus nombreux à en utiliser : 57 en 2012 (53 en 2011).

¹ De même que le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

La très grande majorité d'entre eux utilisent Ordigard, logiciel mis à disposition par le Conseil national de l'Ordre des médecins (48). Ordigard doit d'ailleurs être déployé en 2013 dans 12 nouveaux conseils départementaux (la Corrèze, la Haute-Garonne, l'Hérault, la Loire, ...).

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

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

L'année dernière, nous avons signalé que le Conseil national de l'Ordre des médecins travaillait à relier Ordigard à Pgarde (application de la CNAMTS) pour accélérer le paiement des astreintes.

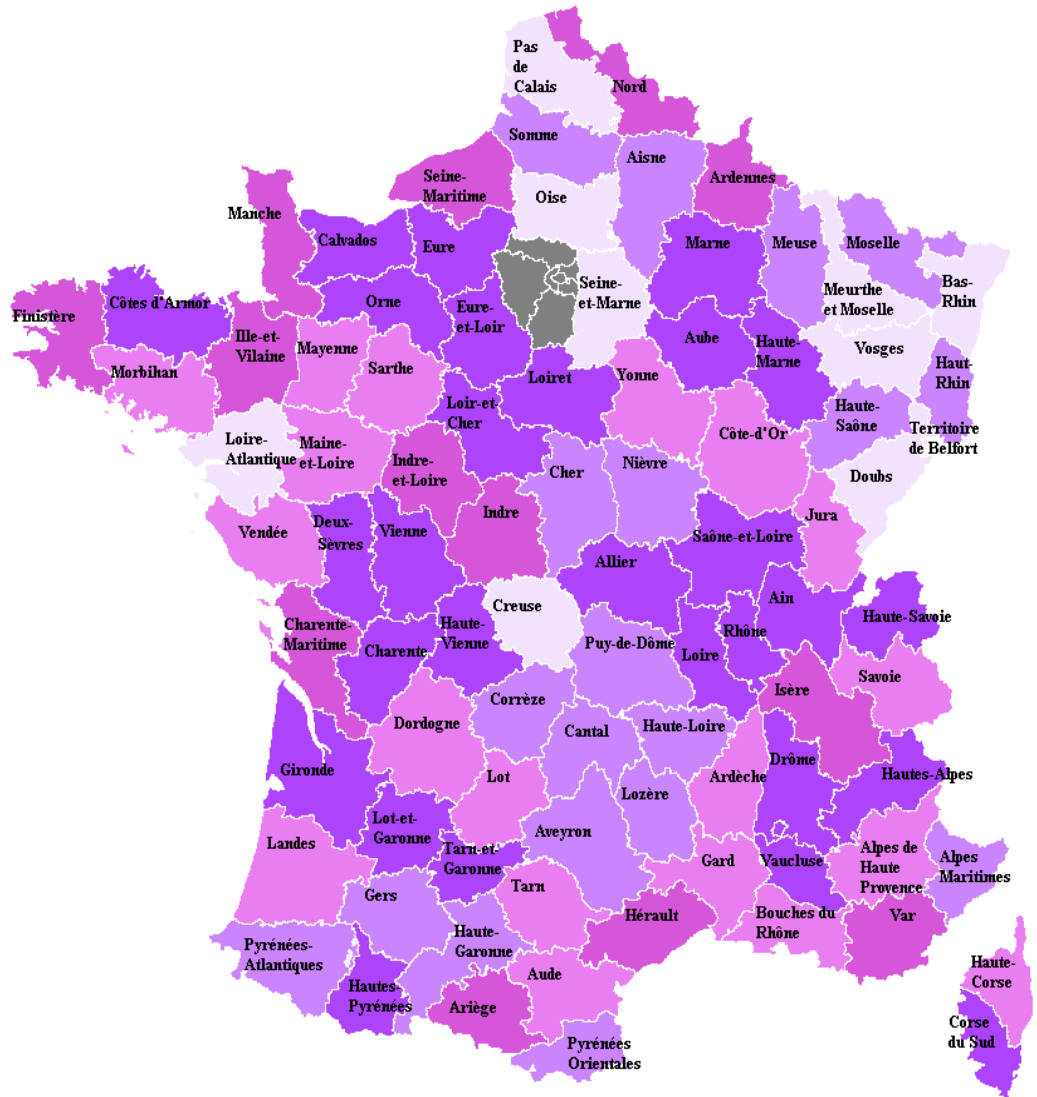
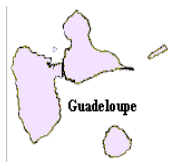
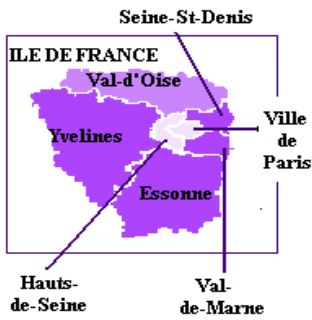
On peut regretter qu'après deux années de travaux, seuls trois conseils départementaux, le Var, la Bas-Rhin et la Saône-et-Loire, soient en mesure de proposer ce service, la CNAMTS n'ayant pas déployé et mis en place les outils nécessaires auprès des CPAM.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a commencé à relier Ordigard aux applications des SAMU pour éviter à ces derniers de devoir saisir les plannings dans leur système. Quatre conseils départementaux permettent déjà ce lien (le Lot-et-Garonne, la Loire, les Vosges et la Meurthe-et-Moselle) et quatre autres vont prochainement l'utiliser.

De nouveaux départements ont montré en 2012 un intérêt pour ce logiciel qu'ils utiliseront l'année prochaine.

- RAPPEL -

**SPÉCIFICITÉS HORAIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2012**



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

| | OUI | NON | Non communiqué |
|---|-------------------|-----|----------------|
| Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la pds, par territoire ⁽¹⁾ ? | 77 | 22 | 1 |
| Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est \leq à 10 | 619 | | 5 |
| Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ? | 58 ⁽²⁾ | 41 | |
| Y est-il parvenu ? | 32 | 26 | |
| Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2011 ? | 26 ⁽³⁾ | 73 | 1 |

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

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

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

LE VOLONTARIAT

De façon générale, le pourcentage des volontaires reste supérieur à 60 % dans 73 % des départements.

Ces chiffres démontrent l'engagement des médecins généralistes dans la permanence des soins. Ils ne sont pas pour autant rassurants car l'analyse, département par département, est inquiétante.

42 % des départements connaissent une baisse du volontariat et seulement 13 % d'entre eux signalent une hausse.

De façon globale, en moyenne départementale, le volontariat diminue de 3 %.

On rencontre cette baisse aussi bien en région parisienne que dans des départements ruraux (par exemple, la Creuse et le Finistère).

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

A contrario, les médecins peuvent aussi se sentir moins impliqués dans de grands territoires. La mise en place d'effecteurs mobiles en nuit profonde pourrait constituer l'amorce d'une professionnalisation de cette mission de service public. Ainsi, en Meurthe-et-Moselle, le taux de médecins participant à la permanence des soins qui est passé de 54 % à 24 % en 2012 est lié à la resectorisation et à la nouvelle organisation mais aucune carence de l'offre de soins n'est à déplorer. Enfin, si la régulation diminue l'activité, elle diminue également les rémunérations qu'on en tire.

L'implication des médecins reste fragilisée par une démographie médicale déclinante, une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public qu'ils assurent 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'assurer sa protection juridique et financière aux dommages subis par les médecins effecteurs à l'occasion de leur mission de service sont des signes inquiétants ; de même, la maîtrise comptable de l'enveloppe dédiée à la permanence des soins par l'Etat qui ne paraît pas prendre la mesure de la situation.

Si la loi permet aux médecins remplaçants et aux médecins salariés de participer à la permanence des soins et de figurer au tableau de garde, l'assurance maladie n'en a tiré les conséquences que très récemment malgré les relances du CNOM. Ces praticiens commencent à peine à disposer de feuilles de soins et l'on ne rencontre qu'exceptionnellement des médecins salariés dans la permanence des soins ambulatoire (ainsi les médecins salariés du régime minier en Saône-et-Loire, en Moselle et un praticien hospitalier en Corrèze). Il en va de même des médecins remplaçants qui ne peuvent toujours pas utiliser des feuilles propres (sauf en Corrèze) pour la permanence des soins alors qu'ils peuvent figurer en nom propre sur le tableau de garde. L'élargissement du volontariat revendiqué par le CNOM a du mal à se concrétiser.

Les questions financières ne sont pas l'explication unique de la baisse du volontariat, ce d'autant que les rémunérations des astreintes ont été ici et là revalorisées (cf. tableau ci-joint, pages 18 et 19) et l'on peut évoquer aussi les évolutions de la société et la mise en place d'organisations de la permanence des soins qui échappent aux médecins et où ils ne se retrouvent pas.

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 territoires urbains et les territoires ruraux où les solidarités confraternelles s'expriment plus fortement. La forte mobilisation des praticiens dans la majorité des départements ne doit pas occulter les craintes suscitées dans ces mêmes départements par le non-remplacement des médecins généralistes cessant leur activité. On constate aussi de très forts écarts entre les pourcentages de volontaires en Ile-de-France et sur une majorité de départements du littoral méditerranéen avec le reste du territoire.

2. Ces pourcentages ont pris généralement pour base le nombre de médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, non exemptés de garde et assurant effectivement une activité de médecine générale. Il y a lieu de rappeler ici qu'un nombre non négligeable de médecins généralistes inscrits en cette qualité au conseil de l'Ordre n'ont pas, en réalité, une activité de médecine générale.
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 du 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 territoires ne comportant qu'un faible nombre de médecins (en 2012, il reste encore 600 territoires dans lesquels la permanence des soins est assurée par moins de 10 médecins dont 300 par 5 médecins au plus) et dans des territoires de 30 médecins. De même, la situation est différente dans les territoires assurant la permanence des soins de 20h00 à 24h00 ou toute la nuit, ou encore uniquement les fins de semaine.

