

**ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS
SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE
AU 31 DÉCEMBRE 2016**

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	4
MÉTHODOLOGIE	5
INTRODUCTION	6
I. LES EVOLUTIONS DES CAHIERS DES CHARGES REGIONAUX ET LEURS DECLINAISONS DEPARTEMENTALES	8
1) Une année de transition pour les nouvelles régions	8
a) Les constats	8
b) Les changements	9
2) L'ordre des médecins doit rester au cœur du dispositif	9
II- LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES SUR LE TERRAIN EN 2016 10	
1) La régulation libérale	10
a) Les principes de la régulation médicale	10
b) Données d'activité de la régulation libérale	11
c) Mise en place du numéro national unique	12
d) Les chiffres 2016: 2666 médecins régulateurs libéraux	13
e) La rémunération des régulateurs	16
2) L'effectif	18
a) En soirées, week-ends et jours fériés	18
b) En nuit profonde (minuit - 08H00)	20
c) Les points fixes de permanence des soins ambulatoires	28
d) La rémunération des effecteurs	35
III- PARTICIPATION DES MEDECINS	39
1) Participation des médecins généralistes	39
2) Participation des médecins remplaçants et retraités	41
3) Participation des médecins salariés des centres de santé (mutualistes ou municipaux)	41
4) Participation des médecins hospitaliers exerçant dans des établissements publics de santé	42
IV- ACTES MEDICO ADMINISTRATIFS ET PDSA	46
1) Les certificats de décès	46
2) Les examens de garde à vue	47
V- ACTIVITES DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX DE L'ORDRE DES MEDECINS	49
1) Les tableaux de garde	49
2) Les logiciels de garde	50
3) Les réquisitions préfectorales	51

4) Permanence des soins et organisation du Conseil départemental de l'Ordre des médecins	51
5) Doléances et plaintes reçues par les conseils départementaux	52
CONCLUSION	60
ANNEXE 1	61
Participation des médecins libéraux à la régulation	61
ANNEXE 2	64
Questionnaire-type envoyé aux régions sur l'état des lieux de la permanence des soins au 31 décembre 2016.....	64

LISTE DES ABREVIATIONS

ADOPS	Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
ARS	Agence Régionale de la Santé
AMU	Aide Médicale d'Urgence
ACORELI	Association Comtoise de Régulation Libérale
CAPS	Centre d'Accueil de Permanence des Soins
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CCR	Cahier des Charges Régionaux
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CODAMUPS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPS	Carte Professionnelle de Santé
CTA	Centre de Traitement des Appels
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HAS	Haute Autorité de Santé
MCS	Médecin Correspondant Samu
MMG	Maison Médicale de Garde
PDS	Permanence des Soins
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
RCP	Responsabilité Civile Professionnelle
UMJ	Unité Médico Judiciaire
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR	Service Mobile d'Urgences et Réanimation

MÉTHODOLOGIE

Cette enquête a été réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins pendant le mois de janvier 2017. Le questionnaire, comportant 50 questions portant sur divers aspects de la permanence des soins ambulatoires, a été adressé aux 101 Conseils départementaux de l'Ordre des médecins de métropole et des Outre-Mer en novembre 2016.

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 ou de préciser certains points, et de permettre un traitement fiable et homogène de l'information reçue. Les conseils régionaux de l'ordre ont également été interrogés.

L'enquête offre un instantané, au 31 décembre 2016, de situations qui ont constamment évolué pendant l'année 2016.

Agréger au plan national la diversité des réalités départementales, voire infra-départementales est une tâche qui peut s'avérer, dans certains cas, délicate. Pour autant, l'analyse des données fait ressortir incontestablement des constantes partagées sur l'ensemble du territoire national et certaines évolutions locales de plus large portée.

L'enquête est présentée par la Commission nationale de la permanence des soins et des urgences médicales au Conseil national de l'Ordre des médecins réuni en Session plénière le 3 février 2017 et en Assemblée des présidents et secrétaires généraux des conseils départementaux, le 17 mars 2017. Elle est ensuite mise en ligne sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins et adressée à toutes les institutions à caractère national concernées par la question de la permanence des soins dans la mesure où elle apporte à tous des informations sur la réalité de son organisation et de son fonctionnement ainsi que sur ses évolutions. Elle permet également des comparaisons entre différentes formes d'organisations locales.

INTRODUCTION

Pour la 14^{ème} année consécutive, le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins ambulatoires et les modalités de son organisation.

L'enquête 2016 démontre une nouvelle fois que les médecins continuent à assumer vis-à-vis de la population cette mission de service public sur l'ensemble du territoire national bien que l'on constate une légère baisse du volontariat.

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires sur le territoire national a peu évolué en 2016. L'enquête identifie, au titre des évolutions en 2016, des réorganisations de secteurs et de territoires, l'ouverture de nouveaux points fixes ainsi que des renforcements de régulateurs, notamment le samedi matin.

Les inquiétudes des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins portent toujours sur les effets délétères d'une diminution du nombre de médecins, sur le vieillissement des médecins assurant les gardes, sur le manque d'intérêt des jeunes diplômés pour l'exercice libéral mais aussi sur les rémunérations des astreintes jugées insuffisantes.

Il est crucial de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour encourager les médecins généralistes libéraux, mais aussi les médecins salariés et les remplaçants à participer à la PDSA.

Pour cela, les pouvoirs publics doivent mettre en œuvre des mesures incitatives qui peuvent être : l'application de la protection du régime général de la sécurité sociale aux médecins effecteurs et régulateurs non installés, faciliter aux médecins non installés la faculté de leur délivrer des cartes CPS, réévaluer les indemnités d'astreinte, exonérer systématiquement les retraités de leur cotisation à la CARMF, la qualité de collaborateurs occasionnels du service public des effecteurs, défiscaliser les revenus générés dans le cadre des horaires de permanence des soins ambulatoires.

Nous rappelons, à cette occasion, que l'Ordre des médecins doit être systématiquement associé aux évolutions à venir et aux réflexions en cours sur les futures organisations de la PDSA, notamment dans le cadre des fusions de régions.

L'Ordre des médecins, au niveau local et national, doit également être pleinement intégré aux discussions sur la mise en place du numéro national unique pour que la campagne d'information permette à la population d'identifier clairement le dispositif de la permanence des soins ambulatoires.

Par ailleurs, l'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins révèle, cette année encore, qu'aucune organisation d'une garde spécifique pour les actes médico-administratifs (examens de garde à vue et certificats de décès) n'a pu être mise en œuvre et repose encore trop souvent sur les médecins de garde.

Enfin, nous notons dans les EHPAD, des initiatives intéressantes telles que le développement d'expérimentations d'infirmières de nuit ou de dispositifs de télémédecine.

I. LES ÉVOLUTIONS DES CAHIERS DES CHARGES REGIONAUX ET LEURS DECLINAISONS DEPARTEMENTALES

1) Une année de transition pour les nouvelles régions

	OUI	NON
Y a-t-il eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2016 ?	39	61
S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2016, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?	15	24
Le CODAMUPS, s'est-il réuni en 2016 ?	68	32
<ul style="list-style-type: none"> • Son sous-comité médical s'est-il réuni ? 	38	62
En 2016, votre conseil départemental a-t-il été associé par l'ARS à l'évolution de l'organisation ou du fonctionnement de la PDS ?	76	24
L'organisation de la PDS telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges et ses avenants, est-elle réellement mise en œuvre dans votre département ?	77	23

a) Les constats

En 2016, seules 4 ARS ont procédé à une modification de leur cahier des charges :

- la région Centre Val de Loire par arrêté du 1^{er} juillet 2016 ;
- la région Provence Alpes Côte d'Azur par arrêté du 1^{er} septembre 2016 ;
- la région Corse par arrêté du 10 mai 2016 ;
- la région Ile de France par arrêté du 19 décembre 2016.

Les cahiers des charges des ARS regroupant les nouvelles régions d'Auvergne Rhône Alpes, de Normandie, Grand Est, Nouvelle Aquitaine, Hauts de France, Bourgogne Franche Comté, Occitanie n'ont pas fait l'objet de publication à ce jour.

Nous constatons que l'expérimentation du Pays de la Loire n'a pas été adaptée dans d'autres départements. Cette expérimentation consistait à financer globalement la permanence des soins ambulatoire par une enveloppe dédiée en englobant les montants des actes et des forfaits d'astreinte (cf. page 33).

Il convient de préciser que sur les 39 conseils départementaux déclarant connaître des évolutions de l'organisation de la permanence des soins, seuls 15 d'entre eux déclarent qu'elles ont fait l'objet d'un avenant au cahier des charges. Ainsi, 24 départements ont

connu en 2016 des évolutions de leur organisation sans que celles-ci n'aient fait l'objet de modification formelle du cahier des charges régional.

Il convient également de noter que 32 conseils départementaux ont déclaré qu'aucun CODAMUPS n'a été organisé, contre 14 conseils départementaux l'année précédente... La situation de la permanence des soins sur les départements est suffisamment préoccupante pour que l'on s'étonne que l'ARS n'ait pas jugé utile de réunir les CODAMUPS.

b) Les changements

En 2016, Les changements intervenus peuvent être localisés dans les régions ou sur certains départements de la région et concernent:

- Des suppressions et fusions de secteurs en soirée et en nuit profonde ;
- Des renforcements de régulateurs libéraux, notamment en région PACA et Ile de France ;
- La mise en place de plages de régulation le samedi matin, voire même d'effecton ;
- L'ouverture de 11 points fixes supplémentaires ;
- L'adaptation de plages horaires de régulation ou d'effecton en fonction de l'activité ;
- La pérennisation ou la prolongation de dispositifs expérimentaux.

2) L'ordre des médecins doit rester au cœur du dispositif

Même si des contacts directs peuvent exister entre les DG ARS ou leurs délégués territoriaux, d'une part, les Conseils régionaux ou départementaux de l'Ordre des médecins, d'autre part ; il convient toutefois de rappeler que le législateur a voulu que l'ordre des médecins soit associé à l'élaboration des cahiers des charges régionaux et de leurs déclinaisons départementales.

L'activité des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, 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. 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 de l'Ordre des médecins, regroupant médecins libéraux et hospitaliers, médecins effecteurs et régulateurs, est à la fois un lieu privilégié de discussions confraternelles sur la permanence des soins ambulatoires, et un interlocuteur incontournable.

Dans certaines régions, les échelons ordinaux ne sont plus consultés de façon systématique. Ces situations sont regrettables et les ARS, d'autant plus dans leur nouvelle configuration, auraient tout à gagner à prendre en compte les propositions, les observations et mises en garde des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Ces derniers connaissent parfaitement les difficultés du terrain présentes ou à venir et savent les précautions à prendre avant de faire évoluer les dispositifs existants. Ils sont aussi conscients des dangers à remettre en cause des modes d'organisation qui satisfont les médecins effecteurs et/ou régulateurs.

On se félicitera également des initiatives de certaines ARS qui ont mis en place des comités de pilotage régional associant ARS, URPS médecins, SAMU et Ordre des médecins comme par exemple en Ile de France ou en Occitanie.

En Basse Normandie, une réunion de coordination associant les associations de PDS, les ordres départementaux, l'URPS médecins, les associations SOS Médecins est organisée avant chaque réunion de travail avec l'ARS.

II- LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES SUR LE TERRAIN EN 2016

1) La régulation libérale

	OUI	NON
L'organisation de la régulation libérale dépend-elle d'une organisation exclusivement départementale ?	81	18
La régulation médicale de la PDS, dans votre département, dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15 (sans tenir compte des éventuelles plates-formes de type SOS Médecins) ?	34	66
Combien de médecins libéraux participent à la régulation libérale ?	2666	
A part les médecins libéraux installés, est-ce que des retraités, des salariés, des remplaçants participent à la régulation libérale des appels de PDSA ?	60	31
La régulation déportée (depuis le domicile ou le cabinet du médecin) est-elle en pratique utilisée par des régulateurs libéraux ?	11	88
Y a-t-il une bonne articulation entre l'activité des médecins régulateurs libéraux et celle des médecins régulant au C15 l'aide médicale urgente ?	87	5

a) Les principes de la régulation médicale

Une nouvelle fois cette année, il convient d'insister sur la nécessité d'une régulation effectivement médicale (c'est-à-dire assurée par un médecin dédiée à cette activité) qui, seule, permet de déclencher à bon escient et, en tant que de besoin, le déplacement d'un patient vers un lieu de consultation ou l'intervention du praticien à son domicile. Le Conseil national de l'Ordre des médecins avait obtenu du législateur cette médicalisation. Il convient d'encourager les associations de type SOS médecins à se doter de médecins régulateurs, ce qui en général n'est pas le cas.

La HAS a publié en 2011, en concertation avec le Conseil national de l'Ordre des médecins, 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.

Les recommandations déclinent six types de réponses (conseil médical sans mise en œuvre de moyens, prescription médicale par téléphone, orientation vers une consultation médicale, transport sanitaire en ambulance, prise en charge par une équipe de sapeurs-pompiers, intervention d'un effecteur médical de la PDS ou du SMUR). La HAS rappelle que les critères économiques (solvabilité ou coût de l'opération) ne constituent pas un facteur limitant la prise en charge.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins souligne l'importance de prévoir une formation initiale et continue des régulateurs.

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

Au titre des actions tendant à renforcer et valoriser l'implication des médecins libéraux dans l'activité de régulation médicale, l'ARS Ile de France s'engage dans son cahier des charges « *à prendre toutes les mesures pour rendre plus attractive, notamment auprès des médecins libéraux, l'activité de régulation médicale, tout en harmonisant les conditions de rémunération entre les départements* ».

b) Données d'activité de la régulation libérale

Pour mesurer cette activité, il apparaît indispensable que les structures de régulation médicale et les centres interconnectés des associations d'effecteurs participant à la permanence des soins ambulatoire (type SOS Médecins) rendent publics les chiffres de la régulation en les ventilant selon le traitement que le médecin régulateur leur a donné (conseil téléphonique, télé-prescription, envoi d'un médecin effecteur, etc.).

A titre d'exemple, l'ACORELI (Association comtoise de régulation libérale), a rendu publiques des données d'activité pour 2015. Il y apparaît que la plate-forme de Besançon a géré 80 341 dossiers sur l'année et les a ventilés en fonction de la réponse apportée : 53 % des recours se concluent par un conseil médical, 27% par une consultation auprès d'un médecin de garde, 6 % par l'envoi d'un transport sanitaire et 4 % par une visite d'un médecin à domicile.

Au niveau de l'ARS Ile de France, un projet est en cours pour développer un système d'information e-permanence des soins ambulatoires contribuant à améliorer les conditions d'évaluation partagée du dispositif, notamment par l'avancée de l'automatisation du recueil des données des CRR-C15. Il est ainsi prévu au cahier des charges régional: « *Afin de permettre une évaluation exhaustive de la qualité du dispositif, tous les acteurs participant à la permanence des soins ambulatoires et inscrits au présent cahier des charges, sont tenus de renseigner à partir de leurs données d'activité, le système d'information régional e-PDSA. Le remplissage de ce recueil sera relayé et soutenu par l'association départementale dans le cadre de ses missions ...* »

Ces actions de transparence sont encourageantes et permettront d'éviter certaines situations dommageables au bon fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires comme par exemple dans le département des Alpes Maritimes où le SAMU ne communique pas de recueil d'activité précis de la régulation libérale alors même que son renforcement sur certaines tranches horaires pourrait se justifier selon l'association de régulation (ASSUM).

c) Mise en place du numéro national unique

La loi du 26 janvier 2016 (n°2016-41) de modernisation de notre système de santé, en son article 75, prévoit de mettre en place un numéro unique de permanence des soins ambulatoires, dont le Conseil national de l'Ordre des médecins a obtenu la gratuité.

Par décret du 22 juillet 2016, il est précisé que le numéro choisi par chaque DG ARS (15 ou 116117) sera inscrit aux cahiers des charges régionaux, tout en prévoyant que les associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le 15 demeureront accessibles via leurs numéros spécifiques à condition qu'elles assurent une régulation médicale des appels.

