

**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 2015**

## **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION</b>	4
<b>METHODOLOGIE</b>	3
<b>I. 2015 : UNE ANNEE CHARNIERE POUR LE SYSTEME DE SOINS ET LA PDSA</b>	6
1) Evolutions de notre système de soins	6
2) Evolutions du cadre national de la PDSA	6
3) Mesures locales visant à colmater des dispositifs fragilisés et avis des conseils départementaux	8
4) Attentes et inquiétudes des conseils départementaux	9
<b>II. LES EVOLUTIONS DES CAHIERS DES CHARGES REGIONAUX DE LA PDS ET DE LEURS DECLINAISONS DEPARTEMENTALES</b>	11
1) Les cahiers des charges régionaux : des évolutions mineures	11
2) Des Conseils de l'Ordre pas encore suffisamment associés aux évolutions de la PDSA	12
3) Cas où ce qui est inscrit au cahier des charges régional diffère du terrain	13
<b>III. LA PDSA SUR LE TERRAIN EN 2015</b>	14
1) La régulation médicale	14
a) Les principes de la régulation médicale	14
b) Activité de la régulation médicale	15
c) Campagnes d'information sur le recours à une régulation préalable	15
d) Les chiffres 2015 : 2697 médecins régulateurs libéraux	16
- <i>Tableau : montant horaire des astreintes de régulation médicale</i>	20
2) Les territoires d'effectif de la PDS selon les horaires	21
a) En soirée	21
b) En journée, les week-ends et jours fériés	22
c) En nuit profonde	23
d) Selon des horaires adaptés	25
- <i>Cartes : les territoires de la PDS de 20H00 à minuit</i>	26
- <i>Cartes : la couverture de la PDS de minuit à 8H00</i>	28
3) Lieux d'effectif fixe de la PDS	30
- <i>Cartes : sites dédiés en PDS</i>	34
4) L'effectif sur les territoires où n'existent pas de sites dédiés	36
5) La permanence des soins en EHPAD	38
6) Activités médico-administratives et PDS	40
a) Les certificats de décès	40
b) Les examens de garde à vue	41
- <i>Carte : réforme de la médecine légale : implantation des structures au 15/01/2011</i>	43
<b>IV. PARTICIPATION DES MEDECINS A LA PDS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL</b>	44
1) Participation des médecins	45
a) Le volontariat	45
- <i>Cartes : participation des médecins généralistes à la PDS</i>	49
b) La complétude des tableaux	51
c) Les réquisitions	51
d) La rémunération des effecteurs	52
- <i>Tableau : montant forfaitaire des astreintes d'effectif médicale</i>	53
e) Les logiciels de garde	56
2) PDS et organisation du conseil départemental	56
3) Doléances et plaintes reçues par les conseils départementaux à propos de la PDS	56
<b>CONCLUSION</b>	58
- <i>Annexe 1 : participation des médecins à la régulation</i>	60
- <i>Annexe 2 : questionnaire-type envoyé aux départements sur l'état des lieux de la PDS</i>	63
- <i>Annexe 3 : questionnaire-type envoyé aux régions sur l'état des lieux de la PDS</i>	68

## **MÉTHODOLOGIE**

Cette enquête a été réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins pendant le mois de janvier 2016. Le questionnaire, comportant 42 questions fermées et 15 questions ouvertes, a été adressé aux 100 conseils départementaux de métropole et d'Outre-Mer en novembre 2015.

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 22 conseils régionaux ont également été interrogés.

L'enquête offre un instantané, au 31 décembre 2015, de situations qui ont constamment évolué pendant l'année 2015 et continueront à évoluer en 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, le 4 février 2016, par la Commission nationale de la permanence des soins et des urgences médicales au Conseil national réuni en Session plénière, à l'Assemblée des présidents et secrétaires généraux des conseils départementaux, le 5 février 2016. 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**

C'est la 13<sup>ème</sup> année consécutive que le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) réalise et diffuse cette enquête nationale sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) assurée par les médecins généralistes et sur les modalités de son organisation.

En 2014, l'analyse des résultats de l'enquête nous avait alarmés. On y identifiait des tendances à un effritement semblant inéluctable de cette mission de service public, que ce soit du fait d'une poursuite de l'érosion du volontariat (constatée depuis la disparition en 2002 du tour de garde obligatoire), ou de notre sentiment que les mesures de compensation prises par les ARS atteignaient leurs limites, que ce soit en termes de resectorisation, d'implémentation de nouvelles maisons médicales de garde (MMG), ou d'allègement du dispositif en nuit profonde (au-delà de minuit).