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

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

LA COMPLETUDE DES TABLEAUX

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

L'élaboration du tableau départemental de la permanence des soins constitue une tâche de plus en plus lourde pour les conseils départementaux en particulier, dans une phase de réorganisation (regroupement de secteurs, changement d'horaires, ...).

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

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

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

LES REQUISITIONS

On doit déplorer une augmentation inhabituelle du nombre de départements dans lesquels des réquisitions ont été effectuées (26 au lieu de 19) après une décade les années précédentes.

Cette augmentation peut avoir des causes conjoncturelles mais les conseils départementaux citent souvent comme cause la nouvelle organisation de la permanence des soins (resectorisation issue du cahier des charges) et la lassitude de médecins débordés.

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

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

LA REMUNERATION DES EFFECTEURS

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

Un peu plus de la moitié des ARS ont utilisé cette possibilité nouvellement offerte par la réglementation.

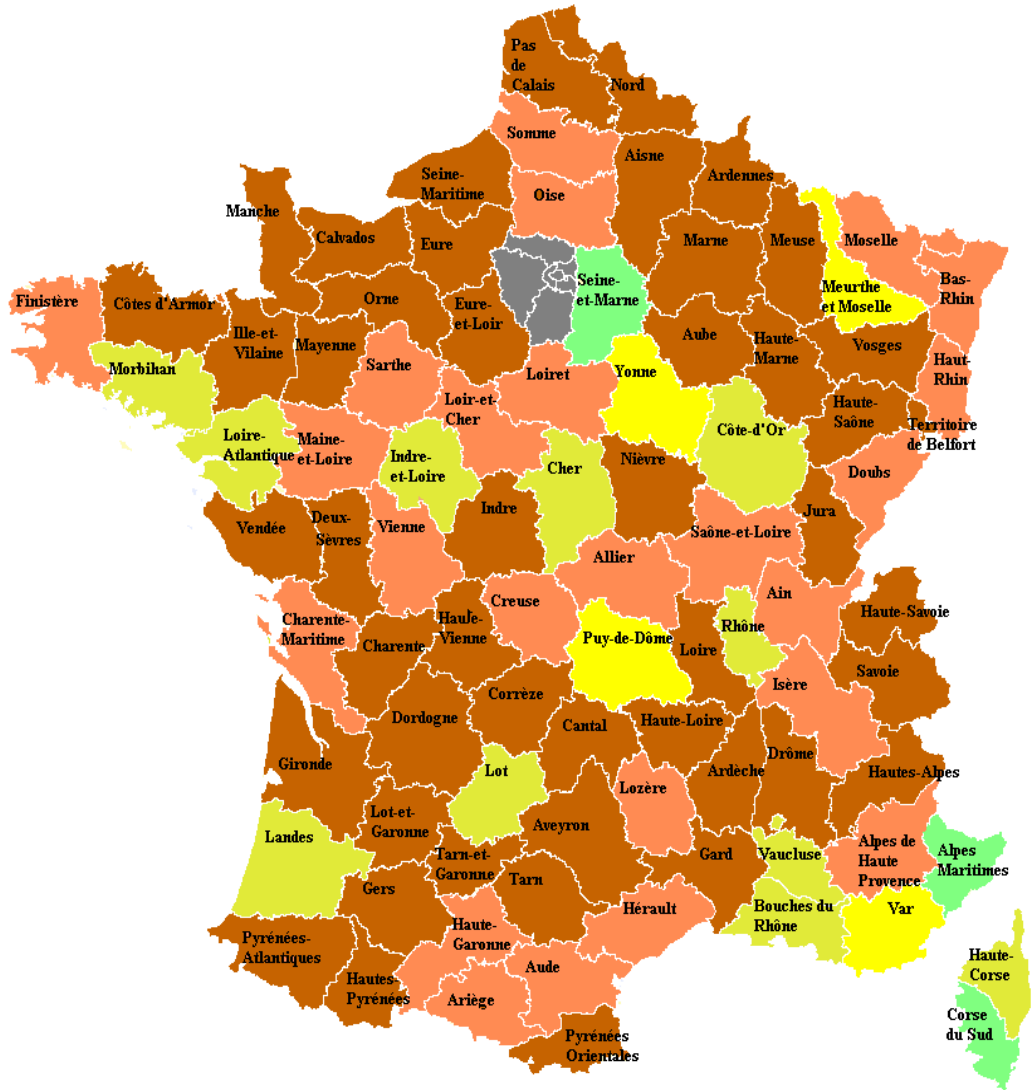
Comme on le constatera dans le tableau ci-joint (pages 18 et 19), les modulations prennent en compte les périodes de permanence des soins, les modalités suivant lesquelles la permanence des soins est effectuée ou encore les lieux où elle s'exerce.

| MONTANT FORFAITAIRE DES ASTREINTES D'EFFECTION MEDICALE (1) | | | | | |
|---|------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------------|--|
| REGIONS | 20H - 24H | MINUIT - 8H | SAMEDI APRES-MIDI 12H - 20H | DIMANCHES, JOURS FERIE ET PONTS | Spécificités |
| Alsace | 50 € | 100 € | 100 € | 150 € | 350 € à Mulhouse De minuit à 8h (regroupement de 6 secteurs) |
| Aquitaine | 50 € | 100 € (1) | 100 € | 150 € | (1) 300€ dans tous les secteurs situés à plus de 30min d'un SMUR |
| Auvergne | 50 € | 150 € | 150 € | 150 € | |
| Bourgogne | 50 € (1) | 100 € | 100 € | 150 € | (1) doublé ou triplé en cas de regroupement de 2 ou 3 secteurs |
| Centre | 50 € (2) | 100 € (1) | 100 € | 150 € | (1) 250€ dans le Cher (2) Dans 2 secteurs du Loiret où certaines gardes cessent à 22h -> 25€ |
| Champagne-Ardenne | 50 € | 100 € | 100 € | 150 € | |
| Franche-Comté | 50 € | 100 € | 100 € | 150 € | |
| Languedoc Roussillon | 50 € | 100 € (1) | 100 € | 150 € | (1) 120€ dans tous les secteurs situés à 30min d'un SMUR |
| Midi-Pyrénées | 50 € / 100 € (1) | 150 € / 300 € (2) | 100 € | 150 € | en 2013, (1) 100 € si arrêt à minuit (2) en fonction des secteurs concernés |
| Nord Pas de Calais | 50 € | / (1) | 100 € | 150 € | (1) pas de pds en nuit, en 2012. En 2013, grands effecteurs = 450€ |
| Basse Normandie | 50 € | 100 € | 100 € (1) | 150 € | (1) au prorata du temps effectué quand l'astreinte est inférieure ou supérieure aux heures habituelles |

| REGIONS | 20H- 24H | | | MINUIT - 8H | | SAMEDI APRES-MIDI 12H - 20H | | | DIMANCHES, JOURS FERIE ET PONTS | | | Spécificités |
|-------------------------------|--|---------------|--------------|---------------|---------------|-----------------------------|---------------|--------------|---------------------------------|---------------|--------------|--|
| Pays de la Loire | 50 € | | | 100 € (1) | | 100 € | | | 150 € | | | (1) sauf Mayenne où l'astreinte est de 300€ / 12h et sauf en Vendée où l'astreinte d'effecteur mobile est de 450€ |
| Picardie | 100 € | | | 200 € | | 200 € | | | 300 € | | | |
| Poitou-Charentes | 50 € | | | SANS OBJET | | 100 € | | | 150 € | | | |
| Provence-Côte d'Azur (projet) | 50 € | | | 100 € | | 100 € | | | 150 € | | | cahier des charges en projet non entré en vigueur |
| Rhône-Alpes | 50 € | | | 100 € | | 100 € | | | 150 € | | | |
| Guyane | 165,60 € | | | 331,20 € | | 331,20 € | | | 496,80 € | | | |
| Guadeloupe | 50 € | | | 100 € | | 100 € | | | 150 € | | | |
| Ile de France | posté | mobile | | posté | mobile | posté | mobile | | posté | mobile | | pas de forfait d'astreinte à Paris et (1) forfait dégressif en fonction du nombre d'actes effectués en Val de Marne et sur toute la région en 2013 |
| | 100 € (1) | 50 € | | 200 € (1) | 100 € | 200 € (1) | 150 € | | 300 € (1) | 150 € | | |
| Haute Normandie | posté | mobile | | posté | mobile | posté | mobile | | posté | mobile | | |
| | 50 € | 100 € | | 100 € | 200 € | 100 € | 134 € | | 150 € | 200 € | | |
| Lorraine | normal | rural | | normal | grand secteur | | | | | | | |
| | 50 € | 75 € | | 150 € | 300 € | 100 € | | | 150 € | | | |
| Réunion | fixe | mobile | | fixe | | fixe | mobile | | fixe | mobile | | |
| | 50 € | 100 € | | 100 € | | 75 € | 150 € | | 150 € | 300 € | | |
| Bretagne | posté | mobile urbain | mobile rural | mobile urbain | mobile rural | posté | mobile urbain | mobile rural | posté | mobile urbain | mobile rural | |
| | 50 € | 50 € | 150 € | 100 € | 500 € | 100 € | 100 € | 150 € | 150 € | 150 € | 200 € | |
| Limousin | <p>Le Limousin compte de nombreuses spécificités dans la rémunération de l'effecteur. Les effecteurs postés perçoivent 50€ de 20h à minuit en zone rurale et urbaine. En Haute-Vienne, l'effecteur mobile en zone urbaine perçoit 125€ de 20h à minuit puis 300€ jusqu'à 8h. En zone rurale et à Brive (Corrèze), ils perçoivent 450€ de 20h à minuit dans toute la région. Le samedi de 12h à 20h, les effecteurs postés perçoivent 100€ sauf en Corrèze où ils assurent également les visites (120€). Les effecteurs mobiles touchent 150€ sauf en Creuse en zone rurale (100€). Le dimanche, l'indemnité est de 150€ pour les effecteurs postés sauf en Corrèze où ils assurent également les visites (180€). Les effecteurs mobiles perçoivent 225€ en Haute-Vienne et, pour la Creuse, 200€ pour l'effecteur mobile en zone urbaine et 150€ en zone rurale.</p> | | | | | | | | | | | |