Enfin, une instruction du ministère de la santé du 24 novembre 2016, présente l'état d'avancement du déploiement du numéro national de permanence des soins ambulatoires, les étapes à mettre en œuvre au niveau régional, ainsi que le calendrier de mise en service du numéro 116 117 et de la campagne de communication qui l'accompagnera. Il est prévu une mise en œuvre opérationnelle du 116 117 dans 3 régions pilotes (Corse, Normandie, Pays de la Loire) à compter de janvier 2017 et un déploiement sur l'ensemble du territoire à la fin du premier semestre 2017. Cette échéance sera difficile à tenir.

Actuellement, 66 départements possèdent le 15 comme numéro d'appel unique et 34 départements utilisent un numéro d'appel à 4 ou 10 chiffres (Rhône, Seine-Maritime, Vendée, Eure, Meurthe-et-Moselle, Landes, Maine-et-Loire, Vosges, Allier, Creuse, Haute-Corse, Isère, Mayenne, Haut-Rhin, Seine- Maritime, Yonne, etc.).

Les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins sollicités à ce sujet dans le cadre de l'état des lieux annuel ont manifesté des interrogations au sujet de la mise en place du dispositif concernant:

- les conséquences pour les régions qui feraient le choix de conserver le 15 alors qu'une communication nationale serait mise en œuvre concernant le numéro 116 117 ;
- le sort de ce numéro en dehors des heures de permanence des soins ambulatoires (permanencier, standard libéral, répondeur...) ;
- les modalités d'interconnexion en cas de régulation depuis le domicile du médecin pour connaître notamment du nombre d'appels en attente ;
- la gestion de la surcharge d'appel des régulateurs libéraux, et plus globalement des moyens de fonctionnement du 116 117 ;

- les modalités de communication. Celles-ci devant être efficaces pour que les patients soient informés sur les motifs de recours à ce numéro qui ne doit pas être assimilé à un numéro pour pallier la pénurie de médecins.

Au-delà de ces questionnements, il apparaît que les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins disposant actuellement d'un numéro spécifique sont plutôt favorables à la mise en place du 116 117, alors que cela suscite plutôt l'incompréhension de ceux qui utilisent le 15.

d) Les chiffres 2016: 2666 médecins régulateurs libéraux

Sur l'ensemble du territoire, la régulation libérale a légèrement baissé. On comptait 2697 médecins libéraux en 2015 contre 2666 en 2016. Des départements n'en disposent toujours pas comme la Guyane, Mayotte, la Lozère et les Ardennes.

La participation des médecins libéraux est effective dans la quasi-totalité des départements.

Le chiffre global de 2666 régulateurs doit faire l'objet d'une analyse plus détaillée :

- 25 départements ont connu une augmentation du nombre de régulateurs libéraux avec un renforcement de 5 régulateurs ou plus sur 3 départements (Drôme, Aveyron, Loire Atlantique). On notera des renforcements de plages de régulation dans les Bouches du Rhône.
- A l'inverse, on constate une diminution du nombre de régulateurs libéraux dans 28 départements. Parmi eux, 7 ont connu une réduction des effectifs d'au moins 5 régulateurs (dont Haute-Garonne, Oise, Ardèche, Ariège, Haute-Loire, Deux-Sèvres, Maine et Loire).

Le front de garde des médecins régulateurs libéraux au niveau national, par tranche horaire donne les résultats suivants :

	2015	2016
Samedi matin	63	64
Samedi après midi	180.5	180
Dimanche 8h- 20h	212.5	211.5
Nuit 20h-24h	141	146
Nuit 24h – 8h	85.5	91.5

Le tableau de présence des médecins régulateurs de la permanence des soins (Cf. Annexe 1) donne des moyennes de présence de médecins régulateurs à l'intérieur de larges tranches horaires. En effet, dans bien des cas, les effectifs peuvent varier au sein de chaque tranche horaire en fonction de l'importance constatée des appels reçus. Ceci est particulièrement vrai le dimanche. A l'intérieur même des tranches horaires, des variations peuvent se produire suivant les jours de la semaine ou les périodes de l'année. Il faut donc prendre ces chiffres avec précaution.

Le Conseil national de l'Ordre des Médecins demande un renforcement de la régulation médicale libérale au cours de l'année 2017.

On notera d'ailleurs le renfort non négligeable des retraités, remplaçants et salariés à la régulation libérale.

D'après les données issues d'Ordigard, on compte parmi les régulateurs 70% d'hommes et 30% de femmes. Pour les médecins généralistes installés cette proportion est de 65 pour 35.

Si des situations de tensions entre le SAMU et les régulateurs libéraux nous ont été signalées, par exemple dans le département de l'Allier, en règle générale, les remontées sont positives et il appartient aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins de trouver des solutions dans l'intérêt de la population.

Cas particuliers du département de la Lozère

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

Il appartient au médecin d'astreinte de juger de la modalité de son effecton en fonction des besoins évalués (consultation, visite, conseil téléphonique ou retour à la régulation hospitalière). Le conseil départemental s'inquiète de la capacité des médecins à assurer dans de bonnes conditions cette double activité. Nous devons malgré tout tenir compte de l'avis des médecins de terrain, de l'importance du nombre d'appels et de la démographie médicale dans ce département.

La régulation en nuit profonde

32 départements n'ont pas de régulation libérale en nuit profonde et ce chiffre n'a pas évolué depuis 2015.

Au moment où les territoires sont regroupés et où le nombre d'effecteurs de nuit profonde diminue, il y a lieu d'alerter une nouvelle fois les pouvoirs publics sur la nécessité de proposer les incitations adéquates et d'ouvrir de nouveaux postes de régulation libérale, afin de permettre que les demandes de soins non programmés relevant de la permanence des soins soient gérées par des médecins généralistes libéraux de terrain.

L'avis des médecins concernés est important afin de faire évoluer l'organisation de la régulation (mutualisation, doublement des gardes, etc.)

En 2016, on note un doublement de la régulation en nuit profonde en Ile et Vilaine, en contrepartie d'une baisse du montant du forfait des effecteurs mobiles. On peut également citer le Val d'Oise.

La mutualisation de la régulation en nuit profonde n'a pas connu d'évolution cette année. Comme l'an dernier, elle peut être inter départementale (par exemple, pour le Calvados et la Manche) ou régionale (Alsace, Midi-Pyrénées, Franche-Comté).

- **La régulation le samedi matin**

Chaque année, des plages de régulation du samedi matin sont mises en place pour répondre à un besoin réel lorsque les cabinets médicaux sont fermés.

En région Centre Val de Loire, les expérimentations de régulation du samedi matin sont prolongées en 2016 dans les départements de l'Indre et de l'Eure et Loire. Il nous été signalé qu'un projet de régulation est envisagé sur cette tranche horaire dans le Cher.

En région Occitanie, une plage horaire de régulation a été mise en place dans le Gard depuis l'été 2016, tout en poursuivant l'expérimentation dans l'Hérault et les Pyrénées Orientales.

Des discussions sont en cours en Charente, dans l'Allier et le Vaucluse.

Dans le département du Lot, la régulation du samedi matin avait déjà été supprimée par l'ARS à la suite de la régionalisation de la régulation et elle n'a pas été rétablie à ce jour en raison du refus de la direction territoriale de l'ARS.

- **La régulation déportée**

L'analyse des réponses des conseils départementaux montre qu'**un faible nombre de départements** (le Bas-Rhin, l'Orne, l'Yonne, l'Allier, l'Eure, le Haut-Rhin, la Mayenne, les Deux-Sèvres, la Guadeloupe, etc.) **ont mis en place une régulation médicale libérale.**

Interconnectée au 15 depuis le domicile du médecin ou son cabinet. Ce nombre n'a pas évolué au cours des deux dernières années.

Il est à noter que les départements qui pratiquent la régulation déportée en sont satisfaits.

- **Un fonctionnement entre effecteurs et régulateurs globalement satisfaisant**

La régulation médicale donne satisfaction aux médecins de garde. Ce chiffre n'exclut pas, bien entendu, des difficultés ponctuelles entre médecins régulateurs et effecteurs de terrain, que les conseils départementaux et les associations départementales s'efforcent de régler. Les difficultés liées à la communication au patient du numéro de téléphone du médecin effecteur persistent même si les cahiers des charges régionaux précisent que cette communication ne devrait jamais se produire. Elles peuvent également tenir à des « contre-régulations » réalisées par le médecin effecteur, à des demandes de déplacements jugées injustifiées ou encore à l'absence de réponse du médecin effecteur à l'appel de la régulation médicale.

A l'inverse, comme on le verra plus avant, plusieurs départements signalent que leur régulation est jugée « trop efficace » par les effecteurs, en ce sens qu'elle permet si bien de réduire le recours à des consultations (ou visites), que les effecteurs se désengagent du volontariat du fait d'une très faible attractivité de leur exercice en permanence des soins.

e) La rémunération des régulateurs

En 2016, il n'y a pas eu de revalorisation des astreintes des régulateurs.

Pour rappel en 2015, seule la région Provence-Alpes- Côte-d'Azur avait appliqué une revalorisation des tarifs d'astreinte de régulation (pour les week-ends et jours fériés).

Une initiative intéressante de la DT ARS de l'Allier est à signaler qui propose, dans le cadre de la prochaine révision du cahier des charges, de procéder à un réexamen du financement de la régulation, pour l'harmoniser aux tarifs horaires pratiqués dans les départements de Rhône Alpes et en revalorisant notamment l'astreinte de régulation de 70 euros à 75 euros en soirées de semaine.

En Haute-Garonne, on constate une désaffection des régulateurs libéraux en raison des conditions de rémunération.



En conclusion, la régulation est la pierre angulaire de la permanence des soins ambulatoires. Cette activité médicale permet d'apporter une réponse adaptée à chaque demande de patients. Elle doit pouvoir être opérationnelle pendant les horaires de la PDSA. Des différences de rémunération de la régulation en nuit profonde suscitent l'incompréhension dans certains départements.

MONTANT HORAIRE DES ASTREINTES DE REGULATION MEDICALE

REGIONS	Tous les jours de 20h à minuit, samedi après-midi de 12h à 20h, dimanche et jours fériés de 8h à 20h	De minuit à 8h	Spécificités
Alsace	75 €	115 €	
Aquitaine	92 €	115 € (1)	(1) de minuit à 6h
Auvergne	70 €	70 €	
Bourgogne	70 €	70 €	
Bretagne	70 €	70 €	
Centre- Val de Loire	80 €	80 €	frais de déplacement à hauteur de 0,62€/km
Champagne-Ardenne	90 €	90 €	
Corse	70 €	70 €	
Franche-Comté	70 €	70 €	
Ile-de-France	80 €	80 €	100 € en nuit profonde si le médecin régulateur doit rester sur place en cas d'afflux d'appels après minuit
Languedoc-Roussillon	70 €	80 €	
Limousin	70 €	70 €	De minuit à 8h: 95€ en Corrèze/ 92€ en Haute-Vienne
Lorraine	75 €	75 €	100€ le 24/25 et 26 décembre / 100€ le 31 décembre et 1er janvier selon les tranches horaires et les départements
Midi-Pyrénées	70 €	70 €	
Nord Pas-de-Calais	90 €	90 €	
Basse-Normandie	90 €	77 €	
Haute-Normandie	70 €	117 €	
Pays-de-la-Loire	70 €	70 €	sauf CD Sarthe = 92€
Picardie	90 €	120 €	
Poitou-Charentes	70 €	70 €	103,50€ de 20H le 24-12 à 8H le 26-12 et de 20H le 31-12 à 8H le 2-01
Provence-Côte d'Azur	70 €	92 €	85 € week-end et jours fériés
Rhône-Alpes	75 €	100 €	90 € week-end et jours fériés
Guyane	sans objet		pas de régulation libérale
Réunion	82,20 € (3C)	112,50 €	
Guadeloupe	75,90 € (3C)	75,90 € (3C)	
Martinique	70 € en semaine		80 € week-end et jours fériés / 100 € les 24,25,31 déc. & 1er janvier

2) L'effectif

a) En soirées, week-ends et jours fériés

	En soirée (20H00 – minuit)	En journée, les week-ends et jours fériés
Nombre de territoires au 31 décembre 2016?	1616	1644
Nombre de territoires sur lesquels la PDS est assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé	1500	1611
Nombre de territoires dans lesquels la prise en charge des patients relevant de la PDS est assurée par le service des Urgences	116	33

En 2016, la France est divisée en 1616 territoires de permanence des soins ambulatoires en soirée de semaine.

Rappelons que depuis 2003, le nombre de territoires a été réduit de plus de la moitié.

Ils étaient au nombre de 1631 fin 2015, et de 3770 début 2003.

La baisse du nombre de territoires de permanence des soins ambulatoire s'est nettement atténuée en 2016, soit une baisse de 1 % en 2016 contre 4.5 % en 2015 et sans commune mesure avec les baisses constatées au cours des années d'avant 2013 qui connaissaient des baisses de l'ordre de 10 à 15 %.

A titre d'exemple de territoires fusionnant ou supprimant des secteurs de garde en soirée de semaine ou week-end, il convient de citer:

- La suppression des gardes en soirées de semaine à la maison médicale de garde de Sully dans le Loiret
- Dans le Nord et le Pas de Calais, des secteurs ont fusionné
- A titre expérimental, dans le nord de la Meurthe et Moselle, avec la fusion de 6 secteurs en 2 secteurs et l'ouverture de 2 points fixes.

En période de week-end, on peut constater une présence des effecteurs assez comparable à celles des soirées de semaine. De 1662 fin 2015 à 1644 fin 2016.

Il convient tout de même de noter que le nombre d'effecteurs est plus important les week-ends et jours fériés dans la mesure où un petit nombre de départements n'assurent pas la permanence des soins ambulatoire en semaine (comme dans la Manche où la permanence des soins en soirée de semaine n'est pas assurée sur la totalité du département contrairement au week-end). Il est également intéressant de noter, à l'inverse, que des

territoires font l'objet de regroupements le week-end comme dans la Marne ou dans le Haut-Rhin.

De façon plus générale, des réorganisations de territoires peuvent impacter à la fois les soirées de semaine et les week-ends.

On peut citer à ce titre la réorganisation du département de l'Indre en cinq grands secteurs de PDSA (contre 10 précédemment). Le cahier des charges précise que cette refonte devenait indispensable en raison de la démographie des médecins généralistes, de la forte proportion des médecins de plus de 55 ans, de la charge de travail reposant sur eux en cette période de pénurie de médecin.

Des discussions sont en cours en Charente pour une future resectorisation du département de 15 à 6 secteurs.

A l'inverse, dans des départements comme les Alpes-de-Haute-Provence ou l'Yonne des territoires ont été maintenus sans présence d'effecteurs. **7 % des territoires de permanence des soins sont ainsi dépourvus d'effecteurs, France entière.**

Il semble se confirmer que la fréquence des resectorisations trouve ses limites : la poursuite poserait le problème de la capacité des médecins et des patients à se déplacer sur de trop grands territoires.

Cette politique de regroupements des territoires a tenu autant à une faible activité constatée qu'à la recherche d'économies par les ARS dans le versement des astreintes. Elle s'explique aussi par le souci d'attirer des médecins (ou de les maintenir) dans des zones fragiles sur le plan de la démographie médicale, et où les obligations de garde sont importantes.

La resectorisation est effectuée le plus souvent en concertation avec les médecins concernés grâce à l'action des conseils départementaux qui sillonnent le terrain pour recueillir l'avis des responsables de secteurs et des médecins eux-mêmes.

- **Cas particulier du samedi matin**

Bien que ce ne soit pas prévu par le décret organisant la permanence des soins ambulatoire, un certain nombre de médecins et d'ARS demandent une organisation de permanence des soins ambulatoire le samedi matin 8 h à 12 h étant donné la fermeture de nombreux cabinets médicaux

A ce titre, il est à noter une situation inédite d'effectif le samedi matin, à titre expérimental, dans le département de l'Indre.

Par ailleurs, des demandes d'effectif le samedi matin sont de plus en plus souhaitées, à titre d'exemple, on peut citer les départements du Lot et Garonne, des Pyrénées Atlantiques, de la Dordogne, de la Charente, de la Corrèze, du Haut-Rhin, de la Haute-Savoie...

Rappelons à cet effet que 42 départements ont une régulation le samedi matin.