L'année 2015 s'est finalement révélée pleine d'enseignements. Le premier est que les généralistes ont une nouvelle fois globalement réussi à répondre aux besoins de la population concernant leurs demandes de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets. Pour la première fois depuis treize ans, on a même constaté qu'un des indicateurs du volontariat avait progressé en 2015. Néanmoins, à l'échelle de territoires voire de départements entiers, le dispositif continue à se fragiliser, ce qui préoccupe de nombreux conseils départementaux, mais ne les surprend pas : quand la continuité des soins aux patients devient elle-même de plus en plus lourde et chronophage sur le plan administratif, certains médecins sont contraints à se désengager de la permanence des soins.

Cette fragilisation tient à des raisons connues depuis longtemps (démographie en baisse avec une inversion de la pyramide des âges, zones sous-dotées, manque d'attrait de l'exercice libéral des jeunes diplômés), mais aussi, en 2015, à des crispations de la profession face à certaines mesures de la loi de modernisation de notre système de santé, que ce soit autour de la gouvernance du système, du désengagement de l'Etat au profit des régimes complémentaires privés, ou de la volonté d'imposer un tiers-payant obligatoire. C'est la Grande Consultation <sup>1</sup> organisée par l'Ordre des médecins et à laquelle 35 000 confrères ont répondu qui a permis d'identifier ces insatisfactions et volontés de repenser le système pour le centrer sur le premier recours ambulatoire au cœur d'un « Bassin de proximité santé ».

Du côté des pouvoirs publics, si la PDSA n'a tenu qu'une place minimale dans le texte de la loi de modernisation de notre système de santé (on ne retient que l'instauration d'un numéro de téléphone national propre à la PDSA, dont la gratuité a été votée à la demande expresse du CNOM), le rapport de l'Assemblée Nationale, publié en juin 2015, a retenu seize propositions d'amélioration autour de quatre grands axes (gouvernance, information des professionnels et des usagers, structuration de l'offre, et clarification du périmètre de la PDS).

Au niveau des agences régionales de santé (ARS), de nombreuses expérimentations ont été implémentées ou sont en train de l'être. Elles sont souvent de portée locale ou limitée (avec pour but de colmater certaines brèches par des mesures originales, voire dérogatoires), ou tentent de répondre à des situations pénibles, parfois hors du champ de la PDSA (comme la délivrance des certificats de décès). A l'autre extrémité du prisme, d'autres expériences ont

---

<sup>1</sup> <http://lagrandeconsultation.medecin.fr/>

remis à plat l'organisation globale du dispositif à l'échelle de plusieurs départements, comme en Pays-de-Loire, dans le but d'atteindre une redynamisation du volontariat.

En conséquence, la loi de financement de sécurité sociale pour 2016 (LFSS) a arrêté qu'une partie des mesures expérimentées en Pays-de-Loire, en l'occurrence une évolution de l'indemnisation des acteurs de la PDSA vers la forfaitisation, puisse être déclinée dans d'autres régions, à la discrétion des Directeurs Généraux (DG) des ARS. On espère que les DG ARS qui emboîteront le pas à cette évolution le feront en pleine concertation avec les médecins généralistes et leurs organisations représentatives, notamment ordinaires, condition *sine qua non* à sa réussite.

La création de « super-régions » qui seront plus éloignées des réalités du terrain, ne manque d'ailleurs pas déjà de soulever des questionnements chez de nombreux acteurs de la PDSA.

Autre décision attendue depuis longtemps par la profession et enfin inscrite dans la LFSS : la création d'un forfait pris en charge par l'assurance maladie pour l'établissement des certificats de décès (conditions à définir par un décret, à ce jour en attente).

Sur la quasi-totalité du territoire national, il faut une nouvelle fois relever que persistent des insuffisances récurrentes, que ce soit au niveau du manque de campagnes d'information de la population sur la bonne utilisation du dispositif de la PDSA, de l'absence de renforcement de la régulation, notamment en nuit profonde quand le nombre d'effecteurs de terrain est le plus faible, de la réalisation toujours aussi problématique des actes médico-administratifs, ou de la non-prise en compte de certaines attentes de la profession qui aideraient à maintenir la mobilisation. Des mesures d'incitation financière (réévaluation des indemnités d'astreinte, forfaitisation de l'effectif quand l'activité est faible) ou de défiscalisation des revenus générés en PDS sont demandées par les départements pour inverser la poursuite d'un effritement semblant inéluctable du volontariat.

Enfin, l'Ordre des médecins, s'il se félicite de la référence quasi-systématique à son enquête annuelle par les institutions lorsqu'elles abordent la PDSA, souhaite que son rôle dans ses évolutions soit renforcé, que ce soit au niveau des territoires (où l'expertise des conseils départementaux est précieuse), dans l'évolution des schémas mis en place par les ARS (grâce au partenariat avec les conseils régionaux), ou dans la réflexion globale sur les adéquations, au niveau national, entre les textes, les évolutions du métier de médecin généraliste et les besoins de la population.