(1) ces montants peuvent faire l'objet d'une proratisation horaire

LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{er} JANVIER 2013

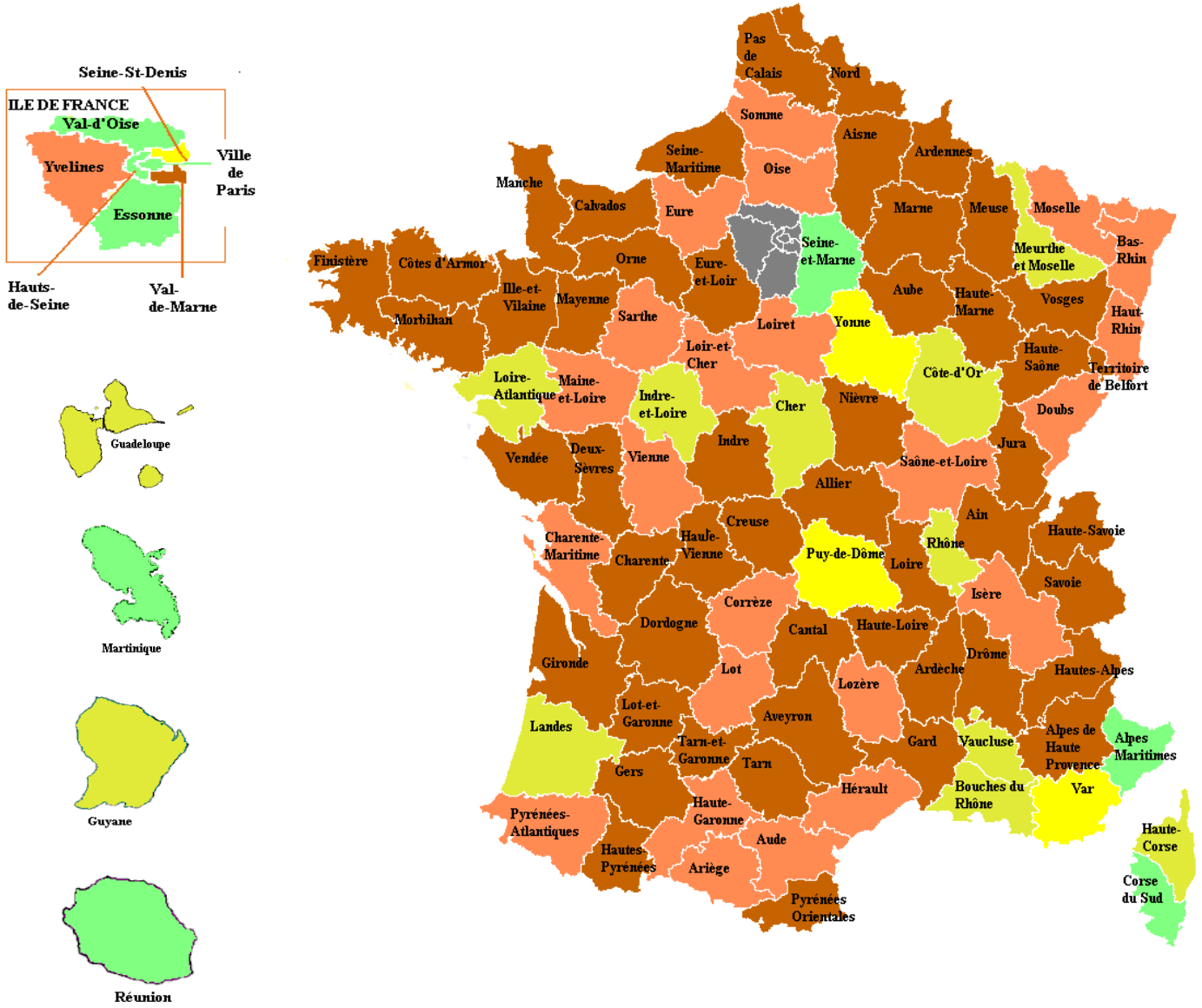


LEGENDE



- RAPPEL -

**LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
À LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{ER} JANVIER 2012**



CHAPITRE 3

La régulation médicale : 2652 médecins régulateurs libéraux

| | OUI | NON | Non communiqué |
|--|------|-----|----------------|
| La régulation médicale de la PDS dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15 ? | 36 | 63 | 1 |
| Dans ce cas, l'appel parvient-il à une plate-forme de régulation commune avec le Centre 15 ? | 33 | 3 | 1 |
| Les médecins libéraux participent-ils à la régulation médicale ⁽¹⁾ ? | 97 | 3 | |
| Si vous en connaissez le nombre, même approximatif, communiquez-le | 2652 | | |
| Donne-t-elle satisfaction aux médecins de garde ? | 86 | 8 | 2 |

Pivot de la bonne organisation de la permanence des soins, la régulation **médicale** connaît à nouveau une évolution favorable en particulier pour ce qui concerne l'engagement des médecins libéraux (+ 6 %) même si elle est moins forte que l'année précédente.

Rappelons que toute intervention médicale doit être déclenchée pendant les périodes de la permanence des soins par un médecin régulateur exclusivement dédié à cette activité.

La participation des médecins libéraux est effective dans 97 % des départements comme l'année précédente. La progression est nette dans certains départements comme le Morbihan. Elle reste fragile avec des départements où la participation diminue (par exemple, dans la Loire, l'Ain ou l'Essonne). En nuit profonde, il n'y a pas de médecins régulateurs libéraux dans plus d'un tiers des départements. Conscientes de la difficulté, certaines ARS proposent dans certains cas des rémunérations majorées notamment de minuit à 8H00 comme la réglementation le permet. Pour mémoire, l'astreinte horaire ne peut être inférieure à 70 € (cf. tableau joint, page 25).

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

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

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

A l'intérieur même des tranches horaires, des variations peuvent se produire suivant les jours de la semaine ou les périodes de l'année. Il faut donc prendre ces chiffres avec précaution. On peut cependant relever, qu'entre 2011 et 2012, le nombre global de vacations de médecins libéraux bouge peu et que le discours des ARS sur le renforcement de la régulation médicale tarde à déboucher sur un renforcement du nombre de médecins régulateurs sur une même plage horaire.

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

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

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

Dans 86 départements, la régulation médicale donne satisfaction aux médecins de garde. Ce chiffre très satisfaisant n'exclut pas, bien entendu, des difficultés ponctuelles entre médecins régulateurs et médecins de garde, que le conseil départemental s'efforce de régler. Les difficultés signalées en raison de la communication du numéro de téléphone du médecin effecteur persistent même si les cahiers des charges précisent que cette communication ne doit jamais intervenir.

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. De façon générale, les conseils départementaux estiment nécessaire de la consolider.

Dans 37 départements, les patients peuvent appeler un numéro dédié à la permanence des soins distinct du 15 qui les met directement en contact avec des médecins libéraux régulateurs assistés par les permanenciers (Rhône, Seine-Maritime, Vendée, Eure, Meurthe-et-Moselle, Landes, Maine-et-Loire, Vosges, ...).

En Franche-Comté, le numéro dédié est régional comme la plate-forme de régulation. Dans l'Yonne et la Nièvre une régulation commune aux 2 départements est à l'étude.

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, l'Orne et l'Yonne ont mis en place une régulation médicale libérale à domicile interconnectée au 15.

Le nombre des numéros dédiés différents du 15 ne progresse plus et la majorité des ARS montre sa préférence pour le 15 comme numéro unique.

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

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

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

Les recommandations déclinent 6 types de réponses (conseil médical sans mise en œuvre de moyens, prescription médicale par téléphone, orientation vers une consultation médicale, transport sanitaire en ambulance, prise en charge par une équipe de sapeurs-pompiers ou de secouristes, intervention d'un effecteur médical). La HAS rappelle que le critère économique (solvabilité ou coût de l'opération) ne constitue pas un facteur limitant la prise en charge. Une enquête menée en Rhône-Alpes révèle que 85% des appels débouchent sur des conseils médicaux ou de simples renseignements