En conclusion, l'effecton persiste en soirées et week-ends et jours fériés sur la totalité des territoires. Compte tenu de l'intense activité des cabinets de médecine générale en journée, des points de fragilité existent sur certains territoires en soirée de semaine.

b) En nuit profonde (minuit - 08H00)

	OUI	NON
Le CCR prévoit-il l'arrêt de la PDS à minuit dans l'ensemble de votre département ?	31	70
Si NON, combien de territoires d'effecton de nuit profonde sont-ils maintenus ?	477 (515 en 2015)	
Dans combien de ces territoires une offre de soins libérale est-elle présente ?	407 (424 en 2015)	

31 conseils départementaux indiquent un arrêt complet de l'effecton en permanence des soins à minuit sur l'ensemble de leur département. 69 % des territoires d'effecton s'arrêtent de fonctionner à minuit. Il y a 13 territoires de plus qui se sont arrêtés de fonctionner en nuit profonde.

Il faut cependant être prudent et ne pas en déduire que près de 69 % de la population est dépourvue de possibilité de recourir à un médecin de garde en nuit profonde.

Dans les 31 % restant, il y a une forte présence de territoires urbanisés, la nuit profonde est maintenue dans les secteurs urbains où des associations de type SOS Médecins sont établies (Gironde, Savoie, Corse du Sud, Cher, Oise, Somme, Aube, etc.).

L'arrêt de la garde en nuit profonde est un processus qui continue de s'étendre sur les territoires.

Au niveau départemental, en 2016, la garde s'est arrêtée totalement à minuit dans la Marne où l'association organisant la permanence des soins ambulatoires n'a pas souhaité maintenir son activité en raison d'un manque de médecins

Ailleurs, un certain nombre d'ARS ont mis en place une nouvelle organisation dans laquelle la resectorisation de 20H00 à minuit laisse la place à une effecton mobile sur des grands territoires où les médecins sont censés assurer la permanence des soins ambulatoires pendant la nuit profonde. C'est notamment le cas en 2016 sur le territoire de Belfort.

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

Si le plus souvent, l'arrêt correspond à une attente des praticiens et a été considéré par des conseils départementaux comme une évolution à même de pérenniser la permanence des soins ambulatoires, dans d'autres départements, l'arrêt des gardes à minuit a une signification purement budgétaire pour les ARS qui l'imposent et réalisent des économies sur le paiement des astreintes.

Certains conseils départementaux regrettent que les ARS ne laissent pas aux médecins eux-mêmes, dans leur territoire de permanence des soins, le choix de la poursuivre ou non après minuit. Dans ces départements ou territoires, les cahiers des charges régionaux justifient cet arrêt par le faible nombre d'actes pendant la nuit profonde, mais aussi par la possibilité de renforcer la régulation médicale libérale aux mêmes créneaux et d'assurer le relais avec les établissements de santé.

Ce processus d'arrêt des gardes en nuit profonde pourrait reprendre en 2017 avec la mise en place des nouvelles régions regroupant des ARS dont l'approche par rapport à l'effectif en nuit profonde était différente. Ce serait notamment le cas en région Grand Est.

A défaut d'une permanence des soins ambulatoires, la prise en charge des demandes de soins non programmés reste assurée par les services d'accueil des Urgences.

Sur les tranches horaires de la permanence des soins ambulatoires, les associations de type SOS médecins, lorsqu'elles existent, assurent une offre de soins importante.

LES MÉDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU

Ce dispositif ne relève pas de la permanence des soins ambulatoires mais de l'aide médicale urgente. On peut cependant observer qu'il tend à se développer là où la permanence des soins ambulatoires n'est plus active.

Le médecin correspondant du SAMU est :

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

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

43 départements déclarent l'existence de médecins correspondants du SAMU.

Bien qu'ils ne relèvent pas de la permanence des soins ambulatoires, ni des cahiers de charges qui l'organisent, il convient d'évoquer le développement des dispositifs de MCS qui interviennent surtout sur des territoires ruraux situés à plus de 30 minutes d'intervention d'un SMUR.

En 2016, dans l'Hérault, un dispositif expérimental dénommé « Moyen Mobile Médical des Hauts Cantons » est mis en place sur un territoire et ayant pour objet de mutualiser les moyens nécessaires aux missions relevant de l'Aide Médicale Urgente (AMU) et de la permanence des soins ambulatoire (PDSA). La convention détaillant le dispositif prévoit que « *le médecin assure après régulation initiale par le SAMU - Centre 15 et ordre de départ du Centre de Traitement des Appels (CTA) du SDIS, au sein de la zone d'intervention :*

- *les missions relevant de l'Aide Médicale Urgente (AMU),*
- *les missions relevant de la PDSA aux heures prévues de la PDSA visant à assurer les visites dites incompressibles (y compris dans les EHPAD),*
- *la continuité des soins hospitaliers en nuit profonde au sein du secteur sanitaire de l'hôpital,*
- *les actes médico-administratifs ».*

Egalement, en 2016, on note mise en place de MCS en Haute-Corse 24h/24 suite à la suppression de la nuit profonde.

Au niveau régional, on peut rappeler l'exemple de la région Rhône-Alpes (où les seuls effecteurs en nuit profonde sont les MCS). Au niveau départemental, de tels dispositifs sont mis en place en 2015 dans l'Aude, le Pas-de-Calais ou dans le Puy-de-Dôme.

- **L'effectation selon des horaires adaptés**

On remarque que de nouveaux départements ont adapté les horaires de la PDSA en fonction de l'activité constatée ou de la fragilité de la démographie médicale de certains territoires de leur département.

C'est notamment le cas en 2016 dans le département de l'Indre qui a modifié, depuis avril 2015, ses horaires de permanence des soins ambulatoires pour les fixer en semaine entre 20H00 et 23H00, le samedi entre 12H00 et 23H00 (en l'étendant même entre 8h et 12h à titre expérimental), le dimanche et les jours fériés entre 12H00 et 23H00.

Dans les Hautes-Pyrénées, au cours du week-end, et pour s'adapter aux difficultés de déplacement et de la faible activité, les médecins doivent se rendre disponibles à certains horaires fixés de 10H00 à 12H00 et de 16H00 à 19H00.

Il est à signaler qu'un certain nombre de départements nous ont indiqué souhaiter adapter leurs horaires en fonction de l'activité. C'est notamment le cas du Gers, de l'Ardèche, de la Réunion, de la Drôme, du Finistère, du Lot, de la Haute-Garonne, du Cantal qui souhaiteraient que la garde débute à partir de 19H00 en semaine.

En Eure et Loire, des échanges sont en cours pour adapter les horaires de garde du samedi de 14 heures à 20 heures, et le dimanche de 10 heures à 20 heures. Le département du Jura souhaite également une adaptation des gardes du week-end sur 2 territoires.

En Dordogne, l'ARS n'a pas donné suite à une demande d'adaptation des horaires de garde.

- **La prise en charge des résidents en EHPAD**

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

Cependant, pour le Conseil national de l'Ordre des médecins, 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 au médecin de garde:

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

Avec la généralisation de l'arrêt des gardes en nuit profonde, la place importante des points fixes de garde et la présence limitée d'effecteurs mobiles, la prise en charge des résidents en EHPAD devient de plus en plus problématique.

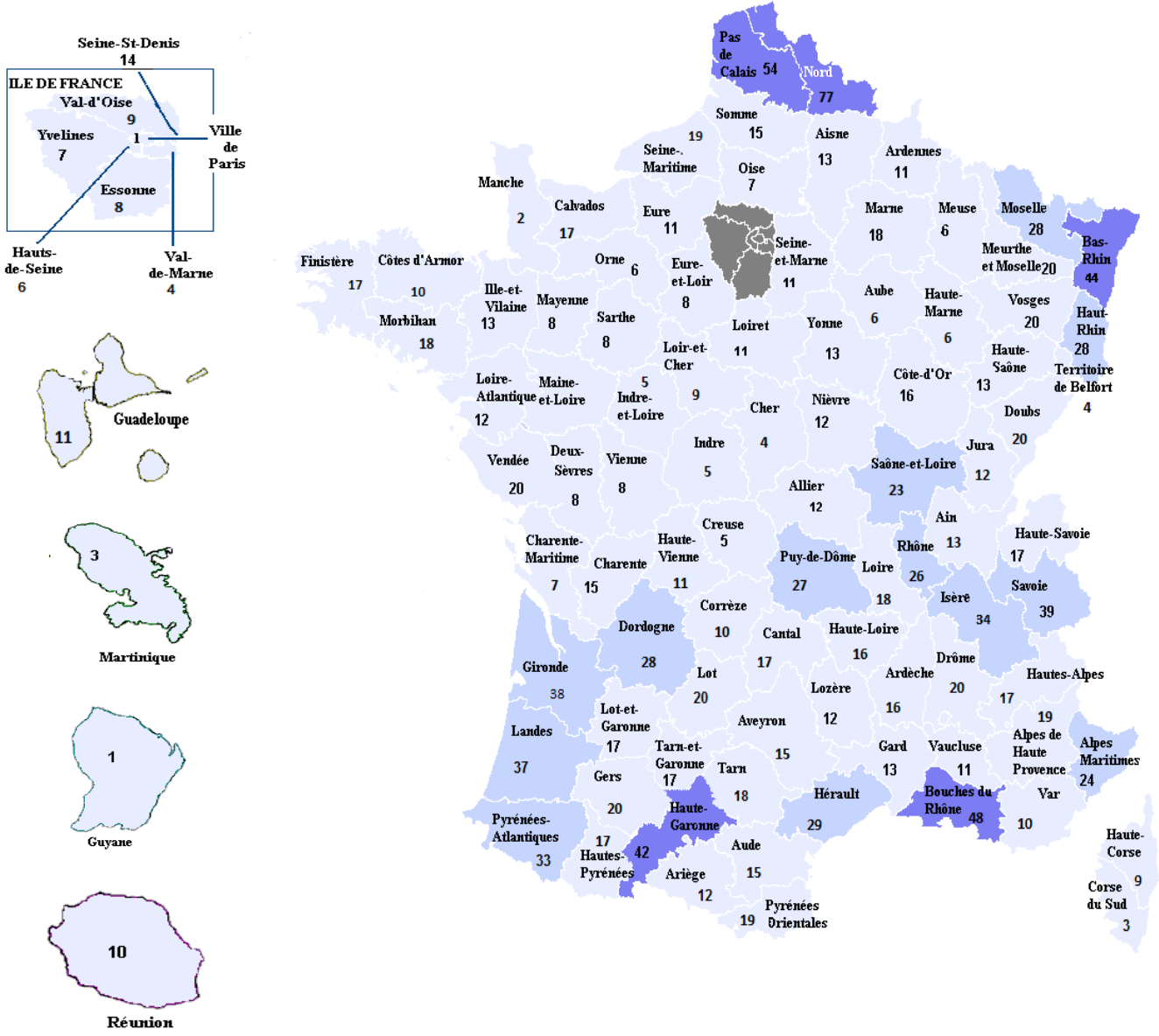
Dans certains départements, le transport en ambulance vers un service d'accueil des Urgences est la seule solution disponible.

On voit s'étendre un certain nombre d'expérimentations financées par les ARS visant à organiser des astreintes d'infirmiers de nuit mutualisés entre plusieurs EHPAD (Auvergne, Pays-de-la-Loire, Champagne-Ardenne, Lorraine etc.). Dans ces expérimentations, les infirmiers assurent les astreintes de nuit 7j/7, et de 20H00 à 06H00 du matin. Une convention de partenariat est établie à cette occasion qui précise, outre le champ et les modalités d'intervention des infirmiers, les engagements réciproques des différents acteurs ainsi que le rôle des médecins traitants pour réaliser des protocoles individualisés et des prescriptions anticipées en cas de besoin. La présence d'infirmiers de nuit dans les EHPAD facilite la mission des médecins régulateurs et des médecins effecteurs.

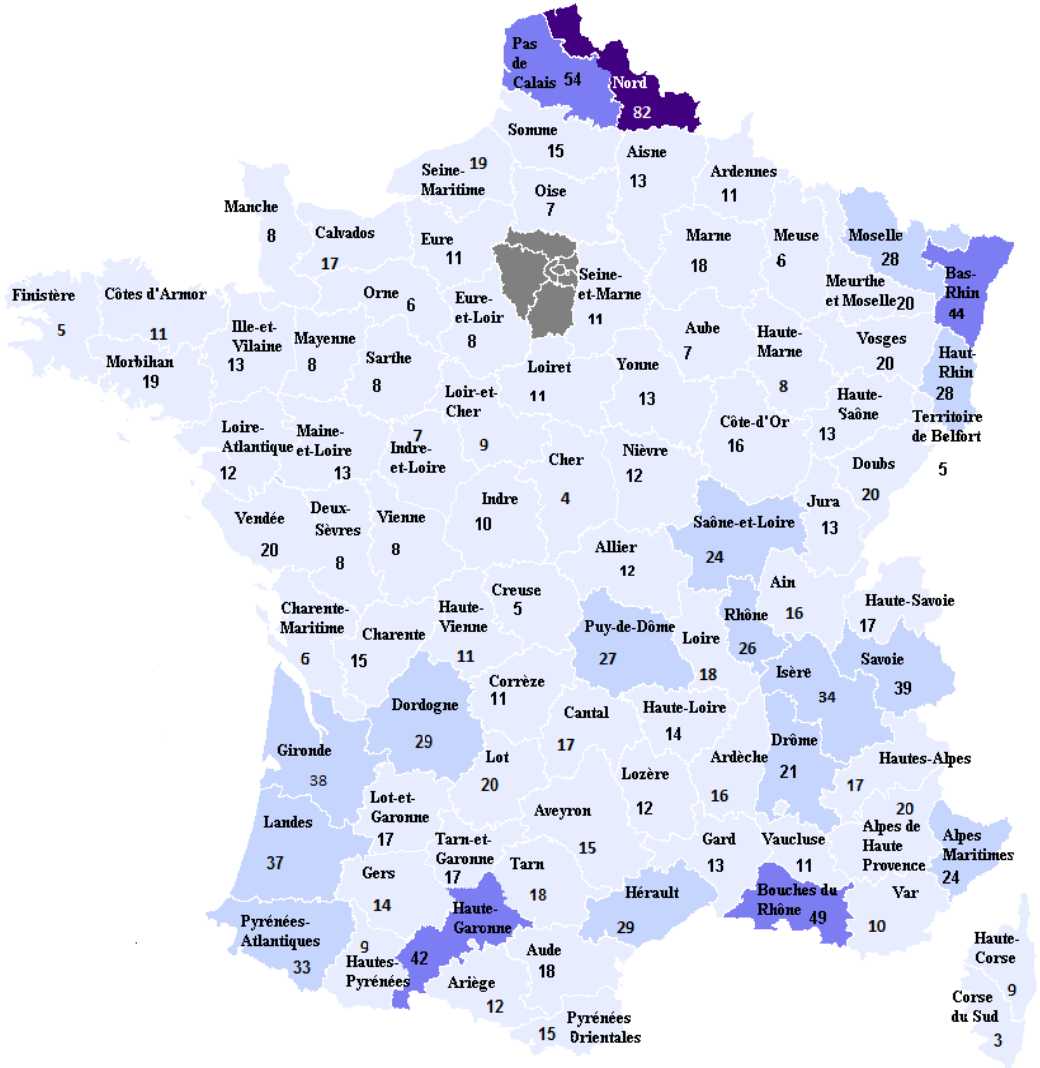
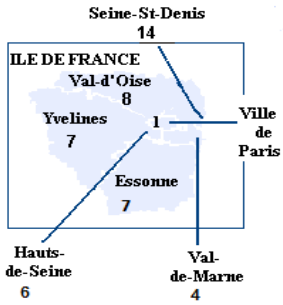
Ainsi, en Pays-de-Loire, il ressort des données d'activité que sur l'ensemble des situations gérées par l'infirmier d'astreinte, seuls 18 % nécessitent une intervention de la régulation (que ce soit pour un conseil ou un transfert vers les Urgences). Sur les autres 82 %, plus des 2/3 nécessitent une intervention sur site de l'IDE, le reste étant résolu par téléphone.

En Meurthe et Moselle, le SAMU du CHU de Nancy a mis en place en 2016 un dispositif de télé-médecine dans 12 EHPAD de Meurthe-et-Moselle, avec la collaboration du groupement de coopération sanitaire (GCS) Télésanté Lorraine et l'appui de l'ARS. L'application permet aussi au régulateur de disposer d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) réalisé par l'EHPAD. Il décrit les antécédents, les traitements, l'état de dépendance du résident, ou encore ses éventuelles directives anticipées.