## **I. 2015 : UNE ANNEE CHARNIERE POUR LE SYSTEME DE SOINS ET LA PDSA**

### **1) Evolutions de notre système de soins**

L'année 2015 restera une année forte en ce qui concerne la réflexion sur notre système de soins et les visions de son évolution (ou de sa refonte). De nombreuses critiques se sont élevées du monde médical pour dénoncer certaines évolutions contenues dans la loi de modernisation de notre système de santé, notamment :

- Une organisation autour de Groupements Hospitaliers de Territoire qui reléguerait au second plan des pans entiers de l'exercice libéral ;
- Une gouvernance qui n'associerait pas les représentants de la profession ;
- Une modification du modèle solidaire laissant augurer aux assurances privées et aux mutuelles une place plus importante que celle par définition « complémentaire » qui leur était jusqu'alors dévolue.

Face à la très forte mobilisation de la profession contre ces évolutions jugées néfastes, et trop souvent résumée comme un simple rejet du tiers-payant généralisé (retoqué en janvier 2016 par le Conseil Constitutionnel), le CNOM a voulu se faire le porte-parole des attentes de l'ensemble des médecins, tous types d'exercice confondus, et a lancé sa Grande Consultation, à laquelle 35 000 confrères ont répondu. Parmi les très nombreuses orientations qui ressortent de cette enquête, les plus consensuelles concernent :

- La volonté des praticiens de pouvoir se recentrer sur leur exercice médical trop souvent embolisé par des tâches administratives (estimées à 30 % de leur temps de travail) ;
- Leur souhait d'être associés à la gouvernance du système et à ses évolutions par le biais des représentants de la profession, au premier rang desquels leur Ordre professionnel auquel ils font majoritairement confiance pour remplir ces missions ;
- Leur vision d'un système de santé centré sur le premier recours au sein de bassins de proximité.

### **2) Evolutions du cadre national de la PDSA**

#### **a) Rapport de l'Assemblée Nationale**

Suite au rapport de la Cour des Comptes sur la PDS de septembre 2013, l'Assemblée Nationale s'était saisie du dossier. Les conclusions de ses travaux, initialement attendues en 2014, n'ont été rendues publiques qu'en juin 2015. Elles se déclinent en seize recommandations regroupées en quatre axes prioritaires, par ordre d'importance :

- Une gouvernance nationale (pour la régulation du système, l'évaluation des expériences régionales et la diffusion de bonnes pratiques) et locale en développant les marges de manœuvre des DG des ARS, ceux-ci pouvant mettre en place des organisations innovantes autour d'un financement régional globalisé, permettant la mise en place de systèmes de rémunération mixte des médecins effecteurs (modulant forfait et actes), voire une rémunération strictement forfaitaire ;

- Une amélioration de l'information des médecins (et de leur formation à l'exercice en PDS) pour renforcer le volontariat, et une sensibilisation des usagers par des campagnes d'information sur la bonne utilisation du dispositif, ainsi que la création d'un numéro de téléphone national dédié à la PDS et différent du 15 ;
- Une structuration de l'offre en PDS incluant le développement des MMG (dans une logique partenariale avec les Urgences), l'amélioration de l'offre de transports vers ces sites d'effecton fixe, des coordinations interprofessionnelles (notamment en EHPAD) et le renforcement de la régulation en amont ;
- La clarification du périmètre de la PDSA, en particulier au sujet des actes médico-administratifs (certificats de décès, examen des gardés à vue), missions n'entrant pas dans le champ de la PDS d'après les textes, mais qui très majoritairement reposent sur ses effecteurs.

## **b) Loi de modernisation de notre système de santé**

**Elle a fait peu de place à la PDSA à part à l'article 75 qui officialise la création d'un numéro de téléphone national** pour les appels relevant de la PDS (a priori le **116117**). Chaque DG ARS conserve la possibilité de le mettre en place en complément du 15 (qui serait alors dédié à l'Aide Médicale Urgente), ou de conserver le 15 seul. C'est suite à une demande du CNOM que la gratuité de ce numéro a été votée.

Les autres amendements proposés par le CNOM n'ont pas été retenus, en particulier celui où nous réclamions une nouvelle fois que, au même titre que leurs confrères régulateurs hospitaliers ou libéraux, les effecteurs de terrain de la PDS puissent bénéficier d'une couverture assurantielle personnelle lorsqu'ils remplissent cette mission de service public.

## **c) La LFSS 2016**

Son article 44 tire les enseignements de l'expérimentation de remise à plat de l'organisation de la PDS conduite en Pays-de-Loire, de 2011 à 2014, dont les résultats ont été rendus publics en avril 2015.