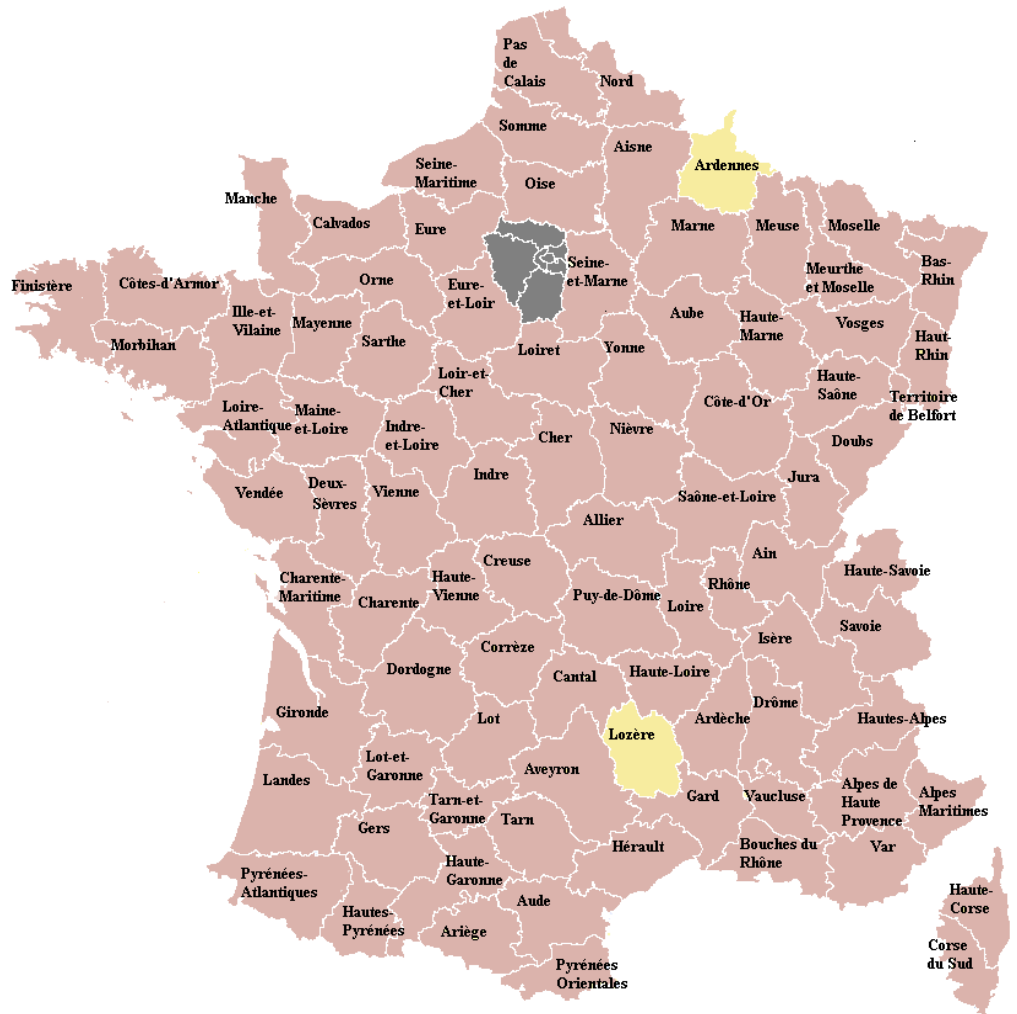
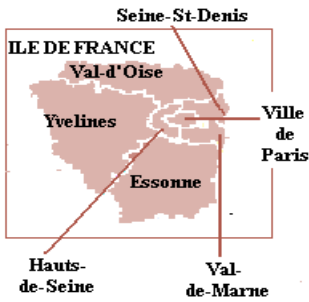
Il ne semble pas que la téléprescription se soit développée en 2012 et les médecins régulateurs demandent que des moyens soient mis en place pour la rendre effective. Des expérimentations sont envisagées dans l'Isère.

Il apparaît également 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.

MONTANT HORAIRE DES ASTREINTES DE REGULATION MEDICALE

| REGIONS | Tous les jours de 20h à minuit, samedi après-midi de 12h à 20h, dimanche et jours fériés de 8h à 20h | De minuit à 8h | Spécificités |
|----------------------|--|----------------|---|
| Alsace | 75 € | 75 € | |
| Aquitaine | 92 € | 115 € (1) | (1) minuit à 6h (et non 8h) |
| Auvergne | 70 € | 70 € | |
| Bourgogne | 70 € | 70 € | |
| Bretagne | 70 € | 70 € | majoration de 50% lorsque régulation sur 2 départements en nuit profonde |
| Centre | 80 € | 80 € | frais de déplacement à hauteur de 0,62€/km et temps de trajet sur la base de 80€ par heure pour le régulateur |
| Champagne-Ardenne | 90 € | 90 € | |
| Corse | sans objet | | cahier des charges en cours d'élaboration |
| Franche-Comté | 70 € | 70 € | |
| Ile de France | 80 € | 80 € | |
| Languedoc Roussillon | 70 € | 80 € | |
| Limousin | 70 € | 70 € | 95€ dans la Creuse de minuit à 8h |
| Lorraine | 75 € | 75 € | 100€ le 24/25 et 26 décembre / 100€ le 31 décembre et 1er janvier selon les tranches horaires et les départements |
| Midi-Pyrénées | sans objet | | le cahier des charges pour la régulation entre en vigueur le 1er octobre 2013 |
| Nord Pas de Calais | 90 € | 90 € | |
| Basse Normandie | 75 € | 75 € | |
| Haute Normandie | 70 € | 117 € | |
| Pays de la Loire | 70 € | 70 € | sauf CD Sarthe, Maine et Loire et Mayenne = 92€ |
| Picardie | 90 € | 120 € | 100 € les samedis, dimanches et jours fériés |
| Poitou-Charentes | 70 € | 70 € | |
| Provence-Côte d'Azur | 70 € | 92 € | cahier des charges en projet non encore entré en vigueur |
| Rhône-Alpes | 75 € | 100 € | |
| Guyane | sans objet | | pas de régulation libérale |
| Réunion | 82,20 € (3C) | 90 € | |
| Guadeloupe | 75,90 € (3C) | 75,90 € (3C) | |
| Martinique | sans objet | | cahier des charges en cours d'élaboration |

PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA RÉGULATION AU 1^{er} JANVIER 2013



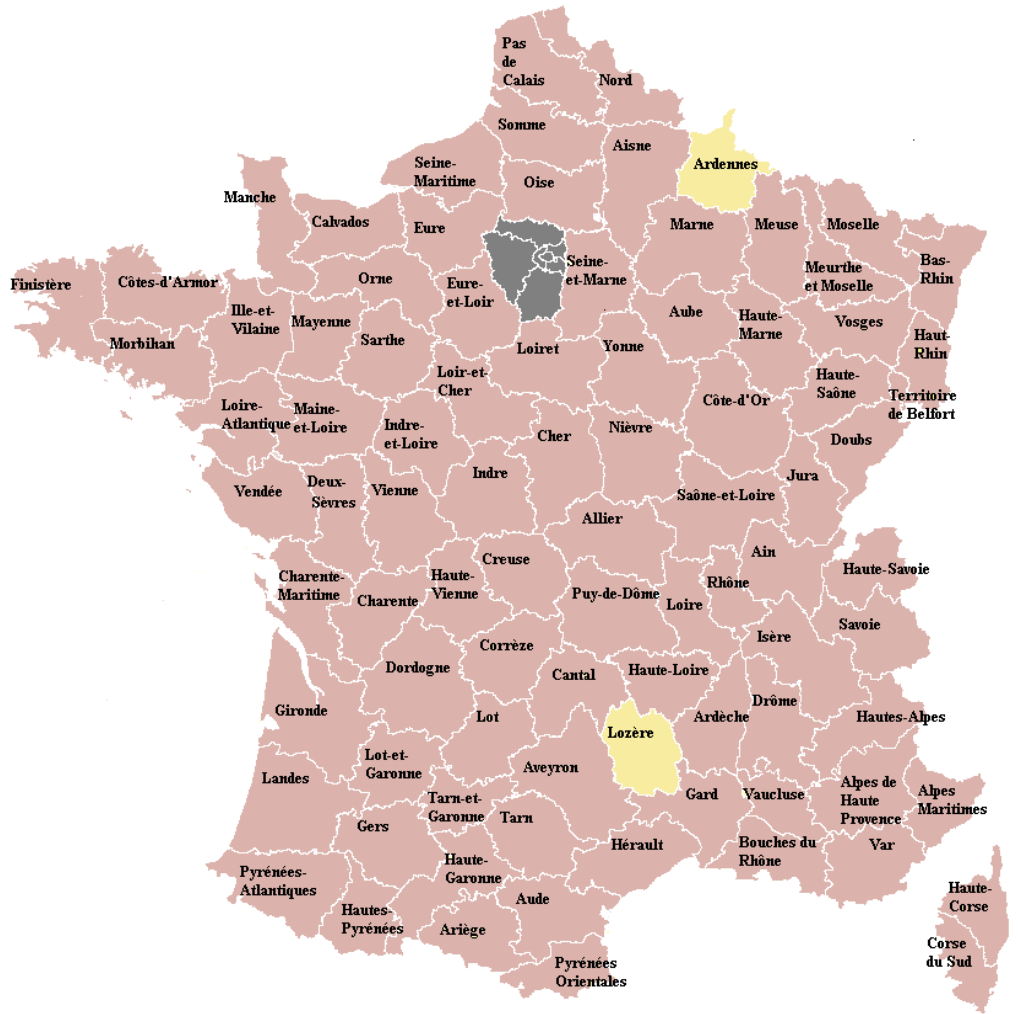
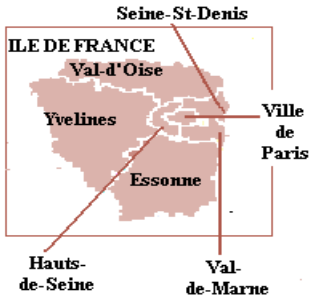
LEGENDE

Absence de participation Participation des médecins libéraux à la régulation médicale



- RAPPEL -

**PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
À LA RÉGULATION AU 1^{er} JANVIER 2012**



LEGENDE

Absence de participation Participation des médecins libéraux à la régulation médicale



CHAPITRE 4

Sites dédiés à la permanence des soins au nombre de : 369

| | OUI | NON | Sans objet |
|---|-----|-----|------------|
| En existe-t-il dans votre département ? | 82 | 18 | |
| Combien ? | 369 | | |
| Les sites dédiés sont-ils le mode exclusif d'accès à la permanence des soins sur les secteurs concernés ? | 53 | 29 | 18 |
| L'accès à ces sites fait-il l'objet d'une régulation ? | 68 | 14 | 18 |
| Combien de territoires couvrent-ils ? | 431 | | |

Les sites dédiés à la permanence des soins sont des lieux identifiés et qui ont vocation à accueillir l'ensemble des médecins d'un territoire donné. Ils ont augmenté de 9 % sur le plan national. C'est une confirmation de l'évolution favorable de l'année passée.

Ils couvrent désormais 25% des territoires de permanence des soins. Ces sites sont ouverts en soirée de 20 à 24 heures et/ou en fin de semaine. Certaines maisons médicales peuvent ne fonctionner que le dimanche matin, comme dans les Yvelines.

Dans certains départements, l'ensemble de la permanence des soins est organisé autour de sites dédiés (le Val-de-Marne, la Vienne, la Manche et plus récemment, la Réunion et la Sarthe). Ils constituent souvent l'une des conditions de la resectorisation départementale et contribuent à redessiner la cartographie locale de la permanence des soins comme cela a été le cas en 2012 dans la Sarthe. La création de sites dédiés a et aura un effet structurant sur la sectorisation.