**LES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS
DE 20H00 À MINUIT - AU 31 DÉCEMBRE 2016 - (1616 SECTEURS)**



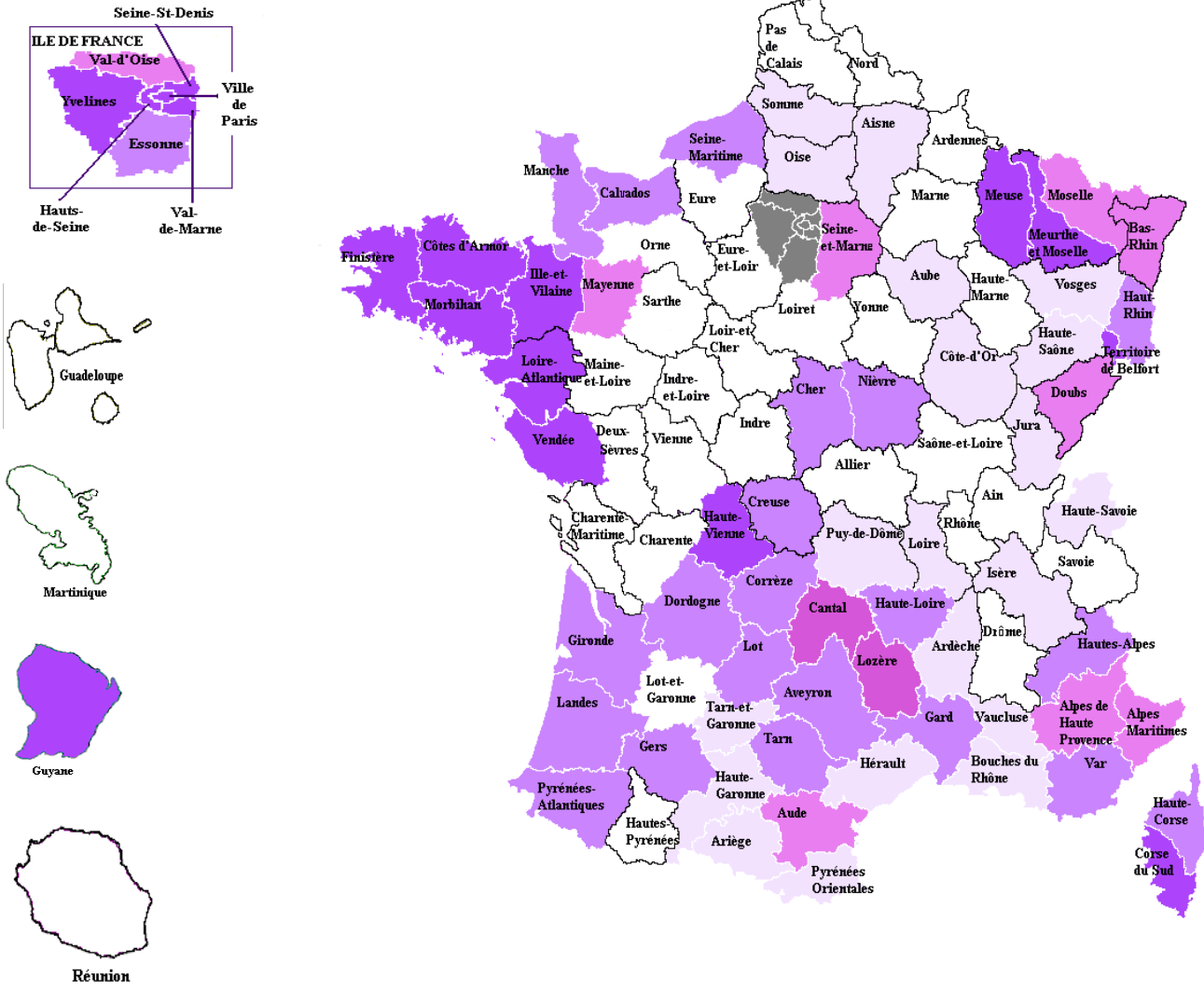
- RAPPEL -
LES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS
DE 20H00 À MINUIT - AU 31 DECEMBRE 2015 - (1631 SECTEURS)



LEGENDE

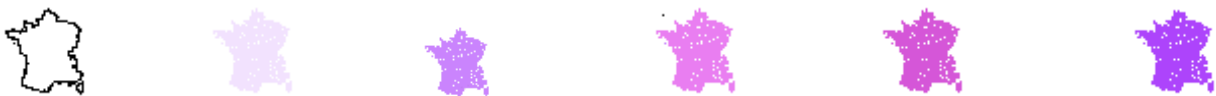


**LA COUVERTURE DE LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE - DE MINUIT À 8H00
AU 31 DECEMBRE 2016**



LEGENDE

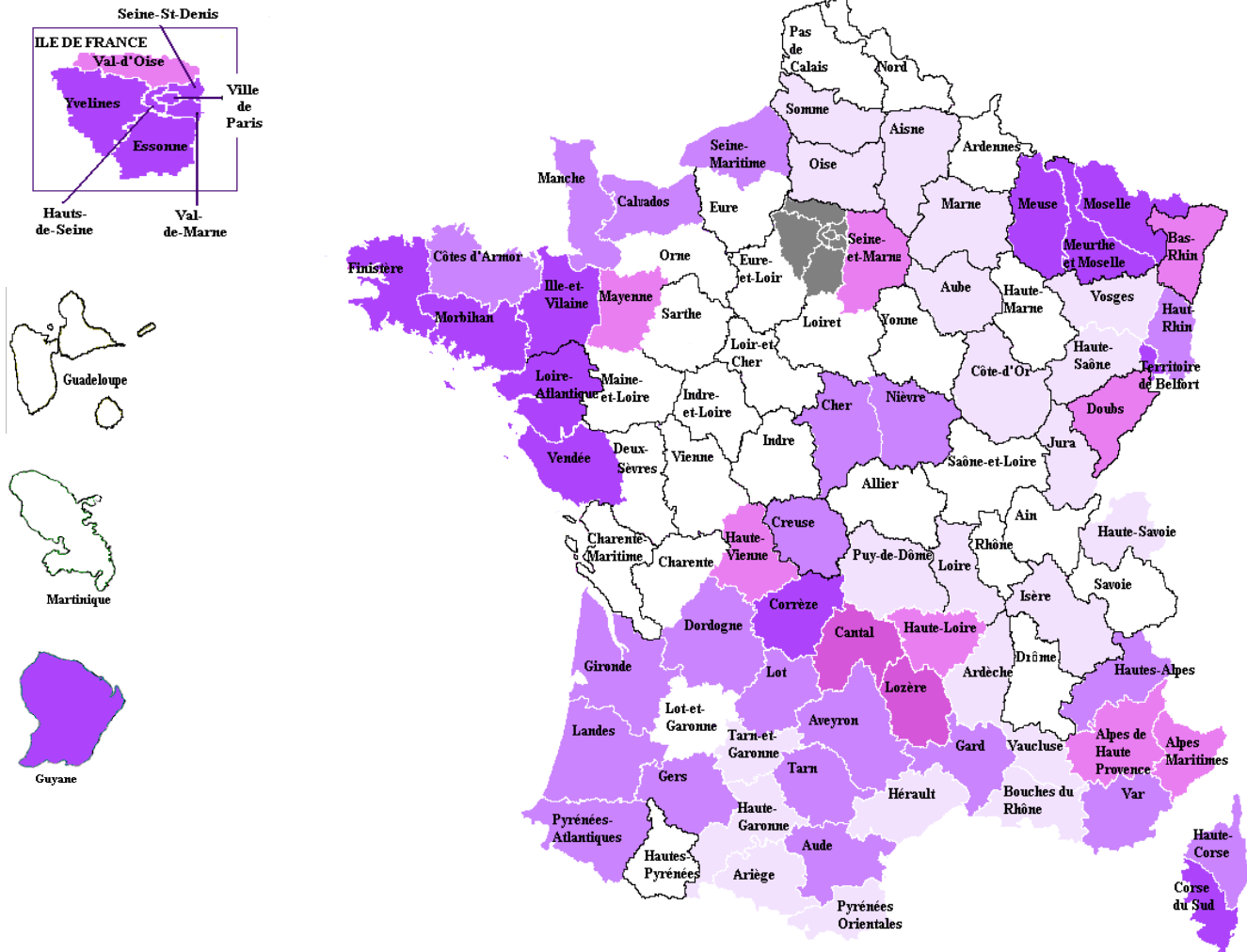
Pas de couverture de 1 à 24 % de 25 à 50 % de 51 à 75 % de 76 à 99 % Couverture totale



Pourcentage de territoires couverts

- RAPPEL -

**LA COUVERTURE DE LA PERMANENCE DES SOINS
DE MINUIT A 8H00 - AU 31 DECEMBRE 2015**



LEGENDE

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



Pourcentage de territoires couverts

c) Les points fixes de permanence des soins ambulatoires

Les 85 conseils départementaux dans lesquels existent des lieux d'effecton fixe ont répondu.

Combien en existe-t-il ?	452	
Combien de territoires de PDS couvrent-ils ?	499	
	OUI	NON
Les patients peuvent-ils, dans la pratique, y accéder sans régulation médicale ?	49	36
Un centre de santé (mutualiste ou municipal) s'est-il positionné pour participer à la PDS avec ses médecins salariés?	11	74
Existe-t-il des systèmes permettant l'acheminement vers l'effecteur fixe des patients mobilisables mais ne disposant pas d'un moyen de transport ?	18	67
Sur les territoires couverts par ces lieux d'effecton fixe, existe-t-il des dispositifs de prise en charge des visites incompressibles ?	53	32

Il existe 452 lieux d'effecton fixe de la permanence des soins. Ce nombre est en légère progression (443 en 2015).

Les lieux d'effecton fixe couvrent 31 % des territoires de permanence des soins

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

Il est à noter que dans 49 départements, l'accès à ces sites d'effecton n'est pas régulé systématiquement en amont et les patients peuvent s'y rendre directement.

LES LIEUX D'EFFECTION FIXE

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

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

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

La création de lieux d'effection fixe a été l'une des conditions de la resectorisation départementale, dans les années passées, et l'on ne peut s'empêcher de faire un lien entre le faible nombre de créations de sites dédiés à la permanence des soins en 2015 et le fait, comme on l'a vu précédemment, que la resectorisation marque le pas.

A périmètre égal, on constate en 2016, la création de 11 lieux d'effection fixe contre 12 en 2015.

C'est le cas en Moselle, en Haute-Marne, en Seine Saint-Denis, dans le Puy de Dôme, dans le Var, dans le Morbihan et en Haute-Garonne.

Un lieu d'effection fixe vient de cesser son activité dans la Haute Vallée de l'Aude dans la mesure où la promesse de la mise à disposition d'un transport n'a pas été mise en œuvre.

Dans le département des Hauts de Seine, 2 lieux d'effection fixes ont été supprimés en raison d'un manque d'activité pour l'un et d'un manque de volontaires pour l'autre.

Certaines maisons médicales de garde existent mais ne fonctionnent pas comme dans le Loir et Cher où 2 lieux d'effection fixes ne fonctionnent pas.

En Guadeloupe, une maison médicale de garde n'est pas opérationnelle en raison de sa proximité avec une structure hospitalière.

Dans les Hautes-Pyrénées, une maison médicale de garde est sur le point de fermer en raison d'un manque de fréquentation.

Des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins se sont étonnés, à cet égard, de la faible activité de certains points de garde régulés alors que les services des Urgences ou les associations médicales effectuant des visites à domicile peuvent eux se déclarer débordés.

Dans le département des Yvelines, pour désengorger le service des urgences de l'hôpital de Poissy, un projet a été présenté par des médecins libéraux pour assurer les « urgences pédiatriques » ne nécessitant pas d'accès aux plateaux techniques. Ce projet consistant à mettre en place une maison médicale pédiatrique au sein des urgences de l'hôpital aux horaires de PDSA semble freiner par la caisse d'assurance maladie. Ces lieux d'effectation fixes peuvent constituer un terrain de stage pour les internes.

- **Le transport vers le lieu d'effectation fixe de garde**

On peut déjà noter que les cahiers des cahiers des charges régionaux sont discrets sur ce point et que dans l'ensemble des modifications portées à notre connaissance.

Certaines ARS estimeraient qu'une enveloppe ne peut être justifiée pour mobiliser des transports sur la base de critères sociaux, mais uniquement pour des raisons liées à l'état de santé des patients. Elles considèrent que les transports sur la base de critères sociaux doivent être pris en charge par les conseils généraux.

D'autres ARS prévoiraient une enveloppe financière pour acheminer vers un effecteur fixe des patients mobilisables mais ne disposant pas de moyens de transport. On peut citer pour exemple l'Orne où il est prévu une enveloppe pour les transports des patients qui ne disposent pas de moyen de locomotion. Egalement, en Indre-et-Loire, des transports en ambulance peuvent être pris en charge dans le cadre de la PDS sur un secteur mais l'enveloppe semble être très peu utilisée. De même, dans le département du Pas-de-Calais, alors qu'une enveloppe est prévue pour le transport par taxi, celle-ci semble ne pas être utilisée car les patients disposeraient en général de moyens de transport.

Dans le département de l'Aube, l'expérimentation des transports sociaux qui était mise en œuvre sur un secteur n'a pas été prolongée, de même que dans le département de la Haute-Marne.

A la Réunion, l'expérimentation prévue par le cahier des charges n'a toujours pas vu le jour.

On peut s'interroger sur le manque de succès de ces expérimentations alors qu'un réel besoin avait été identifié.

- **Les visites incompressibles**

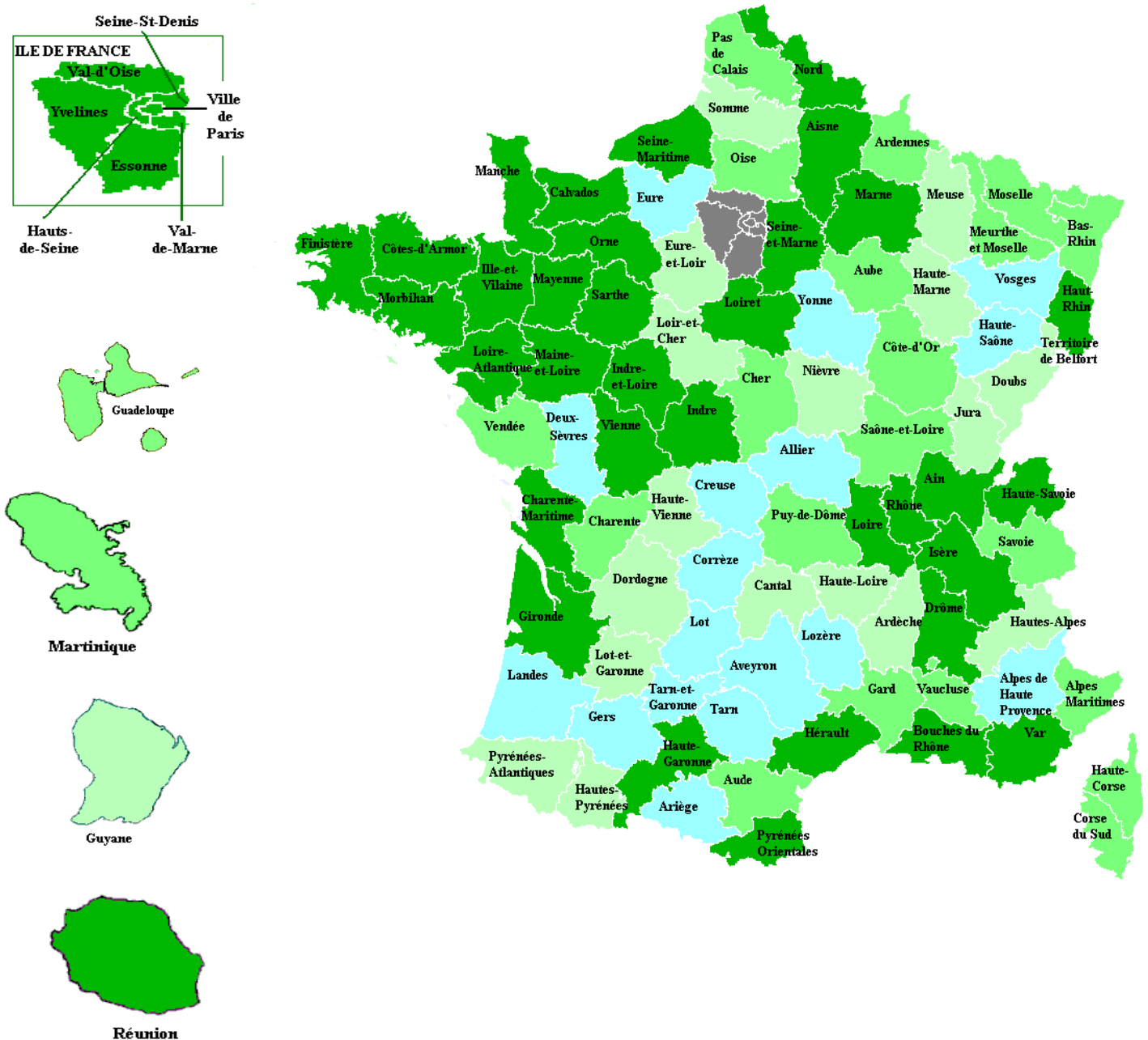
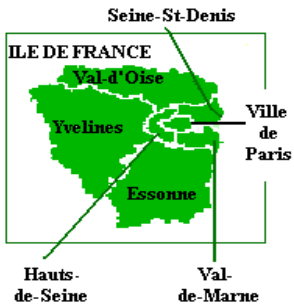
Sur les territoires où la permanence des soins ambulatoire est effectuée par un effecteur fixe sur une maison médicale de garde, la gestion des visites incompressibles pose un problème de disponibilité des médecins et de l'étendue des territoires à couvrir. Ces visites ne doivent être effectuées qu'après une régulation médicale libérale.