Il permet à chaque DG ARS, qui estimerait que le renforcement de son dispositif de PDS le justifie, de s'appuyer sur cette expérience pour forfaitiser tout ou partie de l'effecton en PDS.

Autre grande nouveauté de la LFSS pour 2016 depuis longtemps réclamée par le CNOM : **l'article 44 bis permet enfin de faire entrer dans la liste des actes pris en compte par les organismes sociaux le déplacement d'un médecin au domicile du patient pour la délivrance du certificat de décès.** Certes, le montant forfaitaire doit encore être fixé par décret, et même si cette mesure ne s'adresse pas qu'aux médecins exerçant en horaires de garde, elle constitue une décision importante pour les effecteurs de la PDS.

### **3) Mesures locales visant à colmater des dispositifs fragilisés et avis des conseils départementaux**

#### ***L'EXPERIMENTATION DES PAYS-DE-LOIRE, vue par le rapport de son ARS***

*En région Pays-de-Loire, face à une situation de fragilisation de pans entiers du dispositif de la PDS, quatre des cinq départements de la Région (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Vendée), ont vu leur dispositif de PDS remis à plat et reconstruit autour d'une expérimentation incluant un nouveau mode de rémunération des médecins libéraux dans le cadre de la PDSA, la forfaitisation.*

*Cette expérimentation consiste à financer globalement la PDSA par une enveloppe ARS dédiée. Cette enveloppe est calculée en additionnant les montants des forfaits d'astreinte et ceux des actes remboursés par les organismes sociaux. En fonction des besoins du terrain (différents selon les endroits en fonction du caractère urbain ou rural, du nombre de généralistes, de leur implication dans le volontariat, etc), ces moyens ont été utilisés dans le but de créer une organisation plus satisfaisante incluant un renforcement de la régulation en amont, la création de maisons médicales de garde, la mise en place d'effecteurs mobiles (y compris en nuit profonde) pour les visites incompressibles, de l'interprofessionnalité avec mise en place d'infirmières mutualisées entre plusieurs EHPAD, et des campagnes d'information du public sur la bonne utilisation du dispositif. Le paiement à l'acte des effecteurs a été remplacé par une rémunération forfaitaire assurant à chacun un revenu plancher, même en cas de très faible activité, ce qui a permis de redynamiser le volontariat des médecins.*

*Ce dispositif expérimental régional, adapté au niveau local, a reposé sur la création d'ADOPS pour assurer la gestion opérationnelle du dispositif.*

A côté de ces grandes orientations et expérimentations, en réponse à la fragilisation de la PDS à l'échelle d'un territoire ou d'un département, on a vu, en 2015, de nombreuses ARS mettre en place d'autres actions :

#### **a) Des expériences originales :**

- Revalorisation des astreintes, comme en Champagne-Ardenne ;
- Indemnisation des certificats de décès dans le cadre de prolongation d'expérimentations en 2015 dans l'Aube ou en Corse.
- Adjonction d'un chauffeur pour réaliser les visites incompressibles (en Gironde) ou les certificats de décès (dans l'Ain) ;
- Des expérimentations en EHPAD : Il a pu s'agir de télémédecine (« chariot de télémédecine »), de téléconsultation en EHPAD grâce à l'installation d'équipements, ou de la présence d'infirmiers la nuit dans des EHPAD.

#### **b) Des expériences dérogatoires vis-à-vis des organisations traditionnelles de la PDSA :**

- Modification des horaires de la PDS : Il s'agit souvent de réduire les créneaux de soirée (arrêt à 22H00 ou 23H00). Il est à signaler qu'un certain nombre de départements souhaitent adapter les horaires de la PDS afin que la garde débute à partir de 19H00 en semaine ;
- Modification de mission de médecins correspondants du SAMU (MCS) afin qu'ils assurent aussi l'effectif mobile de PDS : on citera un cas en Languedoc-Roussillon. Cette situation, exceptionnellement constatée, est parfois souhaitée par des conseils départementaux face à leur impossibilité de trouver des volontaires d'effectif, notamment en nuit profonde. Elle est cependant contraire à la définition des missions des MCS et va à l'encontre des positionnements de leurs associations nationales représentatives ;
- Expérimentation de participation des médecins effecteurs de PDSA à la PDSES (permanence des soins en établissements de santé) : les effecteurs y assurent ainsi des interventions dans les hôpitaux locaux à la demande du centre 15. C'est le cas en Bretagne et en Pays-de-Loire ;
- Modification des plages horaires de régulation que ce soit pour la mettre en place le samedi matin (comme dans le Lot-et-Garonne), ou la faire démarrer dès 19H00 (comme à la Réunion).