Dans d'autres départements, de nouveaux sites ont été créés : **1** dans l'Ain, la Drôme le Finistère, l'Ille-et-Vilaine, l'Isère, le Jura, le Lot-et-Garonne, la Moselle, le Vaucluse et la Réunion, **2** dans la Charente-Maritime, l'Hérault, la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire et le Morbihan, **3** en Martinique, **6** dans la Sarthe et dans les Yvelines.

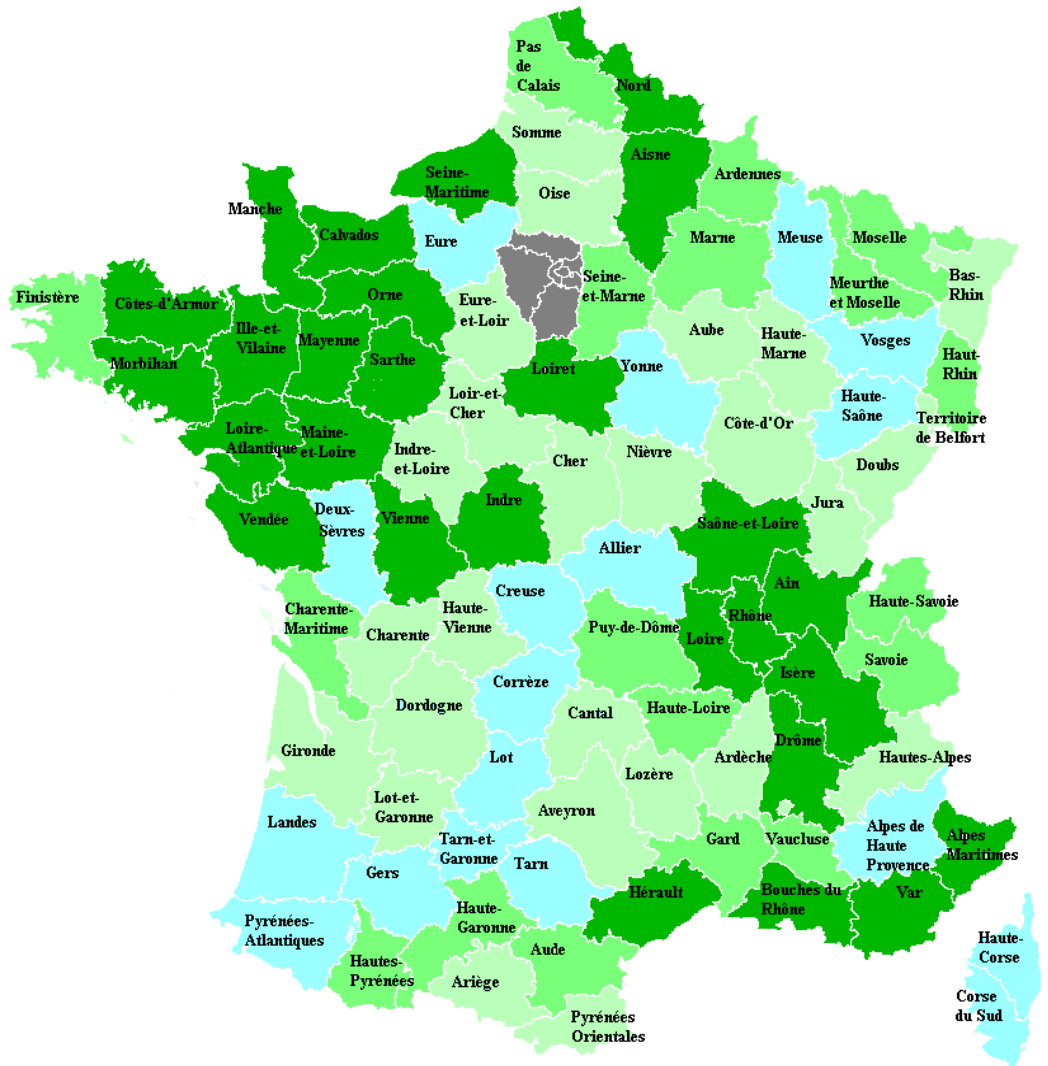
Par contre, dans les départements qui n'avaient pas de site dédié, aucune structure n'a été créée en 2012.

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. Les accoler à un établissement hospitalier leur permet aussi d'avoir une activité plus satisfaisante et en 2012, des maisons médicales ont été transférées dans l'enceinte d'établissements de santé. Ces rapprochements ont d'ailleurs la faveur des ARS.

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

La question des visites incompressibles reste épineuse et il existe rarement un dédoublement de la garde quand les effecteurs sont postés. C'est cependant le cas en Franche-Comté en fin de semaine. Dans d'autres cas, on prévoit expressément que le médecin de garde doit effectuer les visites incompressibles. Les conseils départementaux regrettent que la question du financement des transports des patients (taxi, VSL, ...) vers le point de garde, lorsqu'un tel déplacement serait possible sur le plan médical, butte toujours sur des considérations financières. Une expérimentation prévue en Aquitaine a avorté et l'on espère qu'il n'en ira pas de même du dispositif expérimental annoncé en Rhône-Alpes et à la Réunion.

SITES DEDIEÉS A LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2013



LEGENDE

Aucun site



1 à 2 sites



3 à 4 sites

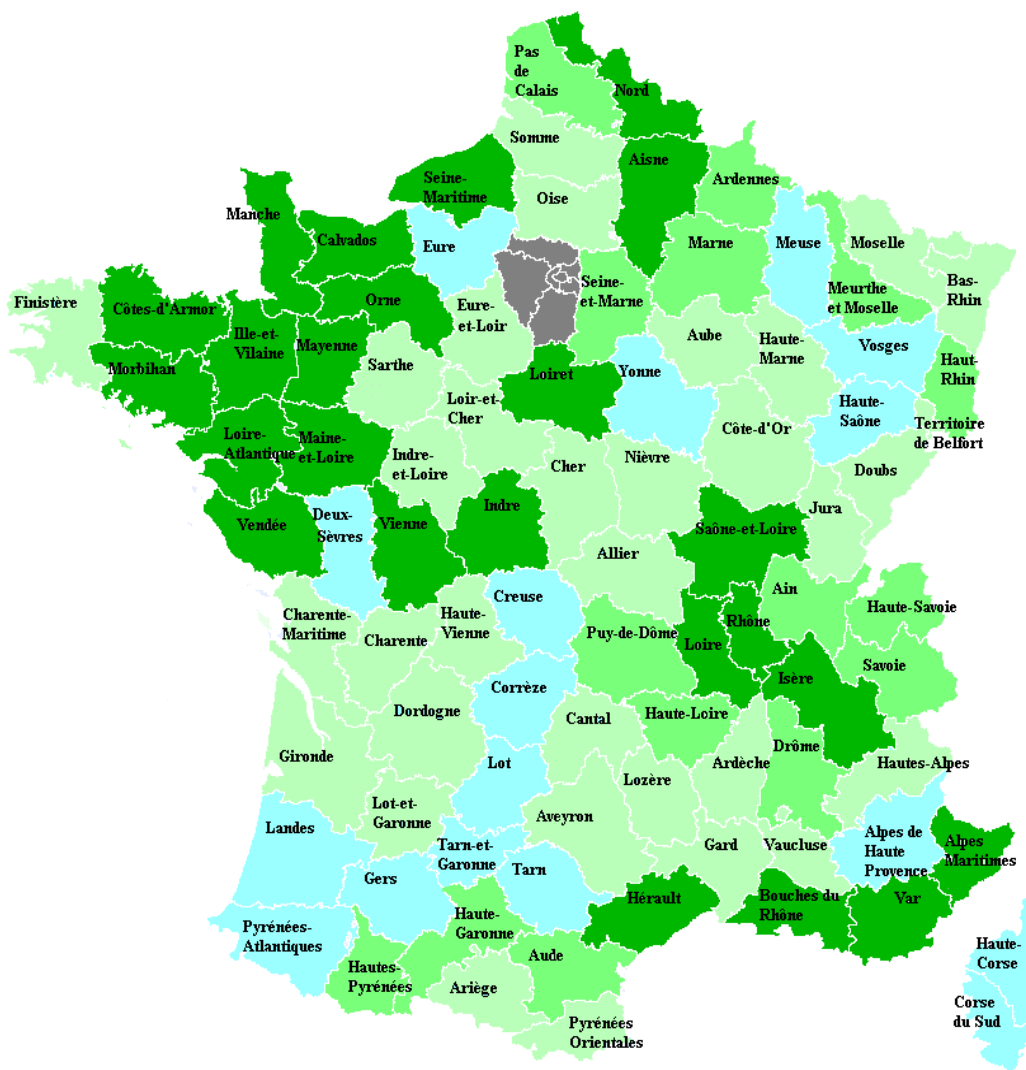
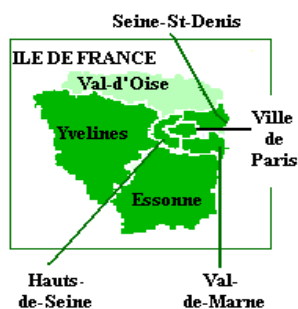


+ de 4 sites



- RAPPEL -

**SITES DEDIEÉS A LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2012**



LEGENDE

Aucun site



1 à 2 sites



3 à 4 sites



+ de 4 sites



CHAPITRE 5

Situations particulières pendant les périodes de permanence des soins

L'organisation d'une garde spécifique pour les actes médico-administratifs (examens de garde à vue et certificats de décès) reste difficile à mettre en œuvre comme le relève l'enquête cette année encore.

LES EXAMENS DE GARDE A VUE

Malgré « *Le guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention en garde à vue du médecin* » (diffusé en juillet 2009 par le ministère de la Justice et auquel le Conseil national a participé) confirmant, à notre demande, que l'intervention du médecin en garde à vue ne doit pas reposer sur l'organisation de la permanence des soins,

malgré l'invitation faite par le ministère de la Justice aux procureurs de la République de mettre en œuvre une organisation distincte s'appuyant sur les services hospitaliers de médecine légale et/ou des réseaux de médecins volontaires pour pratiquer ce type d'activité,

malgré la circulaire du ministère de la Justice, en date du 27 décembre 2010, qui a précisé les modalités d'organisation de la réponse aux demandes d'examen de victimes et de gardés à vue,

l'enquête révèle que les examens de personnes gardées à vue sont encore très majoritairement réalisés par les médecins de garde.