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

Dans une trentaine de départements, les médecins exerçant en lieux d'effectation fixes sortent pour effectuer des visites incompressibles (par exemple, dans le Vaucluse, l'Aude, la Dordogne, le Gard, le Jura, la Loire, la Haute-Loire).

D'autres, moins nombreux, bénéficient d'un médecin mobile en renfort susceptible de les effectuer (par exemple dans le Puy-de-Dôme, la Mayenne, le Doubs, la Drôme, la Gironde).

SITES DEDIEÉS A LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 DECEMBRE 2016



LEGENDE

Aucun site



1 à 2 sites



3 à 4 sites

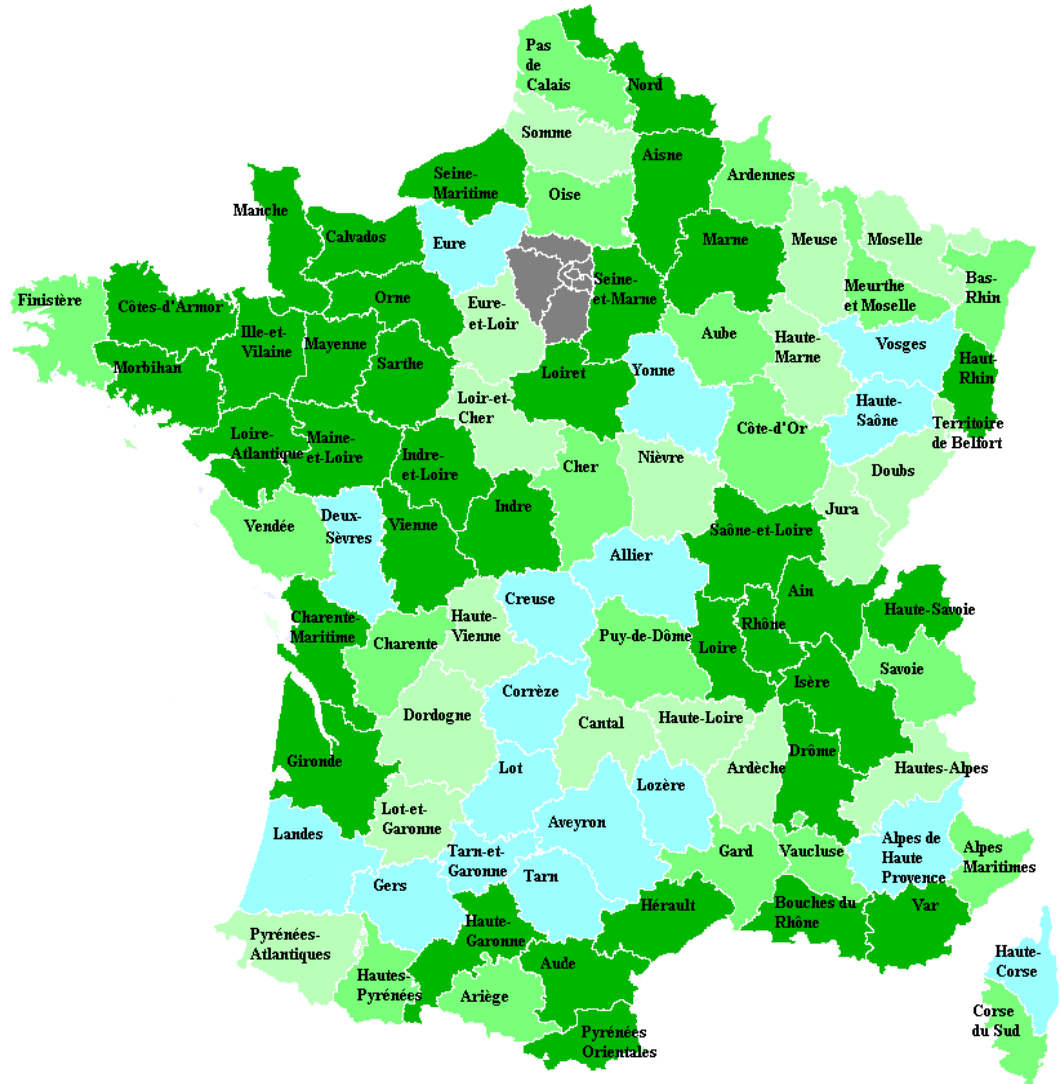
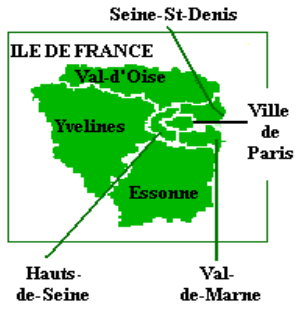


+ de 4 sites



- RAPPEL -

**SITES DEDIEÉS A LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 DECEMBRE 2015**



LEGENDE





ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

% de TERRITOIRES COUVERTS PAR DES LIEUX D'EFFECTION FIXE EN PDS (week-ends et fériés)			
VAL D'OISE	100,00	ARDENNES	27,27
CALVADOS	100,00	RHONE	26,92
INDRE ET LOIRE	100,00	PYRENEES ORIENTALES	26,67
LOIRE ATLANTIQUE	100,00	ISERE	26,47
MAINE ET LOIRE	100,00	VAUCLUSE	25,93
MANCHE	100,00	DROME	23,81
MAYENNE	100,00	CANTAL	23,53
ORNE	100,00	FINISTERE	22,72
SARTHE	100,00	CHARENTE	20,00
PARIS (VILLE DE PARIS)	100,00	BELFORT (TERRIT. DE)	20,00
YVELINES	100,00	PYRENEES (HAUTES)	20,00
VIENNE	100,00	BOUCHES DU RHONE	18,75
ESSONNE	100,00	ARDECHE	18,75
HAUTS DE SEINE	100,00	SAONE ET LOIRE	18,18
VAL DE MARNE	100,00	ALPES-MARITIMES	16,67
MARTINIQUE	100,00	MEUSE	16,67
GUYANE	100,00	NIEVRE	16,66
CORSE DU SUD	100,00	LOIRE (HAUTE-)	14,29
REUNION	90,00	MOSELLE	14,28
VAR	90,00	SOMME	13,33
CHARENTE MARITIME	75,00	COTE D'OR	12,50
ARIEGE	75,00	EURE ET LOIR	12,50
COTE D'ARMOR	72,73	MARNE (HAUTE-)	12,50
LOIRE	72,00	SAVOIE	10,26
SEINE-MARITIME	68,42	DOUBS	10,00
MARNE	64,29	PAS DE CALAIS	9,43
SEINE ET MARNE	63,63	VIENNE (HAUTE)	9,09
MEURTHE ET MOSELLE	60,00	JURA	7,69
OISE	57,14	RHIN (BAS)	6,82
GUADELOUPE	54,55	LOT ET GARONNE	5,88
LOIRET	54,54	VENDEE	5,00
ILLE ET VILAINE	53,85	DORDOGNE	3,57
SAVOIE (HAUTE-)	53,85	PYRENEES ATLANTIQUES	3,03
CHER	50,00	ALLIER	0,00
GIRONDE	50,00	ALPES DE-HTE-PROV.	0,00
INDRE	50,00	AVEYRON	0,00
SEINE ST DENIS	50,00	CORREZE	0,00
AISNE	46,15	CREUSE	0,00
LOIR ET CHER	44,44	EURE	0,00
MORBIHAN	42,11	GERS	0,00
AIN	38,46	LOZERE	0,00
PUY DE DOME	38,09	SAONE (HAUTE-)	0,00
RHIN (HAUT-)	32,00	TARN	0,00
GARD	30,77	TARN ET GARONNE	0,00
AUDE	30,76	LANDES	0,00
HERAULT	29,63	LOT	0,00
ALPES (HAUTES-)	29,41	VOSGES	0,00
AUBE	28,57	YONNE	0,00
NORD	28,05		

- **L'effectation sur les territoires où n'existent pas de sites dédiés**

Lorsqu'il n'existe pas de site dédié, le médecin effectue à son cabinet une consultation après régulation en participant à un tour de garde avec des confrères du secteur, organisation transmise au Conseil départemental de l'Ordre des médecins et au SAMU CENTRE 15. Cependant, il doit effectuer des visites à la demande du centre 15 qui jugent de l'opportunité de déplacer un médecin à domicile

Dans les territoires ne disposant pas de lieux d'effectation fixe, 65 Conseils départementaux de l'Ordre des médecins ont indiqué que les médecins de garde réalisaient des visites au domicile des patients.

- **L'effectation mobile**

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

Dans le cadre de sa réorganisation territoriale, le département de l'Indre a mis en place en 2016 un dispositif d'effecteurs mobiles.

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

Parmi les départements à avoir mis en place un tel dispositif d'effecteurs mobiles en 2015, on peut remarquer que sa pérennité peut être remise en cause. Par exemple, dans l'Indre et Loire où il semblerait susciter peu d'intérêt en raison du fait que la majorité des actes concernent l'établissement de certificats de décès.

d) La rémunération des effecteurs

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

En 2016, il n'y pas eu à notre connaissance de revalorisation des forfaits d'astreinte des effecteurs.

FOCUS SUR LE DISPOSITIF DEROGATOIRE DE FINANCEMENT DE LA PDSA

L'expérimentation des Pays de Loire qui consiste à financer globalement la permanence des soins ambulatoires par une enveloppe dédiée qui englobe les montants des actes et des forfaits d'astreinte.

Ce dispositif a été élargi par l'article 69 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 qui prévoit un dispositif dérogatoire de financement de la permanence des soins ambulatoires.

Cet article permet, aux ARS se portant volontaires d'être autorisées à financer, par des crédits du fonds d'intervention régional qui leur sont délégués à cet effet aussi bien la rémunération forfaitaire des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, que la rémunération des actes effectués dans le cadre de la permanence des soins. Cette dotation peut être autorisée dans tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires.

Cependant, il existe un certain nombre de territoires où le nombre de médecins y participant est faible où le revenu astreinte + honoraires est peu attractif entraînant à terme le possible non volontariat. Ce système de forfaitisation pourrait être une solution si cette demande émane des médecins de terrain.

MONTANT FORFAITAIRE DES ASTREINTES D'EFFECTION

REGIONS	20H- 24H	MINUIT - 8H	SAMEDI APRES-MIDI 12H - 20H	DIMANCHES, FERIES/PONTS 8H-20H
ALSACE	50 €	100 € <i>350 € à Mulhouse De minuit à 8h (regroupement de 6 secteurs)</i>	100 €	150 €
AQUITAINE	50 €	100 € <i>300€ dans tous les secteurs situés à plus de 30min d'un SMUR</i>	100 €	150 €
AUVERGNE	50 €	150 €	150 €	150 €
BOURGOGNE	50 € <i>Double pour l'effection mobile</i>	100 €	100 €	150 €
CENTRE-VAL DE LOIRE	50 € proratisé	100 €	100 €	150 €
CHAMPAGNE- ARDENNE	61 €	123 €	123 € <i>samedi suivant un jour férié : 61,60 €</i>	185 €
CORSE	50 €	100 €	100 € à 150 € selon les secteurs	150 € à 250 € selon les secteurs
FRANCHE- COMTE	50 €	100 €	100 € <i>50 € le samedi de 8h à 12h lorsqu'il suit un jour férié</i>	150 €
LANGUEDOC- ROUSSILLON	50 €	100 € <i>120€ dans tous les secteurs situés à 30 min d'un SMUR</i>	100 €	150 €
MIDI- PYRENEES	50 € <i>100 € si arrêt à minuit</i>	150 €/ 300 € <i>Selon les secteurs</i>	100 €	150 €
NORD PAS DE CALAIS	50 €	450 € sur les 7 grands secteurs	100 €	150 €
BASSE NORMANDIE	50 €	100 €	150 € proratisé	200 €
PAYS DE LA LOIRE	50 €	100 € sauf Vendée et Loire- Atlantique où l'astreinte d'effecteur mobile est de 450€	100 €	150 €
PICARDIE	100 €	200 €	200 €	300 €
POITOU-	50 €	SANS OBJET	100 €	150 €
PACA	50 €	100 €	100 €	150 €
RHONE-ALPES	50 €	100 €	100 €	150 €
GUYANE	165,60 €	331,20 €	331,20 €	496,80 €
GUADELOUPE	50 €	100 €	100 €	150 €
MARTINIQUE	135 €	270 € pour les nuits des 24 & 31 déc. & 1 ^{er} janvier	210 €	210 €

ILE DE FRANCE	200€ dégressif en fonction du nombre d'actes 50€ pour les mobiles sauf effecteurs mobiles ruraux et grands effecteurs dans les Yvelines	100€ sauf effecteurs mobiles ruraux et grands effecteurs dans les Yvelines	200€ en posté par tranche de 4 heures avec dégressivité 150€ pour les mobiles sauf mobiles ruraux et grands effecteurs dans les Yvelines	
HAUTE-NORMANDIE	50€ en posté 100€ en mobile	100€ en posté 200€ en mobile	100€ en posté 134€ en mobile	150€ en posté 200€ en mobile
LORRAINE	50€ et 75€ en rural	150€, sauf en Meuse 450€ sur grand secteur	100€	150€
REUNION	50€ en fixe 100€ en mobile		75€ en fixe 150€ en mobile	150€ en fixe 300€ en mobile
BRETAGNE	50€ en posté 50€ en mobile urbain 50€ en mobile rural	100€ en mobile urbain 500€ en mobile rural	100 € en posté 100€ en mobile urbain 150€ en mobile rural	150 € en posté 150€ en mobile urbain 200€ en mobile rural
LIMOUSIN	<p>Le Limousin compte de nombreuses spécificités dans la rémunération de l'effecteur.</p> <p>Les effecteurs postés perçoivent 50 € de 20h à minuit en zone rurale et urbaine.</p> <p>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>			

III- PARTICIPATION DES MEDECINS

1) Participation des médecins généralistes

Dans 60 départements, le pourcentage des volontaires reste supérieur à 60 %. On dénombrait 66 départements en 2015. En moyenne quand on interroge les conseils départementaux, on constate une baisse du volontariat de 2 points de pourcentage (soit une participation de 63%)

L'analyse du volontariat, département par département, est cependant fortement contrastée : 30 départements enregistrent une baisse et 15 signalent une hausse.

11 départements ont enregistré une baisse de 10 % et plus (Charente, Loire Atlantique, Nord, Val d'Oise, Haute-Vienne, Seine Maritime, Moselle, Morbihan, Haute-Corse, Ariège,) alors que 2 connaissent une amplitude positive dans les mêmes proportions (Lot, Martinique). Les baisses comme les hausses peuvent concerner les départements ruraux comme les départements disposant de centres urbains importants.