#### **4) Attentes et inquiétudes des conseils départementaux**

L'expérimentation en Pays-de-Loire décrite plus haut suscite des réactions diverses dans les départements d'autres régions : si certains conseils départementaux la trouvent intéressante, d'autres émettent tout de même des réserves sur la gestion d'une enveloppe fermée et définie en dehors de toute négociation conventionnelle. Selon eux, les ARS devraient a minima consulter les professionnels de santé pour déterminer la répartition des fonds alloués.

Deux autres sujets d'inquiétude sont souvent remontés du terrain au cours de cette enquête 2015 :

##### **a) L'absence de campagnes d'information du public sur la PDSA**

Le CNOM réclame, depuis 10 ans, cette campagne nationale d'information sur le bon usage de la PDS et plus particulièrement, sur le recours en amont au 15 (ou à tout autre numéro dédié à la PDS).

De nouveau, en 2015, en l'absence de cette campagne nationale, on ne peut que déplorer le manque d'information du grand public.

Trop de personnes pensent que le 15 est un numéro pour les détresses vitales.

Dans de nombreuses situations, les usagers se déplacent vers un effecteur ou le contactent directement (40 % des actes réalisés en PDS ne sont pas régulés en amont).

D'autres se présentent spontanément aux Urgences parce que leur état leur semble « grave », qu'ils en ont pris l'habitude, ou qu'ils savent qu'ils y seront dispensés de toute avance de frais.

### **b) Les impacts à venir de la régionalisation**

Alors que ces effets ne sont pas encore quantifiables, de nombreux conseils départementaux ou régionaux s'interrogent sur le risque de modifications d'un fonctionnement jugé actuellement satisfaisant. L'évolution vers des intégrations ou des rationalisations à l'échelle des nouvelles régions inquiète que ce soit autour de la mutualisation de la régulation ou de l'effectif en nuit profonde.

Certaines ARS, dans leur configuration en vigueur en 2015, partagent d'ailleurs ces inquiétudes.

## II. LES ÉVOLUTIONS DES CAHIERS DES CHARGES RÉGIONAUX DE LA PERMANENCE DES SOINS ET DE LEURS DECLINAISONS DÉPARTEMENTALES <sup>1</sup>

### 1) Les cahiers des charges régionaux : des évolutions mineures

	OUI	NON	non communiqué ou sans objet
Y a-t-il eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2015 ?	51	49	
S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2015, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?	31	63	6
Le CODAMUPS, s'est-il réuni en 2015 ?	86	14	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Son sous-comité médical s'est-il réuni ?</li> </ul>	51	49	
L'Ordre a-t-il été associé par l'ARS à l'évolution de l'organisation ou du fonctionnement de la PDS ?	84	14	2
Ce qui se passe sur le terrain est-il en accord avec le cahier des charges ?	72	28	

En 2015, malgré le rythme soutenu des arrêtés parus et modifiant les cahiers des charges régionaux (CCR), les évolutions impactant le fonctionnement de la PDS restent mineures. La nouvelle régionalisation aura sans doute des impacts sur ces réécritures. La perspective du regroupement des ARS en 2016 a pu également jouer.

#### a) **En général, les évolutions signalées s'appliquent uniquement sur certains territoires de la région, et concernent :**

- Des regroupements de secteurs (ex. : Rhône-Alpes) ;
- Des renforcements de la régulation libérale ou la mise en place de régulateurs libéraux le samedi matin (ex. : Languedoc-Roussillon) ;
- Des revalorisations d'astreintes (ex. : Champagne-Ardenne) ;
- Des prolongations d'expérimentations d'indemnisation des visites pour établir les certificats de décès (ex. : Corse) ;
- Des arrêts d'effectif en nuit profonde (ex. : Haute-Normandie, Franche-Comté) ou en soirée de semaine (ex. : PACA) ;
- Des modifications d'horaires de la PDS (ex. : Rhône-Alpes) ;
- Des prolongations d'expérimentations d'effecteurs mobiles (ex. : Bourgogne) ;
- L'installation de nouveaux points fixes (ex. : Nord-Pas-de-Calais, Picardie).

<sup>1</sup> L'état des lieux de la permanence des soins étant réalisé au 31 décembre 2015, l'intitulé des régions est resté celui qui existait jusqu'au regroupement des régions au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**b) Certaines régions ont modifié, en 2015, l'organisation de la PDS sur tous les départements de leur région.**

C'est le cas de la région Champagne-Ardenne qui a revalorisé les astreintes.

On ne reviendra pas ici sur la situation des Pays-de-Loire, évoquée antérieurement ; en effet, la mise en place de l'expérimentation y est antérieure à 2015.