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

Si ce schéma se vérifie dans les villes sièges de CHU et de CH où sont implantées ces unités (cf. carte page 36), la réalité est bien différente dès qu'on s'en éloigne.

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

Un certain nombre de réseaux existait déjà dans les départements. Les examens des personnes gardées à vue étaient ainsi déjà réalisés par des médecins volontaires dans certains territoires du Lot-et-Garonne, des Deux-Sèvres, de la Côte d'Or, de la Vienne, de l'Hérault, de la Corse du Sud, de l'Orne.

Des formes de réseaux de proximité s'étaient déjà développés en 2011 (qu'il s'agisse de médecins volontaires ou de coopération avec des structures hospitalières sans UMJ). On peut citer ici le département du Loir-et-Cher, des Hautes-Pyrénées, de la Marne (Reims).

En 2012, les conseils départementaux signalant le déplacement des gardés à vue vers les centres hospitaliers non dotés d'une UMJ sont plus nombreux (Haute-Saône, Ain, Eure, Sarthe, Ardèche, Savoie, Aveyron, Haute-Marne, Charente-Maritime, Cher, Lozère et Mayenne). De nouveaux conseils départementaux évoquent également des listes de médecins volontaires hors PDS (Saône-et-Loire, Loir-et-Cher, Hautes-Pyrénées). Dans les Alpes-de-Haute-Provence ou dans la Drôme, des médecins sont volontaires pour accomplir cette mission après leur garde. Enfin, des points fixes de garde peuvent accueillir des gardés à vue (Calvados, La Réunion).

Là encore, on ne sait si ces « réseaux » ont fait l'objet d'une contractualisation avec les Procureurs de la République.

En tout état de cause, ils sont peu nombreux et dans la plus grande partie des territoires, les examens des personnes gardées à vue sont encore réalisés par les médecins de garde ; cette situation est un facteur de tensions ici et là.

Seul le cahier des charges du Limousin intègre les gardes à vue à l'activité des médecins de permanence des soins et encore, cela ne vise-t-il que les grands effecteurs mobiles.

LES CERTIFICATS DE DECES

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

Le ministère de la Santé a pourtant récemment rappelé, dans une réponse écrite publiée au Journal Officiel, que l'établissement de certificats de décès ne faisait pas explicitement partie de la mission des médecins de garde dans le cadre de la permanence des soins. Il a toutefois précisé que rien n'interdisait aux cahiers des charges d'apporter une réponse à cette question.

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

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

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

Le cahier des charges de Haute-Normandie rappelle fort à propos que les dispositions envisagées n'exonèrent pas les praticiens de leurs obligations déontologiques vis-à-vis des patients qu'ils ont suivis.

Dans quelques départements, des dispositifs spécifiques ont été mis en œuvre. Ainsi, dans le Lot, un médecin volontaire intervient pour l'établissement des certificats de décès ; de même, dans les Alpes-Maritimes, un médecin légiste assure la garde pour cette activité ; enfin, le département de l'Orne dispose d'une liste de médecins volontaires pour assurer la garde médico-administrative.

Dans d'autres départements, les certificats de décès des patients résidant en d'EHPAD font l'objet de protocoles (Jura) et sont réalisés par les médecins traitants et/ou les médecins coordonnateurs.

Lorsque les certificats sont réalisés par les médecins de garde, on note des initiatives intéressantes pour organiser l'activité afin qu'elle ne nuise pas au dispositif de permanence des soins. En Guyane, les demandes de certificats font l'objet d'une régulation et sont mises en attente. Dans la Manche, les demandes de certificats font également l'objet d'une régulation : le médecin de garde à la maison médicale appelle la régulation en début ou à la fin de l'astreinte et se déplace au domicile du défunt en début ou en fin de période. Les soins que requièrent les patients se déplaçant à la maison médicale de garde ne sont ainsi pas différés.

En 2012, des départements plus nombreux signalent qu'outre le médecin de garde, le concours du médecin traitant est demandé pendant ou après la garde (Alpes-de-Haute-Provence, Pas-de-Calais, Lozère, Hérault, Jura, Marne, Saône-et-Loire, Calvados, Somme, Loir-et-Cher, ...).

L'absence d'organisation spécifique pour ces deux activités (examens de garde à vue et certificats de décès) nuit à la bonne organisation de la permanence des soins, notamment en nuit profonde et constitue un sujet de mécontentement dans nombre de départements.

LA PERMANENCE DES SOINS ET LES EHPAD

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

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

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

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

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

Des départements plus nombreux qu'à l'accoutumée évoquent toutefois la participation des médecins traitants et des médecins coordonnateurs d'EHPAD à la prise en charge des résidents pendant les horaires de permanence des soins. Les conseils départementaux du Loiret et du Val-de-Marne évoquent des organisations internes aux EHPAD.

Dans l'Hérault, il semble également que des organisations internes aux EHPAD aient été mises en œuvre.

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

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

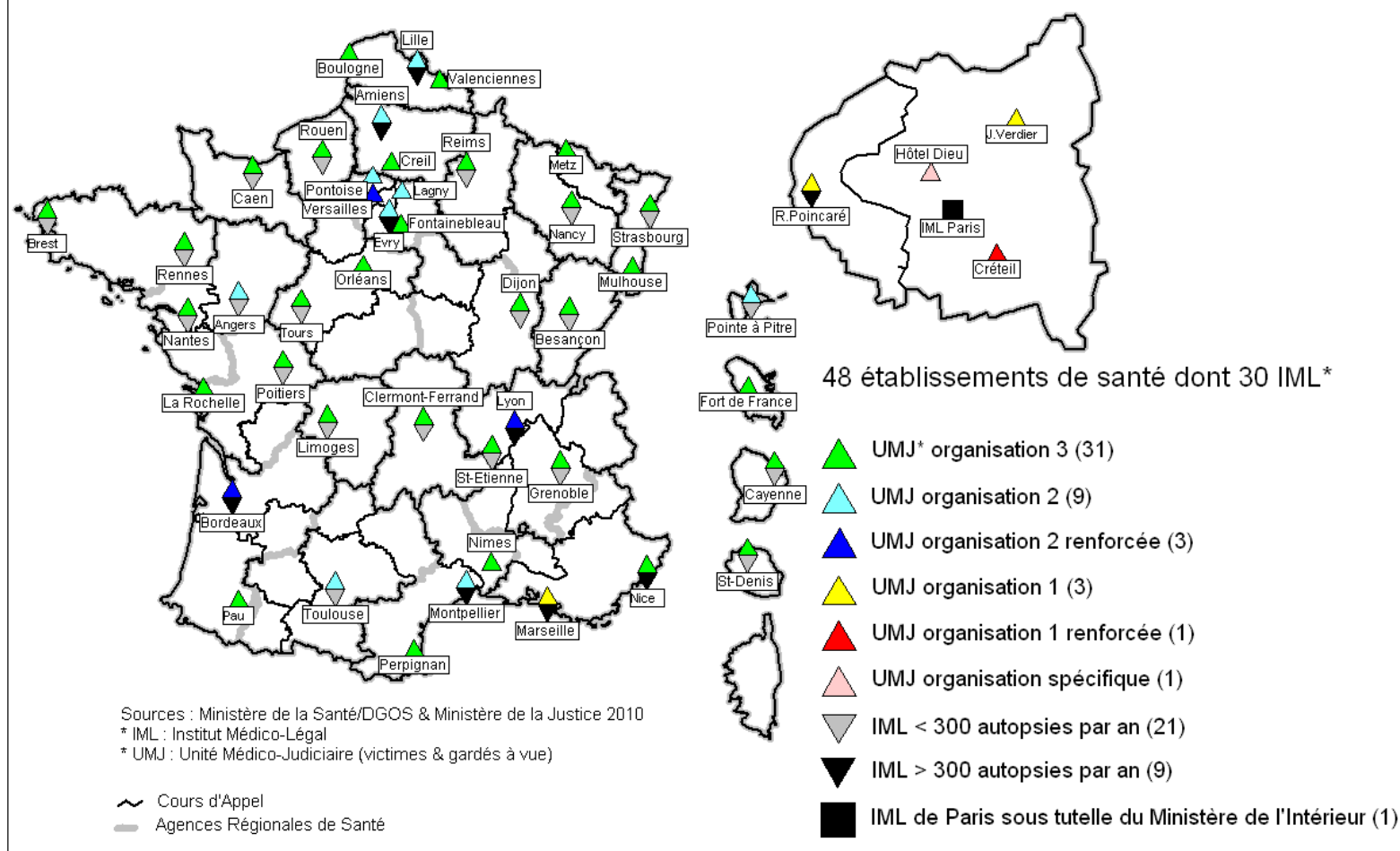
Ceci ne semble pas toujours être le cas.

Avec la généralisation de l'arrêt des gardes en nuit profonde et des points fixes de garde, la prise en charge des résidents des EHPAD va devenir de plus en plus problématique et le déplacement des résidents est rarement envisageable (c'est cependant évoqué dans l'Aisne) et rarement souhaitable.

On doit également s'interroger sur les effets délétères de la réglementation actuelle sur la permanence des soins. En effet, l'Administration impose aux médecins traitants la signature d'un contrat-type pour continuer à prendre en charge les patients qui les ont choisis. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a contesté devant le Conseil d'Etat ce dispositif. Dans cette attente, les praticiens s'étonnent, à juste titre, que des EHPAD leur demandent d'intervenir la nuit et en fin de semaine mais leur interdisent l'accès à l'EHPAD aux heures normales sous prétexte qu'ils n'ont pas signé le contrat-type.