En 2016, il reste 263 territoires où la permanence des soins est assurée par 5 médecins au plus (contre 277 en 2015 et 285 en 2014).

L'analyse des données fournies par les médecins des 87 départements utilisant Ordigard pour l'effectif et des 55 départements l'utilisant pour la régulation fait ressortir que :

- l'âge moyen des médecins effecteurs est de 50 ans, celui des régulateurs est de 55 ans (contre 54 ans pour l'âge moyen des généralistes installés).
- la proportion des médecins effecteurs (ayant effectué au moins une garde) est de 31 % pour les moins de 40 ans et de 17 % pour les plus de 60 ans.
- la proportion d'effecteurs en fonction du sexe correspond à celle des médecins généralistes installés (65% d'hommes et 35% de femmes).
- la proportion des régulateurs en fonction du sexe est supérieure à celle des médecins généralistes installés (70% d'hommes et 30% de femmes).
- la proportion de médecins se faisant remplacer au moins une fois dans l'année est de 27 % avec de fortes variations (de 3% dans les Landes à plus de 60% en Ariège). Les remplacements sont assurés à plus de 50% par des étudiants, 29% par des médecins non installés, et 20% par des médecins installés.
- chaque médecin assure en moyenne 35 gardes par an avec des pics de plus de 100 gardes en Corse du Sud et Alpes de Haute-Provence, et des moyennes inférieures à 15 gardes annuelles en Haute-Savoie et dans la Vienne. ¹

¹ Cette donnée exclut les médecins assurant moins de 2 gardes et plus de 500 gardes par an

L'implication des médecins reste fragilisée par des facteurs déjà décrits précédemment, comme :

- Une activité souvent intense en dehors des horaires de PDS ;
- Une démographie médicale déclinante ;
- Une pyramide des âges inversée ;
- Et, dans certains cas, l'absence de réponse à leurs attentes en matière d'organisation et de financement (citons ici, les difficultés de financement des MMG, de même que l'absence de revalorisation du montant des astreintes, ou le refus de l'Etat de mettre en place une protection juridique et financière aux dommages subis par les médecins effecteurs à l'occasion de cette mission de service public) ;
- La remise en cause de la mission de service public des médecins effecteurs.

Sur ce dernier point, le Tribunal des conflits (affaire n° 4046 du 11 avril 2016) a jugé que l'activité d'un médecin effecteur de la permanence des soins, intervenant sur appel du médecin régulateur du SAMU, ne constitue pas une mission de service public mais une modalité d'exercice de la profession libérale du médecin.

Quelques mois auparavant un décret du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public citait expressément les médecins participant à la permanence des soins ambulatoire et ce texte visait nécessairement les médecins effecteurs puisqu'il évoque: « les rémunérations à l'acte versées par les caisses primaires d'assurance maladie. »

Comprenez qui pourra !

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a saisi rapidement la Ministre de la Santé et les assureurs en RCP médicale. Si la réponse des assureurs a été rassurante en ce sens qu'ils continueront à garantir leurs sociétaires le silence du ministère a accru notre inquiétude.

Avec l'ensemble des syndicats de médecins libéraux le Conseil national de l'Ordre des médecins a adressé un nouveau courrier, le 17 octobre 2016, à la Ministre de la Santé demandant que la mission de service public soit rétablie par amendement gouvernemental dans le PLFSS 2017 qui était en cours de discussion (les amendements parlementaires étant irrecevables).

L'Ordre des médecins et les syndicats médicaux représentatifs lui ont communiqué une proposition d'amendement et ont attiré son attention sur les risques de la situation actuelle pour les médecins volontaires :

- risque très majoré de faire l'objet de poursuites disciplinaires ;
- absence de protection assurantielle (prévoyance) pour les dommages qu'ils subissent, notamment en cas d'arrêt de travail ;
- absence d'assurance en responsabilité civile pour les médecins dont la permanence des soins pourrait être la seule activité libérale.

Aucune suite n'a été apportée à cette demande qu'il conviendra de renouveler dans les mois qui viennent.

Les médecins nous font également comprendre qu'ils se sentent moins impliqués dans des territoires qu'ils jugent trop grands et déconnectés des relations professionnelles et

confraternelles de proximité. Il est pourtant difficile d'écrire que la resectorisation tarit l'offre de soins dès lors que bien souvent elle a été mise en place pour compenser le manque de médecins installés et le déclin du volontariat.

Dans le même ordre d'idée, **le développement de la régulation rationalise les actes des effecteurs, ce qui diminue les rémunérations que les médecins en tirent**, d'où un plus faible intérêt. C'est pour contrer cette cause de désaffection que la forfaitisation de la garde a été tentée en Pays-de-Loire. Les pouvoirs publics font état de résultats encourageants, ce que ne nous confirment pas tous les départements concernés.

2) Participation des médecins remplaçants et retraités

Afin d'élargir la base des possibles volontaires, le Conseil national de l'Ordre des médecins a obtenu de la CNAMTS qu'elle mette à disposition des médecins non installés (remplaçants exclusifs, retraités et salariés) susceptibles de participer à la permanence des soins, en leur nom propre, des feuilles de soins et/ou des cartes CPS assurant les services de la télétransmission.

Actuellement, sur les 30 Conseils départementaux de l'Ordre des médecins concernés, 20 d'entre eux nous informent que les retraités ou remplaçants assurant la permanence des soins en leur nom propre ont pu obtenir des feuilles de soins.

Des difficultés nous ont été signalées pour la délivrance de cartes CPS. Elles sont reconnues par la CNAMTS qui s'est engagée à les résoudre.

Cela a pu mettre en difficulté le fonctionnement d'un lieu d'affectation fixe de garde.

3) Participation des médecins salariés des centres de santé (mutualistes ou municipaux)

En 2016, seuls 13 Conseils départementaux de l'Ordre des médecins nous ont signalés la participation des médecins salariés de centres de santé à la permanence des soins ambulatoire.

Un décret du 27 janvier 2015 permet désormais au fonds d'intervention régional de rémunérer les centres de santé dans lesquels les médecins assurent des gardes. Ils n'auront donc pas à subir les contraintes des déclarations sociales et des charges sociales pour une activité libérale très modeste, crainte qui les empêchait d'envisager leur participation au dispositif.

La levée de ce frein (étendue aussi aux médecins salariés des hôpitaux par décret du 30 décembre 2015) permet de rappeler que le volontariat ne peut plus reposer uniquement sur les médecins généralistes libéraux, en particulier ceux qui sont installés.

Alors que le Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Haut-Rhin nous signalait dès 2014 la participation des médecins salariés de centres de santé, il nous indique qu'ils ne

participent désormais plus à la permanence des soins ambulatoires en 2016, pour des raisons liées à la durée de travail.

Cette participation des médecins salariés des centres de santé est d'autant plus nécessaire qu'en 2015, dans le département de la Haute-Marne, des médecins ont refusé d'assurer leur garde au motif que les médecins du centre de santé n'en effectuaient pas. Il nous a également été signalé des tensions pour la même raison en Loir-et-Cher.

4) Participation des médecins hospitaliers exerçant dans des établissements publics de santé

Dans le département des Bouches du Rhône, les médecins libéraux ont interrogés, via le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, l'ARS sur la participation des médecins contractuels exerçant en consultations avancées au CH de Martigues. A cet effet, les textes législatifs et réglementaires prévoit la possibilité pour les médecins ayant conservé la pratique clinique de participer à la permanence des soins ambulatoires. Tel n'a pas été l'analyse de l'ARS PACA, contestée par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

EXPLICATIONS SUR LES POURCENTAGES DU VOLONTARIAT DANS LES CARTES ANNEXEES

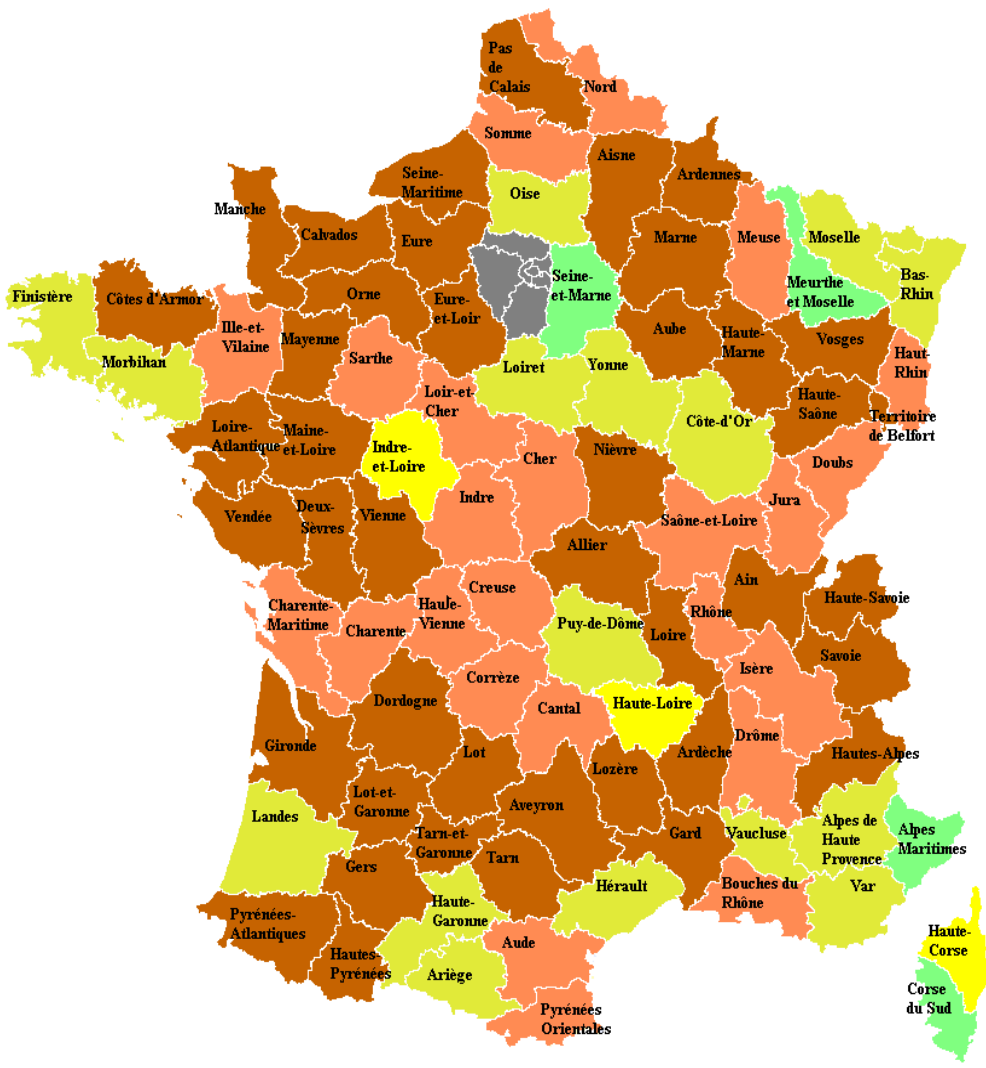
Ces pourcentages constituent des moyennes par département avec de fortes disparités entre les territoires urbains et les territoires ruraux (où les solidarités confraternelles s'expriment plus fortement). La forte mobilisation des praticiens dans la majorité des départements ne doit pas occulter les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

Ces pourcentages ont pris généralement pour base le nombre de médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, non exemptés de garde et assurant effectivement une activité de médecine générale. Il y a lieu de rappeler ici qu'un nombre non négligeable de médecins généralistes inscrits en cette qualité au conseil de l'Ordre n'ont pas, en réalité, une activité de médecine générale.

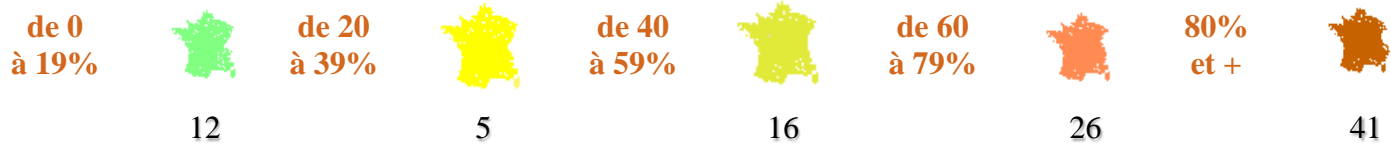
La participation des médecins à la permanence des soins renvoie à des réalités humaines et professionnelles très différentes compte tenu de la démographie médicale. Ainsi, dans les grands centres urbains, la permanence des soins est assez généralement assurée par un très faible nombre de praticiens regroupés en associations spécialisées de type SOS Médecins. Dans ce cas, le pourcentage de médecins volontaires est minime mais suffisant. Dans ces zones urbaines, des médecins généralistes ont accepté de participer à la régulation médicale et permettent de soulager les médecins en zone rurale ou périurbaine. Il s'agit là aussi d'une forme de solidarité confraternelle. Il est également difficile de comparer la participation aux gardes dans des territoires ne comportant qu'un faible nombre de médecins et dans des territoires comptant 30 médecins. De même, la situation est différente dans les territoires assurant la permanence des soins de 20H00 à minuit ou toute la nuit, ou encore uniquement les fins de semaine. Les petits territoires constitués entre médecins qui se connaissent tous fonctionnent très bien actuellement ; cependant, leur avenir est menacé à court ou moyen terme faute de nouvelles installations de médecins et/ou si de nouvelles organisations 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 déssectorisation menée sous l'égide de l'ARS.

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

LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2016

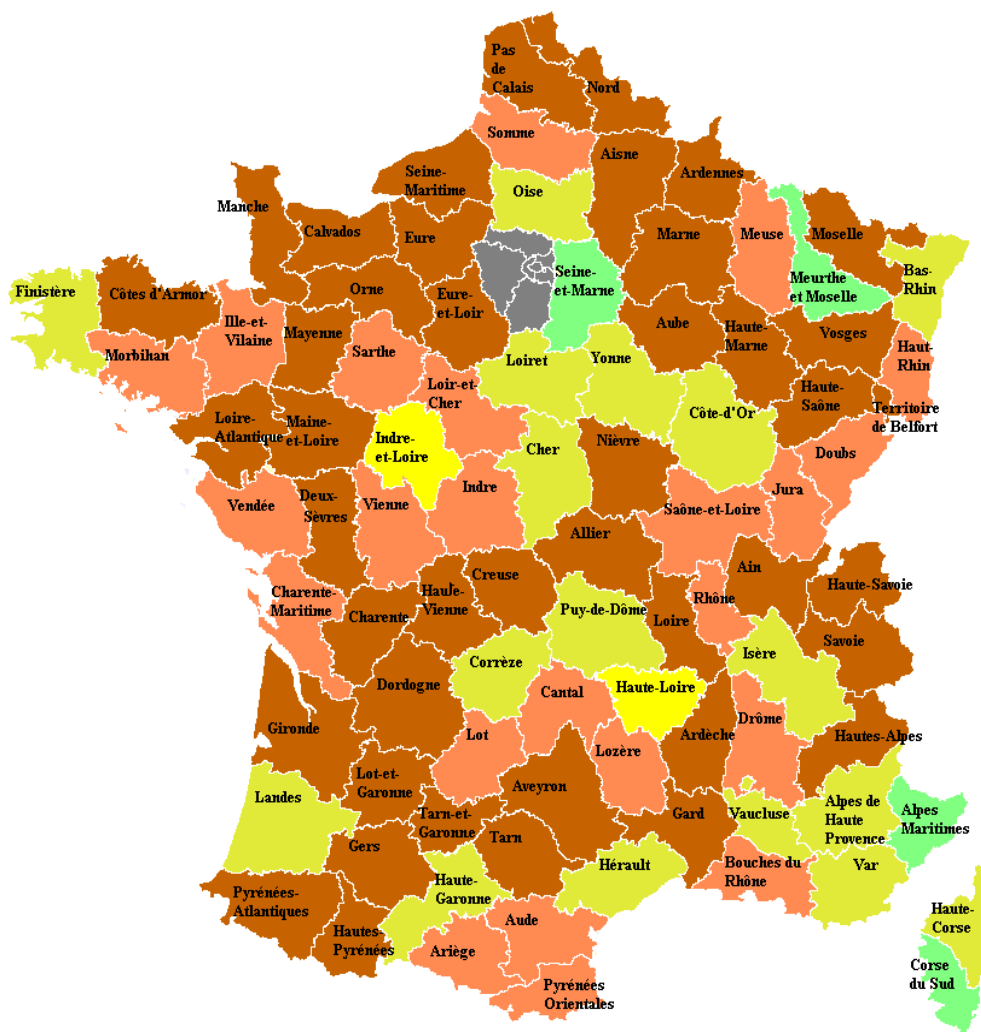


LEGENDE

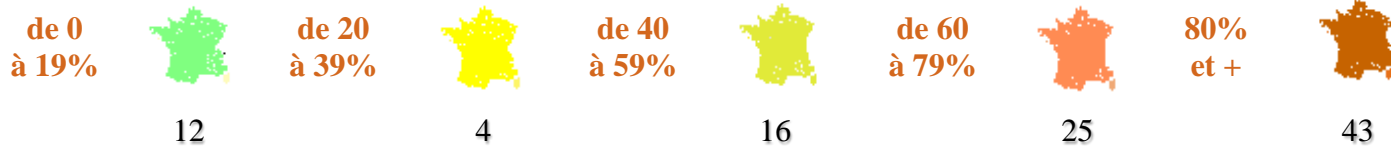


- RAPPEL -

**LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
À LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2015**



LEGENDE



IV- ACTES MEDICO ADMINISTRATIFS ET PDSA

1) Les certificats de décès

Comme c'est le cas depuis quelques années, dans plus de 80 départements, les certificats de décès sont réalisés par les médecins de garde alors même que le ministère de la Santé a rappelé, dans une réponse écrite publiée au Journal Officiel (*JO Sénat du 05/05/2011 – p. 1191*) et dans une réponse orale publiée au Journal Officiel (*JO Assemblée Nationale du 28/04/2010 – p. 2412*), que l'établissement de certificats de décès ne faisait pas explicitement partie de la mission des médecins de garde dans le cadre de la PDSA. Il a toutefois précisé que rien n'interdisait aux CCR d'apporter une réponse à cette question.