**2) Des Conseils de l'Ordre pas encore suffisamment associés aux évolutions de la PDSA**

Seuls 14 conseils départementaux ont indiqué qu'aucun CODAMU-PS ne s'est réuni en 2015 alors qu'ils étaient 26 en 2014.

Il apparaît que des conseillers départementaux n'ont pu participer à certains de ces CODAMU-PS car ils étaient convoqués à des horaires incompatibles avec ceux de médecins en activité.

Bien entendu, des contacts directs peuvent exister entre le DG ARS ou ses délégués territoriaux, d'une part, les conseils régionaux ou départementaux de l'Ordre des médecins, d'autre part. Il apparaît cependant clair que l'association de l'Ordre des médecins à l'élaboration des CCR et de leurs déclinaisons départementales n'est pas appliquée de manière uniforme sur le territoire national, alors qu'elle a été voulue par le législateur.

Les conseils départementaux de Meurthe-et-Moselle, du Nord, d'Eure-et-Loir, de l'Aisne ou ceux de Franche-Comté ont exprimé leur mécontentement à ce sujet alors que dans d'autres, les relations sont excellentes, comme notamment dans les conseils départementaux du Calvados, des Bouches-du-Rhône et dans ceux de la région Rhône-Alpes.

**En définitive, les ARS n'ont pas toutes associé l'Ordre des médecins de la même manière à leurs travaux et l'on passe, selon les régions et les départements, d'un partenariat effectif à une simple information, voire à des situations où les ARS imposent leur décision sans concertation préalable.** Cette situation est regrettable et les ARS auraient tout à gagner à prendre en compte les propositions, les observations et mises en garde des conseils départementaux. 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 ainsi de la situation en Ile-de-France, où a été créé un comité de pilotage régional associant ARS, URPS, SAMU et Ordre des médecins. Des déclinaisons départementales associant les médecins libéraux (régulateurs ou effecteurs) et hospitaliers ont aussi été mises en place.

A l'inverse, on relève que dans certaines régions, les échelons ordinaux ne sont plus consultés de façon systématique et que les ARS travaillent plus volontiers avec des ADOPS (Associations Départementales d'Organisation de la PDS) quand elles existent. Dans le cas contraire, leur création serait encouragée par l'agence régionale ou ses délégations territoriales.

### **3) Cas où ce qui est inscrit au cahier des charges diffère du terrain**

En croisant les données des CCR et celles issues du terrain, on découvre que des lieux d'affectation fixe ont été créés mais ne fonctionnent pas (Aude, Loir-et-Cher) ou que des effecteurs sont budgétisés mais ne sont pas présents sur le terrain, souvent en raison d'un défaut du volontariat (Aisne).

### III. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES SUR LE TERRAIN EN 2015

#### 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) ? <sup>1</sup>	34	66
Nombre de médecins régulateurs libéraux participant à la PDS	2697	
La régulation déportée (depuis le domicile ou le cabinet du médecin) est-elle en pratique utilisée par des régulateurs libéraux ?	11	88

#### a) Les principes de la régulation médicale

**Rappelons que tout acte médical pendant les périodes de la PDS est censé être régulé en amont et que toute intervention médicale doit être déclenchée par un médecin régulateur exclusivement dédié à cette activité.**

Une nouvelle fois cette année, il convient d'insister sur la nécessité d'une régulation effectivement médicale (c'est-à-dire assurée par un médecin) qui, seule, permet de déclencher à bon escient et, en tant que de besoin, le déplacement d'un patient vers un lieu de consultation ou l'intervention du praticien à son domicile. Le CNOM avait obtenu du législateur cette médicalisation.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2011, en concertation avec le CNOM, des recommandations sur les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Le choix de la réponse à un appel s'appuie sur des critères médicaux identifiés au cours de l'échange avec l'appelant et, en cas de doute, la réponse est adaptée au niveau potentiellement le plus grave.

Les recommandations déclinent 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.

<sup>1</sup> Il peut s'agir d'un numéro départemental ou régional.

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

## **b) Activité de la régulation libérale**

**Comme l'indique le rapport parlementaire remis en 2015, seuls « 60 % seulement des actes médicaux relevant de la permanence des soins passent par une régulation médicale préalable ».**

Pour mesurer cette activité, il apparaît indispensable que les structures de régulation médicale et les centres interconnectés des associations d'effecteurs participant à la PDS (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, téléprescription, envoi d'un médecin effecteur, etc).

Ainsi, l'ACORELI, Association comtoise de régulation libérale, a rendu publiques des données d'activité pour 2014. Il y apparaît que la plate-forme de Besançon a géré 79155 dossiers sur l'année et les a ventilés en fonction de la réponse apportée : 53 % des recours se concluent par un conseil médical, 35 % par une consultation auprès d'un médecin de garde, 7 % par l'envoi d'un transport sanitaire et 4 % par une visite d'un médecin à domicile.