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

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



CHAPITRE 6

La permanence des soins et l'organisation du conseil départemental

| | OUI | NON | Non communiqué |
|---|-----|-----|----------------|
| L'organisation de la permanence des soins, a-t-elle nécessité la mise en place d'une commission spécialisée ? | 70 | 29 | 1 |

| | 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⁾ : | 75 | 16 | 2 | 2 |
| ✓ par le personnel administratif ⁽²⁾ | 46 | 28 | 10 | 14 |

⁽¹⁾ 5 départements : non communiqué

⁽²⁾ 2 départements : non communiqué

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

Au niveau départemental, 70 conseils départementaux ont une commission spécialisée « permanence des soins » et dans tous les conseils départementaux, ce sujet est spécifiquement pris en charge par un responsable ordinal (Président, Secrétaire Général, ...) et figure régulièrement à l'ordre du jour des réunions du conseil.

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

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

On ne peut évoquer le travail effectué par les conseils départementaux sans mentionner les médecins correspondants de secteurs qui sont souvent la cheville ouvrière de l'organisation de la permanence des soins et les associations départementales de permanence des soins (ADOPS) ou encore les associations de médecins régulateurs libéraux.

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

On doit noter une augmentation du nombre de départements faisant état de réclamations par rapport à l'année 2011 puisque la moitié d'entre eux signalent des réclamations, doléances ou plaintes en 2012 (comme en 2010 alors qu'en 2011 un tiers seulement des départements évoquaient des réclamations, doléances ou plaintes).

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

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

Ces doléances portent encore cette année le plus souvent sur la régulation.

Elles résultent aussi, dans les départements où les cahiers des charges ont été mis en œuvre au cours de l'année, d'une méconnaissance du nouveau dispositif ou de difficultés liées à la nouvelle organisation ; ainsi, un certain nombre de réclamations ont-elles été formulées cette année à l'occasion d'actes médico-administratifs demandés (certificats de décès, visites de gardes à vue en nuit profonde).

Enfin, les doléances et plaintes ont également porté sur les actes médicaux eux-mêmes réalisés au cours de la période de permanence des soins.

En 2012, la Chambre disciplinaire nationale a été amenée à se prononcer sur une petite dizaine de plaintes (portant sur des faits parfois antérieurs à 2012).

Il y a lieu tout d'abord de noter que la faiblesse de ce chiffre confirme le caractère exceptionnel des plaintes formalisées devant les conseils départementaux.

On peut par ailleurs relever que 3 de ces décisions ont sévèrement sanctionné des médecins qui avaient refusé de déférer aux arrêtés préfectoraux de réquisition.

Qu'il nous soit permis, à l'occasion de ce point, d'anticiper sur l'année 2013 en citant une importante décision du Conseil d'Etat en date du 23 janvier 2013. Un médecin ayant fait l'objet d'une interdiction d'exercice pour avoir, lui aussi, refusé de déférer aux réquisitions préfectorales avait contesté la recevabilité de la plainte déposée contre lui au motif que les médecins chargés d'un service public ne pouvaient être traduits devant la Chambre disciplinaire, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par des autorités limitativement énumérées.

Le Conseil d'Etat a jugé que ces dispositions ne concernaient que les actions engagées à l'occasion des actes que ces médecins accomplissaient à l'occasion de leur fonction publique (en l'espèce, dans le cadre de la permanence des soins) et non le refus de principe de s'acquitter de telles fonctions.

Le Conseil d'Etat a également jugé que le médecin devait déférer à une réquisition tant qu'elle n'a pas été jugée illégale par un juge.

Indépendamment des recours disciplinaires, l'activité médicale de garde peut donner lieu également à des poursuites civiles ou pénales.

Le rapport du Conseil médical du Sou Médical, publié en décembre 2012, évoque :

- 8 déclarations de sinistres en 2011 pour la régulation médicale ;
- 1 condamnation pénale d'un médecin généraliste pour refus de se déplacer à l'origine d'un retard de diagnostic ayant conduit au décès du patient.

CONCLUSION DE L'ENQUÊTE

L'enquête nationale donne un instantané des évolutions incessantes de l'organisation de la permanence des soins. Même si les situations sont diverses, cette enquête génère plus d'inquiétudes que d'optimisme sur la pérennité du dispositif actuel.

Le Conseil de l'Ordre des médecins continuera, au niveau national, régional et départemental, à apporter sa contribution pour que soit assuré l'accès aux soins de tous dans des conditions compatibles avec les responsabilités que les médecins assument déjà au quotidien au plus près de la population.

Mais si l'Etat et ses représentants régionaux souhaitent que soit assurée une activité de permanence des soins, digne de ce nom, qui ne soit pas exclusivement hospitalière, le Conseil national de l'Ordre des médecins :

- les appelle à nouveau à sortir d'une vision administrative et comptable ;
- leur demande de définir et faire connaître les garanties qu'ils entendent offrir à tous les usagers, en tous points du territoire.
- les invite à déployer les moyens financiers à la hauteur des objectifs affichés.

ANNEXE 1

Participation des médecins à la régulation (cf. page 22, pour les aspects méthodologiques)

| ALSACE | SAMEDI MATIN | | SAMEDI après-midi | | DIMANCHE 8H-20H | | NUIT 20H-24H | | NUIT 20H-24H | |
|---|--------------|----------|-------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|
| | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux |
| BAS-RHIN | 2,5 | 0 | 2,5 | 3 | 2,5 | 3,2 | 2,5 | 2,9 | 0 | 0 |
| HAUT-RHIN | 1 | 0 | 1 | 1,5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| AQUITAINE | SAMEDI MATIN | | SAMEDI après-midi | | DIMANCHE 8H-20H | | NUIT 20H-24H | | NUIT 24H-8H | |
| | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux |
| DORDOGNE | nc | 0 | nc | 2 | nc | 2,5 | nc | 1 | nc | 0 |
| GIRONDE | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | nc | 4 | nc | 1 |
| LANDES | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2,5 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| LOT-ET -GARONNE | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| PYRENEES-ATLANTIQUES* | nc | nc | nc | nc | nc | nc | nc | nc | nc | nc |
| * Pour les hospitaliers, données du Pays Basque | | | | | | | | | | |
| AUVERGNE | SAMEDI MATIN | | SAMEDI après-midi | | DIMANCHE 8H-20H | | NUIT 20H-24H | | NUIT 24H-8H | |
| | Hospitalier | Libéraux | Hospitalier | Libéraux | Hospitalier | Libéraux | Hospitalier | Libéraux | Hospitalier | Libéraux |
| ALLIER | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| CANTAL * | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| HAUTE-LOIRE | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| PUY-DE-DOME | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| * cf. commentaire du tableau Midi-Pyrénées | | | | | | | | | | |
| BOURGOGNE | SAMEDI MATIN | | SAMEDI après-midi | | DIMANCHE 8H-20H | | NUIT 20H-24H | | NUIT 24H-8H | |
| | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux |
| COTE D'OR | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| NIEVRE | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 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 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| ILLE-ET-VILAINE | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| MORBIHAN | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1,5 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| CENTRE | | | | | | | | | | |
| CHER | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| EURE-ET-LOIR | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| INDRE | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| INDRE-ET-LOIRE | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| LOIR-ET-CHER | 1,5 | 0 | 1,5 | 1 | 1,5 | 1 | 1,5 | 1 | 1,5 | 0 |
| LOIRET | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| CHAMPAGNE- ARDENNE | | | | | | | | | | |
| ARDENNES | nc | 0 | nc | 0 | nc | 0 | nc | 0 | nc | 0 |
| AUBE | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| MARNE | 1 | 0 | 1 | 1,5 | 1 | 1,5 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| HAUTE-MARNE | 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 | 3 | 2 | 3 | 1,5 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| SEINE-ET-MARNE | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1,5 | 2 | 0,5 |
| YVELINES | nc | 0 | nc | 2 | nc | 3 | nc | 2 | nc | 1 |
| ESSONNE | nc | 0 | 2 | 2,5 | nc | 3 | nc | 2 | nc | 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 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 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 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| GARD | nc | 2 | nc | 2 | nc | 2 | nc | 1 | nc | 1 |
| HERAULT | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1,5 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| LOZERE | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| PYRENEES-ORIENTALES | 1 | 1 | 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 | 1,5 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| CREUSE | 0 | 0 | 0 | 1 | 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 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| MEUSE | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| MOSELLE | 2 | 0 | 2 | 2,5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| VOSGES | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2,5 | 1 | 1 | 1 | 0,3 |

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

| PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR | SAMEDI MATIN | | SAMEDI après-midi | | DIMANCHE 8H-20H | | NUIT 20H-24H | | NUIT 24H-8H | |
|---|--------------|----------|-------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|
| | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux |
| ALPES DE-HTE-PROVENCE | 1 | 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 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| VAR | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| VAUCLUSE | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| RHONE-ALPES | SAMEDI MATIN | | SAMEDI après-midi | | DIMANCHE 8H-20H | | NUIT 20H-24H | | NUIT 24H-8H | |
| | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux |
| AIN | 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 | nc | 1 | nc | 1 | nc | 1 | nc | 1 | nc | 0 |
| ISERE | nc | 3,5 | nc | 2,5 | nc | 3 | nc | 3 | nc | 1 |
| LOIRE | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| RHONE | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 |
| SAVOIE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| HAUTE-SAVOIE | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1,5 | 1 | 1 |
| GUADELOUPE * MARTINIQUE * GUYANE * | SAMEDI MATIN | | SAMEDI après-midi | | DIMANCHE 8H-20H | | NUIT 20H-24H | | NUIT 24H-8H | |
| | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux |
| GUADELOUPE * | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| MARTINIQUE * | nc | 1 | nc | 1,5 | nc | 3 | nc | 1 | nc | 0,2 |
| GUYANE * | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| * Ce sont des départements et des régions | | | | | | | | | | |
| REGION DE LA REUNION- MAYOTTE | SAMEDI MATIN | | SAMEDI après-midi | | DIMANCHE 8H-20H | | NUIT 20H-24H | | NUIT 24H-8H | |
| | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux | Hospitaliers | Libéraux |
| REUNION | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 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 | 3 | 1,5 + ARMEL régulib31 | 3 | 4 + ARMEL régulib31 | 3 | 5 + ARMEL régulib31 | 3 | 3,5 + ARMEL régulib31 | 2 | 2 + ARMEL régulib31 |
| ARIEGE | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| AVEYRON | 1 | | 1 | | 1 | +1 | 1 | | 1 | |
| GERS | nc | | nc | | nc | +1 | nc | | nc | |
| LOT | 1 | 5 * | 1 | 6 * | 1 | 6 * | 1 | 3 * | 1 | 2 * |
| HAUTES-PYRENEES | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| TARN | nc | | nc | | nc | | nc | | nc | |
| TARN ET GARONNE | nc | | nc | | nc | +1 | nc | +1 | nc | |

La région Midi-Pyrénées comporte un certain nombre de particularités. Tout d'abord, une double régulation libérale en Haute-Garonne (REGULIB 31 et ARMEL) et dans le Tarn. 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. Autre particularité, la régulation médicale du samedi matin est financée par les cotisations des médecins effecteurs adhérents de l'ARMEL. Les chiffres ci-dessus sont des moyennes car la présence des médecins peut changer d'heure en heure en fonction des besoins.