Le rapport parlementaire de 2015 prévoit explicitement dans ses recommandations que les CCR doivent consacrer obligatoirement un point à cette question en s'inspirant de celui établi par l'ARS Poitou-Charentes.

Il est ainsi désormais codifié à l'article L.162-5-14-2 du code de la sécurité sociale, que :
« *Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès [...] réalisé au domicile du patient aux horaires et dans les conditions fixées par décret, sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les médecins sont tenus de respecter ces tarifs.* »

Le décret précisant les conditions d'application de cet article est toujours en attente, malgré les demandes insistantes du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Il conviendra de veiller à l'articulation de cette disposition générale (qui ne concerne pas que le dispositif spécifique de la PDSA) avec les rémunérations déjà versées par des ARS dans le cadre de la PDS :

- En Corse, il est prévu, dans le cadre d'une expérimentation prolongée en 2016, de permettre une prise en charge financière pour l'ensemble des médecins (pas spécifiquement les médecins de garde) qui établissent un certificat de décès durant les week-ends et les jours fériés, et les soirées de semaine à hauteur de 90 euros.
- En Poitou-Charentes, le CCR prévoit, depuis plusieurs années, que « *la rémunération de la visite régulée pour constat et certificat de décès est réalisée par le versement forfaitaire d'une majoration de 90 euros appliquée à l'indemnité d'astreinte.* »
- Dans l'Aube, l'expérimentation mise en place en 2014 concernant la réalisation des certificats de décès après régulation est prolongée, en 2016, sur 2 secteurs (Troyes et Romilly-sur-Seine). Sur le secteur de Troyes, il est prévu qu'un médecin soit spécifiquement dédié à la réalisation des actes de décès, et à Romilly-sur-Seine, il s'agit du médecin de garde de la maison médicale de garde qui effectue les certificats de décès à l'issue de la garde.
- En région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, il est écrit que « *la rémunération de la visite régulée pour constat et certificat de décès est réalisée par le versement forfaitaire d'une*

majoration de 55 euros appliquée à l'indemnité d'astreinte ».

De nombreux conseils départementaux nous ont fait savoir que des discussions avaient eu lieu au sujet des certificats de décès lors des CODAMU-PS, notamment dans la Sarthe.

2) Les examens de garde à vue

Cette année encore, l'enquête révèle que, dans 65 départements, les examens de personnes gardées à vue continuent à être majoritairement réalisés par les médecins de garde.

Force est de constater que la tendance ne s'inverse pas, et comme l'indique le rapport parlementaire : « les associations de médecins de type « SOS médecins » ou les médecins libéraux interviennent encore fréquemment dans les commissariats et gendarmeries ».

Pourtant, comme le rappelle le rapport d'information parlementaire de juin 2015 :

« Le maillage territorial des unités médico-judiciaires (UMJ) rattachées à des établissements publics de santé aurait dû permettre, à compter de janvier 2011, la mise en œuvre d'un système de permanences permettant à des médecins légistes de se déplacer dans les commissariats et les gendarmeries pour réaliser les examens médicaux déterminant la compatibilité de l'état de santé du mis en cause avec le séjour en garde à vue.

Cette réforme est très diversement appliquée sur le territoire. Dans de nombreux départements, soit les médecins légistes ne se déplacent pas (ou à des horaires très limités) soit les conditions matérielles d'exercice rendent difficile la mise en œuvre du principe d'examen du patient dans les locaux même de la garde à vue ».

Le CCR du Limousin reste le seul à intégrer les gardes à vue à l'activité des médecins de PDS au titre des visites incompressibles.

Dans le ressort de 47 Tribunaux de Grande Instance (TGI) disposant d'unités médico-judiciaires intervenant 24H/24H (ou aux heures ouvrables mais avec des astreintes prévues aux heures non ouvrables), l'examen des gardés à vue ne devrait 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 46), la réalité est bien différente dès qu'on s'en éloigne.

Dans les territoires où ne se situe aucune UMJ, le ministère de la Justice avait prévu la mise en place de réseaux de proximité constitués de services d'urgence hospitaliers, de médecins libéraux volontaires et/ou d'associations de médecins. Or, peu de conseils départementaux font état de listes de volontaires.

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

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

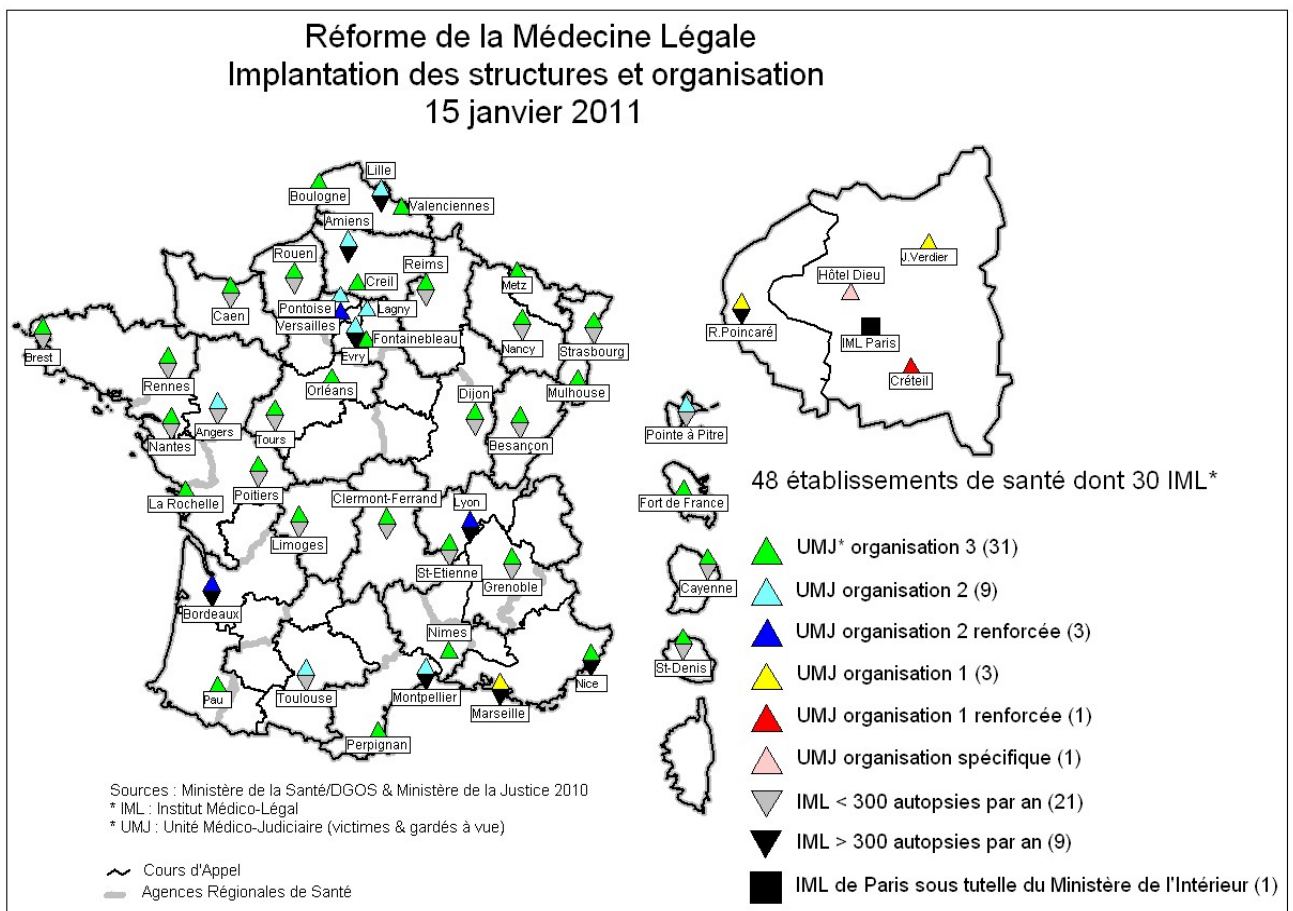
La contractualisation avec les Parquets, annoncée par le ministère de la Justice n'est donc pas effective, et dans la plus grande partie des territoires, les examens des personnes gardées à vue sont encore réalisés par les médecins de garde.

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

BULLETIN OFFICIEL DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS

BOMJL n° 2011-01 du 31 janvier 2011

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



V- ACTIVITES DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX DE L'ORDRE DES MEDECINS

	OUI	NON
Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la PDS, par territoire ?	63	36
Nombre de territoires où le nombre de médecins couvrant la garde est ≤ à 5	277	
Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?	57	44
Y est-il parvenu?	28	35
Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2016?	21	78

1) Les tableaux de garde

63 conseils départementaux indiquent recevoir des listes complètes ou quasiment complètes, ce qui constitue une nouvelle baisse par rapport aux années précédentes (70 en 2015).

L'élaboration, la complétude et la diffusion des tableaux départementaux de la permanence des soins constituent des tâches de plus en plus lourdes pour les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

Là où existent des associations qui organisent la permanence des soins, le travail des conseils départementaux est allégé, en particulier lorsque ces associations se connectent directement à Ordigard. Il arrive aussi également que ce soient les correspondants de secteur, voire même les secrétaires des maisons médicales de garde qui remplissent les tableaux sur Ordigard, sous le contrôle des conseils départementaux.

Près de la moitié des conseils départementaux peuvent être amenés à organiser des conciliations dans les territoires où la défection de quelques médecins menace le dispositif dans sa globalité. Les interventions du conseil départemental ont été, cette année, plus nombreuses.

Leurs résultats sont probants dans 46 % des cas lorsque les difficultés sont isolées, beaucoup moins lorsque le non-volontariat a fait tâche d'huile et laisse des territoires ou des pans de départements entiers dépourvus de médecins. Même dans ce cas, les efforts de persuasion de certains conseils départementaux ont pu aboutir. On notera cependant que la complétude du tableau est de plus en plus difficile à obtenir.

Là encore, les pouvoirs publics doivent comprendre 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 sans eux et sans tenir compte de l'avis de leur Ordre professionnel.

2) Les logiciels de garde

Les conseils départementaux sont, chaque année, plus nombreux à utiliser Ordigard, le logiciel de gestion des tableaux de garde créé par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

87 départements en font usage.

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

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

- Les médecins font la demande de paiement en ligne dans P-Garde sans avoir à envoyer d'attestations ;
- Les conseils départementaux valident les plannings prévisionnels et réalisés dans Ordigard ;
- La CPAM dispose d'un outil de paiement automatiquement rempli avec les plannings de garde (P-Garde) ;
- L'intégration des plannings des médecins correspondants Samu ;
- L'intégration des paiements des indemnités de déclaration de décès durant la garde.

Toute la chaîne de transfert et de validation est totalement dématérialisée. On passe ainsi d'un délai de paiement pouvant atteindre plusieurs mois à un paiement garanti sous 5 jours, après validation de la demande de paiement par l'ARS.

La version P-Garde (2.0) s'est mise en place au cours de l'année 2015. Grâce aux efforts conjugués de l'Ordre des médecins, de l'assurance maladie et des ARS, l'utilisation du logiciel P-Garde (2.0) s'est étendue à 65 départements en 2016.

Avec cette nouvelle version :

- Les ARS n'ont plus d'accès à P-Garde ;
- Les listes des gardes effectuées sont validées par les ARS sur Ordigard, ce qui déclenche l'envoi vers P-Garde d'un ordre de paiement valorisé des montants des gardes ;
- Les plannings de régulation sont à présent gérés dans P-Garde et les médecins régulateurs peuvent donc eux aussi bénéficier de la dématérialisation ;
- Après une première transmission, le conseil départemental peut faire des annulations et permutations de garde qui sont validées par l'ARS et transmises à P-Garde ;
- Le référentiel de garde est supprimé de P-Garde et est désormais géré par Ordigard.

3) Les réquisitions préfectorales

En 2016, 21 départements indiquent le déclenchement de réquisitions de médecins, en baisse par rapport à l'année 2015. Ceci s'explique notamment par le fait que l'année 2015 avait été marquée par des mouvements de contestation de la loi de modernisation du système de santé.

Les raisons identifiées et déclenchant une procédure de réquisition en 2016 sont les suivantes :

- en Martinique, en raison d'un refus des médecins de parcourir une distance importante vers une maison médicale de garde située au sud du département et dans laquelle l'activité est faible ;
- en Isère, pour la réalisation de certificats de décès ;
- en Gironde, en raison d'un manque de volontaires en soirées de semaine ;
- en Charente, suite à un mouvement de protestation revendiquant des gardes en soirée de semaine de 20h à 22h.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins continue d'affirmer que la réquisition ne peut constituer le mode normal de fonctionnement de la permanence des soins. Il estime que les pouvoirs publics ne peuvent pas d'un côté tenir un discours sur le renforcement de l'attractivité de l'exercice médical et de l'autre, procéder à des réquisitions.

4) Permanence des soins et organisation du Conseil départemental de l'Ordre des médecins

Le Conseil national de l'Ordre des médecins 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 PDS.

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

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

On ne peut évoquer le travail effectué par les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins sans mentionner la collaboration des médecins correspondants de secteurs, des ADOPS, ou encore des associations de médecins régulateurs libéraux.

Les Conseils départementaux doivent non seulement être associés aux décisions de l'ARS concernant la permanence des soins mais être également force de proposition et le moteur des négociations. Ils doivent tenir compte de l'avis des médecins de terrain et des ADOPS.

5) Doléances et plaintes reçues par les conseils départementaux

25 conseils départementaux (contre 30 l'an dernier) signalent des doléances, plaintes ou réclamations liées à la permanence des soins en 2016.

L'analyse de ces signalements montre que les plaintes formalisées restent peu fréquentes. Les conseils départementaux sont saisis essentiellement de réclamations émanant de patients ou de médecins (transitant parfois désormais par les ARS). Elles font l'objet d'une instruction approfondie : les médecins concernés sont interrogés, des rencontres sont organisées, des explications sont fournies aux plaignants qui en sont le plus généralement satisfaits. Si, comme nous l'avons écrit, la régulation médicale est le pivot du système, elle attire aussi les critiques du grand public : temps d'attente, comportement du régulateur, refus de déclencher une visite.

Les doléances émanent aussi de la régulation médicale elle-même lorsqu'elle n'arrive pas à joindre un médecin effecteur ou lorsque celui-ci juge mal fondée la demande de visite du médecin régulateur.