Le tableau de présence des médecins régulateurs de la PDS (Cf. Annexe 1 – page 60) donne des moyennes de présence de médecins régulateurs à l'intérieur de larges tranches horaires. En effet, dans bien des cas, les effectifs peuvent varier au sein de chaque tranche horaire en fonction de l'importance constatée des appels reçus. Ceci est particulièrement vrai le dimanche. A l'intérieur même des tranches horaires, des variations peuvent se produire suivant les jours de la semaine ou les périodes de l'année. Il faut donc prendre ces chiffres avec précaution. **On peut cependant relever que le nombre global de vacations de médecins libéraux bouge peu et que le discours des ARS sur le renforcement de la régulation médicale tarde à déboucher sur un renforcement du nombre de médecins régulateurs sur une même plage horaire.**

## **c) Campagnes d'information sur le recours à une régulation préalable**

De nouveau, en 2015, on ne peut que déplorer le manque d'information du grand public sur le recours à une régulation préalable de leurs demandes de soins non programmés.

Le rapport parlementaire de 2015 prévoit une recommandation à ce sujet en proposant « d'organiser une grande campagne d'information auprès du grand public avec un slogan du type « téléphonez avant de vous déplacer ! » et expliquant la mise en place d'un numéro

*national pour joindre les régulateurs de la PDSA différent du 15, réservé aux urgences vitales.*

*Cette campagne devrait aussi comporter un volet d'explications sur le rôle de la régulation médicale en la présentant comme une fonction d'aiguillage vers le meilleur type de soins pour un patient donné à un moment précis.*

*Le relais des praticiens libéraux devrait être recherché pour faire passer le message général que le médecin régulateur est chargé d'évaluer la meilleure réponse pour le patient tout en organisant en même temps la coordination des acteurs de santé. »*

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

Quelques initiatives isolées sont à signaler comme celle de l'ARS Midi-Pyrénées qui, suite à la mise en place d'un numéro de régulation unique au niveau régional pour la PDS, a lancé des campagnes d'information vers le grand public, relayées par la presse, la radio, la télévision régionale, des dépliants, des affiches. L'ARS a recensé près de 200 000 appels, un an après sa mise en place. A noter que l'ARS a également réalisé une enquête de satisfaction auprès d'un échantillon de la population de la région, et les résultats de l'enquête sont très encourageants, les patients ayant intégré la nécessité d'appeler avant de se déplacer.

Certains conseils départementaux regrettent pour leur part qu'il n'y ait aucune initiative de ce type : par exemple, le Var en réclame toujours une auprès de l'ARS et de la CPAM, ainsi qu'en Haute-Savoie comme cela est pourtant prévu au CCR.

#### **d) Les chiffres 2015 : 2697 médecins régulateurs libéraux**

La régulation libérale s'est maintenue dans l'ensemble des départements où elle était présente

Seuls trois départements n'en disposent toujours pas : la Guyane, Mayotte et la Lozère.

La participation des médecins libéraux <sup>1</sup> est effective dans la quasi-totalité des départements mais le nombre total des médecins régulateurs libéraux n'a connu qu'une faible progression (2697 vs 2658 en 2014).

Le chiffre global de 2697 régulateurs permet de déterminer une tendance de l'évolution de la régulation en 2015 mais doit faire l'objet d'une analyse plus détaillée : 28 départements ont connu une augmentation du nombre de régulateurs libéraux avec un renforcement de 5 régulateurs ou plus sur 6 départements (dont Paris, Loire, Eure, Seine-Maritime, Ariège). A l'inverse, on constate une diminution du nombre de régulateurs libéraux dans 24 départements. Parmi eux, 9 ont connu une réduction des effectifs d'au moins 5 régulateurs (dont Haute-Garonne, Gers, Puy-de-Dôme, Somme, Vienne).

---

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

On peut noter l'augmentation significative du nombre de régulateurs à Paris qui passe de 55 en 2014 à 102 en 2015 au sein du Centre de réception et de régulation des appels-Centre 15 (CRRA-C15), sans compter les 44 médecins participant à l'activité de régulation médicale au sein des plates-formes interconnectées de « SOS Médecins 75 » et des « Urgences médicales de Paris ».

**Dès lors, on constate que si l'on exclut l'expérimentation parisienne, la régulation libérale s'est affaiblie par rapport à 2014.** Le Conseil national de l'Ordre des médecins avait pourtant déjà alerté l'année passée sur cette situation inquiétante qui se confirme en 2015.