Ce mode de fonctionnement devrait évoluer en 2013 avec la fin des transferts d'appels depuis le numéro du médecin traitant et la mise en place d'une régulation centralisée avec un numéro dédié à 4 chiffres qui met un terme à la double régulation médicale.

* 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 | 2 | 0 | 2 | 5 | 2 | 6 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| HAUTE-SAONE | | | | | | | | | | |
| TERRIT. DE BELFORT | | | | 1 | | 1 | | 1 | | |

Dans la région Franche-Comté, la régulation hospitalière et libérale est régionale et la plate-forme est située au centre hospitalier de Besançon. A noter que cette plate-forme dispose cependant d'une antenne au centre hospitalier de Belfort. Les effectifs de médecins régulateurs libéraux sont à géométrie variable et évoluent en fonction de l'activité.

Annexe 2

Questionnaire-type envoyé aux départements sur l'état des lieux de la permanence des soins au 1^{er} janvier 2013

I. LE CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL DE LA PDS ET SA DÉCLINAISON DÉPARTEMENTALE

| | OUI | NON |
|--|-------|-------|
| 1. A-t-il été publié par le DGARS ? | | |
| Si OUI, date d'entrée en vigueur : | | |
| 2. Le CODAMUPS, s'est-il réuni au cours de 2012 ? | | |
| • Combien de fois ? | ----- | ----- |
| • Son sous-comité médical s'est-il réuni ? | ----- | ----- |
| • Combien de fois ? | ----- | ----- |
| 3. Le conseil départemental de l'Ordre a-t-il été associé à son élaboration ? | | |
| Commentaires : | | |
| 4. Le conseil départemental a-t-il émis un avis sur le cahier des charges ? | | |
| Si OUI, lequel ? | | |
| 5. Le cahier des charges a-t-il effectivement été mis en place à la date d'entrée en vigueur prévue par l'arrêté ? | | |
| Si NON, développez : | | |

| | R ¹ | S ² |
|--|----------------|----------------|
| 6. Ya-t-il une réduction (R) du nombre de secteurs ou une suppression (S) ? | | |
| ➤ de 20H00 à 24H00 ? | | |
| ➤ de 00H00 à 08H00 ? | | |
| 7. Le cahier des charges prévoit-il un renforcement de la régulation médicale ? | | |
| 8. Le cahier des charges prévoit-il la création de nouveaux sites dédiés à la PDS dans votre département ? | | |
| 8 bis Le cahier des charges prévoit-il la suppression de sites dédiés à la PDS dans votre département ? | | |
| 9. Le cahier des charges prend-il en compte les propositions ou avis du conseil départemental de l'Ordre ? | | |
| Commentaires : | | |

II. LA PERMANENCE DES SOINS EN 2012

1 – ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| 10. Nombre de secteurs au 1 ^{er} janvier 2013 ³ ? | | |
| 11. La permanence des soins s'arrête-t-elle à minuit dans tout ou partie de votre département ? | | |
| 11 bis Dans l'affirmative, quel est le mode de prise en charge des patients en nuit profonde ? | | |

¹ On répond « R » quand en 2012 le nombre de secteurs a été réduit

² On répond « S » quand en 2012 il n'y a plus de PDSA

³ Comme les années précédentes, on prend pour base les secteurs de semaine, de 20H00 à 24H00, et en cas de sectorisation saisonnière, le plus souvent, la saison comportant le nombre le plus important de secteurs

| | |
|--|--|
| 12. Nombre de secteurs où la garde s'arrête en nuit profonde ? | |
| 13. En cas de regroupement de secteurs en nuit profonde ¹ , la PDSA est-elle exclusivement assurée par des effecteurs mobiles ? | |
| ----- | |
| 13 bis Si NON, développez : | |
| | |
| 14. Si vous utilisez un logiciel de garde, indiquer lequel (Calepso, Ordigard, ...) ? | |

2 – LA PARTICIPATION DES MÉDECINS A LA PERMANENCE DES SOINS

| | Pourcentage | |
|---|-------------|-----|
| 15. Pourcentage de médecins participant à la permanence des soins | | |
| | OUI | NON |
| 16. Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la pds, par secteur ? | | |
| 17. Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est ≤ à 10 | | |
| 17 bis Nombre de secteurs où le nombre de médecins est ≤ à 5 médecins | | |
| 18. Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ? | | |
| 18 bis Y est-il parvenu ? | | |
| 19. Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2012 ? | | |
| | + | - |
| 19 bis Ont-elles été plus (+) ou moins (-) nombreuses qu'en 2011 ? | | |

¹ Hypothèse où 3 secteurs n'en forment plus qu'un. A distinguer de la question 11 où un secteur n'est plus couvert par la PDS ambulatoire, pendant certaines heures

3 – LA RÉGULATION MÉDICALE

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| 20. La régulation médicale (départementale ou régionale) de la PDS dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15 ? | | |
| 20 bis Dans ce cas, l'appel parvient-il à une plate-forme de régulation commune avec le Centre 15 ? | | |
| 21. Les médecins libéraux participent-ils à la régulation médicale ¹ ? | | |
| 21 bis Si vous en connaissez le nombre, même approximatif, communiquez-le. | | |
| 22. Donne-t-elle satisfaction aux médecins de garde ? | | |
| 22 bis Si NON, pourquoi ? | | |

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

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

4 – PERMANENCE DE SOINS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| 24. L'organisation de la permanence des soins, a-t-elle nécessité la mise en place d'une commission spécialisée ? | | |
| 25. Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ? | | |
| ✓ par les élus : | | |
| ✓ par le personnel administratif : | | |

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

5 – SITES DÉDIÉS A LA PERMANENCE DES SOINS (MAISONS MÉDICALES DE GARDE, CAPS)

| | | | |
|--------|---|--|--|
| 26. | En existe-t-il dans votre département ? | | |
| 27. | Combien ? | | |
| 28. | Les sites dédiés sont-ils le mode exclusif d'accès à la permanence des soins sur les secteurs concernés ? | | |
| 28 bis | L'accès à ces sites fait-il l'objet d'une régulation ? | | |
| 29. | Combien de secteurs couvrent-ils ? | | |

6 – PENDANT LES PÉRIODES DE PERMANENCE DES SOINS

| | | OUI | NON |
|--------|--|-----|-----|
| 30. | L'organisation des examens de garde à vue repose-t-elle sur le médecin de PDS ? | | |
| 30 bis | Si NON, quel est le mode d'organisation ? | | |
| 31. | L'établissement des certificats de décès repose-t-il sur le médecin de PDS ? | | |
| 31 bis | Si NON, quel est le mode d'organisation ? | | |
| 32. | L'intervention des médecins en EHPAD repose-t-elle sur le médecin de PDS ? | | |
| 32 bis | Si NON, quel est le mode d'organisation ? | | |
| 33. | Existe-t-il des médecins correspondants de SAMU ? | | |
| 34. | Des médecins autres que des médecins libéraux installés participent-ils à la permanence des soins dans le cadre d'une convention avec l'ARS ¹ ? | | |
| 34 bis | Si OUI, avec quelles feuilles de soins exercent-ils ? | | |

¹ Cf. circulaire CNOM - N° 2012-092

7 – LA PERMANENCE DES SOINS EST BIEN ORGANISÉE DANS VOTRE DÉPARTEMENT

| |
|---|
| <p>35. A quoi cela tient-il ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |
| <p>36. Quelles mesures vous paraissent propres à pérenniser ce bon fonctionnement ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |

8 – LA PERMANENCE DES SOINS NE FONCTIONNE PAS DANS VOTRE DÉPARTEMENT

| |
|--|
| <p>37. Quelles sont les raisons de ce dysfonctionnement ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |
| <p>38. Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |

9 – LA PERMANENCE DES SOINS A-T-ELLE CONNU EN 2012 DES ÉVOLUTIONS SIGNIFICATIVES, SI OUI LESQUELLES ?

9 bis – LA PERMANENCE DES SOINS VA-T-ELLE CONNAÎTRE DES ÉVOLUTIONS EN 2013 ?

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

Annexe 3

**Questionnaire-type envoyé aux régions sur l'état des lieux
de la permanence des soins au 1^{er} janvier 2013**

LE CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL DE LA PDS

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| 1. A-t-il été publié par le DGARS ? | | |
| ----- | | |
| Si oui, date d'entrée en vigueur : | | |
| Si NON, a-t-il été finalisé par le DGARS ? | | |
| 2. L'élaboration du cahier des charges a-t-elle été discutée : | | |
| ----- | | |
| au sein de la commission de l'organisation des soins ? | | |
| ----- | | |
| au sein de la conférence de territoire ? | | |
| 3. Le conseil régional de l'Ordre a-t-il été associé à son élaboration ? | | |
| ----- | | |
| Commentaires : | | |
| | | |
| 4. Le cahier des charges prend-il en compte les propositions ou avis du conseil régional de l'Ordre ? | | |
| ----- | | |
| Commentaires | | |
| | | |