Concernant les effecteurs, les doléances ont porté sur les temps d'attente de l'arrivée du médecin, de montants d'honoraires jugés injustifiés. Il est exceptionnel que les doléances ou plaintes portent sur les actes médicaux eux-mêmes réalisés par le médecin effecteur. Les doléances des patients font ressortir une méconnaissance du dispositif de la permanence des soins.

Les inquiétudes peuvent provenir des rapports avec les ARS qui ont tendance à vouloir rationaliser sans toujours tenir compte des réalités du terrain.

- **Déclarations de sinistre au sou médical**

Dans le rapport du sou médical publié chaque année, parmi les déclarations de sinistre des médecins généralistes sociétaires de la MACSF, on peut relever 4 cas qui ont concerné des effecteurs ou des régulateurs:

« Chute au sein d'une EHPAD à l'origine d'un traumatisme crânien avec plaie du crâne. Appel du médecin de garde qui réalisera une suture. Le lendemain, déficit neurologique à type de paresthésies des 4 membres, appel du médecin traitant. Consignes de transfert aux urgences par ambulance. Fracture C5-C6 avec compression médullaire. Décès ».

« Appel du centre 15 pour une toux et de la fièvre, renvoi vers le médecin de garde. Le médecin ne pouvant se déplacer en raison d'une surcharge de travail propose de venir au cabinet. Refus de la part du fils du patient. Conseils téléphoniques. Nouvel appel le lendemain, hospitalisation pour détresse respiratoire. Décès 14 jours plus tard ».

« Patiente vivant en maison de retraite, victime d'une chute de sa hauteur par maladresse à l'origine d'une plaie du cuir chevelu. Appel du médecin de garde, examen neurologique normal, suture. Le lendemain tableau de tétraparésie, transfert à l'hôpital, fracture C5C6. Décès ».

« Appel téléphonique pour des douleurs thoraciques et des vomissements. Conseil de prendre un comprimé de Lexomil®. Arrêt cardiorespiratoire quelques heures plus tard, décès ».

CONCLUSION

SOYONS CONFIANT, SOYONS VIGILANT, SOYONS INNOVANT

Soyons confiant

- *Les médecins sont fiers d'assurer leurs missions auprès de leurs patients malgré une légère baisse de la participation à la permanence des soins ambulatoire.*
- *Le nombre de jeunes remplaçants voulant effectuer cette mission est important, ils peuvent parfaire leur formation tout en percevant des revenus complémentaires*
- *Le nombre de lieux d'effectation fixes augmentent, les visites incompressibles sont encore effectuées*
- *La régulation médicale progresse en nombre de régulateurs*
- *La mise en place d'effecteurs mobiles de nuit dans certains départements*

Soyons vigilant

- *La PDSA en nuit profonde pose un véritable problème en particulier pour les patients en EHPAD.*
- *Les décisions des ARS sans concertation posent problème*
- *Des lieux d'effectation fixes ont été fermés faute d'activités*
- *De trop grands territoires pour les effecteurs mobiles*
- *Des disparités quant à la rémunération de la régulation et des astreintes*
- *Des inquiétudes sur la mise en place du 116-117*
- *Un décret pour la rémunération des certificats de décès*
- *Réaffirmer la mission de service public de la permanence des soins ambulatoire*

Soyons innovant

- *Organiser la PDSA en fonction des bassins de proximité prévus dans les 10 propositions du Conseil national de l'Ordre des médecins*
- *Permettre aux médecins en journée d'alléger leurs contraintes et en conséquence se rendre disponible pour la PDSA*
- *Favoriser la communication grand public*
- *Un besoin de coordination entre l'Ordre, les médecins de terrain et des ADOPS plus important.*
- *Faire un stage de la régulation*
- *Des expérimentations existent pour les EHPAD, la mise en place des infirmiers de nuit, la télémédecine avec l'utilisation d'un chariot*
- *Ne plus obliger les médecins effecteurs et régulateurs non installés à s'affilier pour cette activité aux régimes de protection sociale des libéraux*
- *Donner aux médecins non installés une carte CPS pour la télétransmission*

ANNEXE 1

PARTICIPATION DES MÉDECINS LIBÉRAUX À LA RÉGULATION

(cf. page 11, pour les aspects méthodologiques)

	Samedi matin	Samedi après-midi	Dimanche 8H-20H	Nuit 20H-24H	Nuit 24H-8H
ALSACE					
BAS-RHIN	0	3	3	2	1
HAUT-RHIN	0	2	2	2	1
AQUITAINE					
DORDOGNE	0	2	2,5	1	0
GIRONDE	3	4	4	2,5	1
LANDES	2	2	2,5	1	0
LOT-ET-GARONNE	2	2	2	1	0
PYRENEES-ATLANTIQUES	0	2	2	1	0
AUVERGNE					
ALLIER	0	2	2	1	1
CANTAL	0	1	1	1	0
HAUTE-LOIRE	0	2	2	1	1
PUY DE DOME	1	2	3	2	1
BOURGOGNE					
COTE D'OR	1	2	2	1	1
NIEVRE	0	1	1	1	1
SAONE-et-LOIRE	1	1	2,5	1	1
YONNE	0	1	1	1	1
BRETAGNE					
COTE D'ARMOR	0	2	2	1	1
FINISTERE	0	2	2	2	1
ILLE-ET-VILAINE	0	2	2	2	2
MORBIHAN	0	2	2	2	1
CENTRE					
CHER	0	1	1	1	0
EURE-ET-LOIR	1	1	1,5	1	0
INDRE	1	1	1	1	0
INDRE-ET-LOIRE	0	1	1	1	0
LOIR-ET-CHER	0	1	1	1	0
LOIRET	0	1	1	1	0
CHAMPAGNE-ARDENNE					
ARDENNES	0	0	0	0	0
AUBE	0	1	1	1	0
MARNE	0	2	1,5	1	1
HAUTE-MARNE	1	1	1	1	1
ILE-de-FRANCE					
PARIS (VILLE DE PARIS)	2	2	2	2	2
SEINE-ET-MARNE	0	2	2	2	1
YVELINES	0	7	6	2,5	2
ESSONNE	0	2,5	3	2	2
HAUTS-DE-SEINE	0	2,5	2,5	2	2
SEINE-ST-DENIS	0	2	2	2	2
VAL-DE-MARNE	0	2	3	2	2
VAL D'OISE	0	2	2	2	2

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

	Samedi matin	Samedi après-midi	Dimanche 8H-20H	Nuit 20H-24H	Nuit 24H-8H
POITOU-CHARENTES					
CHARENTE	0	2	2,5	1	1
CHARENTE-MARITIME	2	2,5	3	2	1
DEUX-SEVRES	0	1	1,5	1	1
VIENNE	0	1,5	2,5	1	1
PACA					
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	1	1	1	1	1
HAUTES-ALPES	1	1	1	1	1
ALPES-MARITIMES	2	2	2	2	2
BOUCHES-DU-RHONE	5	3	6	4	1
VAR	1	2	2	2	2
VAUCLUSE	0	1	1	1	1
RHONE-ALPES					
AIN	1	2	2,5	2	1
ARDECHE	2	2	2	1	1
DROME	1	1	1	1	1
ISERE	6	6	7	4	2
LOIRE	2	2	2	2	2
RHONE	1	5	5	3	1,5
SAVOIE	1	1	1,5	1	1
HAUTE-SAVOIE	2	2	2	2	1
CORSE					
CORSE-DU-SUD	0	1	1	1	0
HAUTE-CORSE	0	1	1	0	0
ANTILLES-GUYANE					
GUADELOUPE	1	1	1	1	1
MARTINIQUE	2	2	3	1	0
GUYANE	0	0	0	0	0
REUNION					
REUNION	0	2	2	2	1
MAYOTTE	0	0	0	0	0
FRANCHE COMTE (Régulation régionale)	0	5	7	3	2

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE-TYPE ENVOYÉ AUX RÉGIONS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DÉCEMBRE 2016

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

	OUI	NON
1. Y a-t-il eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2016 ?		
1 bis Si OUI, lesquelles ?		
1 ter S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2016, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?		
2. Le CODAMUPS, s'est-il réuni en 2016 ?		
• Combien de fois ?		
• Son sous-comité médical s'est-il réuni ?		
• Combien de fois ?		
3 En 2016, votre conseil départemental a-t-il été associé par l'ARS à l'évolution de l'organisation ou du fonctionnement de la PDS ?		
3 bis Développez		
4 L'organisation de la PDS telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges et ses avenants, est-elle réellement mise en œuvre dans votre département ?		
4 bis Si NON, développez		

II LA PDS SUR LE TERRAIN EN 2016

1 – LA RÉGULATION MÉDICALE

	OUI	NON
5 L'organisation de la régulation libérale dépend-elle d'une organisation exclusivement départementale ?		
6 La régulation médicale de la PDS dans votre département dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15 (sans tenir compte des éventuelles plates-formes de type SOS Médecins) ? ¹		
7 Dans les associations de type SOS médecins, y a-t-il des plateformes de régulation médicale ?		
8 Combien de médecins libéraux participent à la régulation libérale ?		
8bis A part les médecins libéraux installés, est-ce que des retraités, des salariés, des remplaçants participent à la régulation libérale des appels de PDSA ?		
9 La régulation déportée (depuis son domicile ou son cabinet) est-elle en pratique utilisée par des régulateurs libéraux ?		

10 Nombre (moyen) de médecins libéraux assurant la régulation des appels relevant de la PDS, hors plates-formes de type SOS Médecins (**données communiquées par le directeur du SAMU et, le cas échéant, par le médecin responsable de la régulation médicale dans le département**).²

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

	OUI	NON
11 Y a-t-il une bonne articulation entre l'activité des médecins régulateurs libéraux et celle des médecins régulant au C15 l'aide médicale urgente ?		

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

² Les médecins régulateurs libéraux exercent au sein du Centre 15 (soit sous statut libéral, soit sous celui d'attaché) mais il convient également de comptabiliser l'activité de médecins libéraux régulant depuis leur domicile ou dans le cadre d'associations implantées en dehors du Centre 15

2 – L'EFFECTION FIXE SUR DES SITES DEDIES ET-IDENTIFIES PAR LE CAHIER DES CHARGES COMME ASSURANT LA PDS (MAISONS MÉDICALES DE GARDE, CAPS, CENTRES DE CONSULTATIONS DE SOS MEDECINS OU D'AUTRES ASSOCIATIONS, etc).

12 Combien en existe-t-il dans votre département ?		
12 bis Combien de territoires de PDS couvrent-ils ?		
	OUI	NON
13 Un centre de santé (mutualiste ou municipal) s'est-il positionné pour participer à la PDS avec ses médecins salariés? ¹		
14 Les patients peuvent-ils, dans la pratique, accéder à ces sites dédiés sans régulation médicale préalable?		
15 Existe-t-il des systèmes permettant l'acheminement vers l'effecteur fixe des patients mobilisables mais ne disposant pas d'un moyen de transport?		
15 bis Si OUI, lesquels ?		
15 ter Sur les territoires couverts par ces lieux d'effecton fixe, existe-t-il des dispositifs de prise en charge des visites incompressibles ?		
15 quater Si OUI, lesquels ?		

3 – L'EFFECTION SUR LES TERRITOIRES OU N'EXISTENT PAS DE SITES DEDIES

	OUI	NON
16 - Le médecin qui assure la PDS à son cabinet (effecton fixe) est-il amené à effectuer des visites à domicile ² (hors établissement des certificats de décès) ?		
17 - Existe-t-il des effecteurs exclusivement mobiles ?		

¹ Le décret n° 2016-75 du 27 janvier 2016 relatif à l'organisation de la PDS des médecins dans les centres de santé clarifie le circuit de liquidation des forfaits de PDS, en prévoyant que les rémunérations forfaitaires engagées à ce titre peuvent être attribuées au centre de santé employant le médecin qui participe à ce dispositif sous statut de salarié

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

4 – L'EFFECTION EN FONCTION DU CRENEAU HORAIRE

En soirée (20H00 - minuit)

18 Nombre de territoires au 31 décembre 2016 ¹ ?	
19 Nombre de territoires pour lesquels la PDS est assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé	
20 Nombre de territoires pour lesquels la prise en charge des patients relevant de la PDS est assurée par les services des Urgences	

En journée les week-ends et jours fériés

21 Nombre de territoires au 31 décembre 2016 ² ?	
22 Nombre de territoires pour lesquels la PDS est assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé	
23 Nombre de territoires pour lesquels la prise en charge des patients relevant de la PDS est assurée par les services des Urgences	

En nuit profonde (minuit - 8H00)

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

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

² On prend pour base en cas de sectorisation saisonnière, la saison comportant le nombre le plus important de territoires

5 – ACTIVITÉS OU INFORMATIONS CONNECTÉES A LA PDS

	OUI	NON
25 L'organisation des examens des gardés à vue repose-t-elle pour tout ou partie du département sur le médecin de la PDS ?		
25 bis Si NON, quel est le mode d'organisation ?		
26 L'établissement des certificats de décès repose-t-il sur tout ou partie du département sur le médecin de PDS ?		
26 bis Si NON, quel est le mode d'organisation ?		
26 ter Est-il prévu, par l'ARS, une indemnisation pour le médecin qui délivre un certificat de décès à la demande de la régulation ?		
27 Existe-t-il des dispositifs spécifiques pour assurer la PDS aux résidents des EHPAD ?		
27 bis Si OUI, décrivez-les? (ex : présence d'infirmiers le soir ou la nuit, existence de moyens de télémédecine, accès assuré au dossier du patient pour l'effecteur de PDS, etc)		
27 ter Pouvez-vous nous indiquer un (ou plusieurs) EHPAD qui s'inscrivent dans cette démarche ? ¹		
28 Existe-t-il dans votre département des médecins correspondants du SAMU ² ?		
29 A part les médecins libéraux installés, est-ce que des retraités, des salariés, ou des remplaçants participent à la PDS en leur nom, dans le cadre d'une convention avec l'ARS ³ ?		
29 bis Si OUI, ont-ils pu obtenir une CPS et/ou des feuilles de soins pour cet exercice ?		

¹ Le Conseil national de l'Ordre des médecins sera susceptible d'entrer en contact avec ce (ou ces) EHPAD

² Le médecin correspondant du SAMU "MCS", formé à l'urgence, intervient auprès du patient – sur demande de la régulation médicale en avant-poste des SMUR, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à 30 minutes. Ce médecin est formé et équipé en matériels et médicaments spécifiques.

³ Cf. circulaire Conseil national de l'Ordre des médecins - N° 2012-09

III PDS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

30 Pourcentage de médecins participant à la permanence des soins		
	OUI	NON
31 Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la PDS, par territoire ?		
32 Nombre de territoires où le nombre de médecins volontaires pour la PDS est ≤ à 5 ?		
	OUI	NON
33 Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter des tableaux en 2016 ?		
33 bis Y est-il parvenu ?		
34 Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2016 ?		
35 Si vous utilisez Ordigard, avez-vous des attentes quant à l'évolution du logiciel ?		
35 bis Si OUI, lesquelles ?		
35 ter Si vous n'utilisez pas Ordigard, pourquoi ?		

IV ASPECTS QUALITATIFS ET PROSPECTIFS

1 – DANS VOTRE DEPARTEMENT, QUI FAIT QUOI ENTRE LE CDOM ET LES ASSOCIATIONS ORGANISANT LA PDSA (ADOPS,.....) :

- EN CE QUI CONCERNE L'ELABORATION DU TABLEAU DE PDSA POUR LES MEDECINS EFFECTEURS ET LES MEDECINS REGULATEURS ?
- DE FAÇON PLUS GENERALE, DANS L'ORGANISATION DE LA PDSA ?

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

Quelles sont les raisons de ce dysfonctionnement ?

Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?

3 – Y A-T-IL EU, EN 2016, DES ACTIONS DE COMMUNICATION VERS LE GRAND PUBLIC SUR L'UTILISATION DU DISPOSITIF DE LA PDS ?

4 – PROSPECTIVES

Craignez-vous, sur un ou plusieurs territoires, un désengagement des médecins volontaires pour assurer la PDS les soirées de semaine (de 20h à minuit)?

Où en est-on de la réflexion sur la mise en œuvre du « 116-117 » dans votre département ?

La création des nouvelles régions est-elle, selon vous, un frein ou un atout pour l'organisation de la PDSA?

Autres prospectives

5 – 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 ?