Il convient tout de même d'illustrer quelques évolutions positives de renforcement des plages de régulation, par exemple, en Aveyron avec des horaires de régulation qui sont désormais étendus sur l'ensemble de la semaine depuis le mois de février 2015, au lieu du vendredi uniquement. Dans le Pas-de-Calais, la régulation a été renforcée le samedi en début d'après-midi, le dimanche matin et en soirée, entre 23H00 et 01H00 du matin, à la suite de la régionalisation de la régulation en nuit profonde.

#### **CAS PARTICULIER D'UN DEPARTEMENT SANS REGULATION LIBERALE**

*En Lozère, alors même que le cahier des charges régional, dans la définition des principes, préconise l'intégration des régulateurs de la PDSA dans le CRRA comme modèle à privilégier, le dispositif mis en œuvre dans le département diffère de ce schéma recommandé.*

*L'appel du patient aux heures de PDSA (numéro d'appel à 10 chiffres) 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.*

#### La régulation en nuit profonde

#### **32 départements n'ont pas de régulation libérale et ce chiffre ne diminue pas.**

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 PDS soient gérées par des médecins généralistes libéraux de terrain.

On assiste ainsi à des situations incongrues : ainsi, dans le Lot, l'ARS a refusé la mise en place d'une régulation libérale en nuit profonde en raison d'une activité jugée trop faible, alors que, dans le même temps, des effecteurs sont présents sur le terrain.

Par ailleurs, on note une tendance vers la mutualisation de la régulation en nuit profonde que ce soit au niveau interdépartemental (par exemple, pour le Calvados et la Manche, ou pour les Hautes-Alpes et les Alpes-de-Haute-Provence) ou régionale (Alsace, Midi-Pyrénées, Franche-Comté). Le plus souvent, cette évolution s'est faite contre l'avis des médecins concernés.

### La régulation le samedi matin

**Elle continue à se développer : 6 nouveaux départements l'ont mise en place en 2015** pour faire face à la difficulté pour les patients de trouver un cabinet pouvant les accueillir.

C'est le cas de la Haute-Vienne, des Côtes d'Armor et de la Côte d'Or. Dans l'Hérault, l'expérimentation débutée en 2014 le samedi de 9H00 à 14H00 est prolongée en 2015.

Des discussions sont en cours au sujet d'une telle mise en place notamment dans la Sarthe et dans le Vaucluse.

Certains SAMU souhaitent également la mise en place de plages de régulation libérale le samedi matin : c'est le cas, par exemple, en Indre-et-Loire.

A l'inverse, l'ARS Midi-Pyrénées a procédé à la suppression de la régulation libérale du samedi matin pour le département du Lot en raison de la mise en place d'une régionalisation de la régulation, celle-ci ne couvrant pas le samedi matin.

### 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.

Les remontées des conseils départementaux ne font pas état de demandes de médecins réclamant cette régulation déportée. Seule l'ARS Pays-de-la-Loire souhaite la développer dans le cadre de son expérimentation.

### Les numéros dédiés à la permanence des soins

**Dans 34 départements, les patients peuvent appeler un numéro dédié à la PDS distinct du 15** qui les met directement en contact avec des médecins libéraux régulateurs assistés par les permanenciers (Rhône, Seine-Maritime, Vendée, Eure, Meurthe-et-Moselle, Landes, Maine-et-Loire, Vosges, Allier, Creuse, Haute-Corse, Isère, Mayenne, Haut-Rhin, Seine-Maritime, Yonne, etc).

Le nombre des numéros dédiés différents du 15 n'a pas progressé depuis 2015.

La loi de modernisation de notre système de santé met en place un numéro national unique de PDS à côté du 15. Le CNOM a déjà obtenu la gratuité de ce numéro national. A terme, la disparition de tous ces numéros locaux est prévue.

Sur le terrain, les médecins libéraux exercent cette activité au sein des CRRA même quand la PDS est dotée d'un numéro dédié.

En Franche-Comté, le numéro dédié est régional comme la plate-forme de régulation.

#### Le fonctionnement entre régulateurs et effecteurs est 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 CCR 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.

Cependant, 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 PDS.

#### La rémunération des régulateurs

En 2015, seule **la région Provence-Alpes- Côte-d'Azur a appliqué une revalorisation des tarifs d'astreinte de régulation** (pour les week-ends et jours fériés). (Cf. tableau, page suivante).

**Au final, la profession médicale, au travers de ces médecins régulateurs et de leurs associations, a maintenu une régulation médicale de la PDS sur l'ensemble du territoire et sur une part importante de plages horaires de la PDS. Mais elle ne se développe plus, notamment en nuit profonde.**

### MONTANT HORAIRE DES ASTREINTES DE REGULATION MEDICALE

REGIONS	Tous les jours de 20h à minuit, samedi après-midi de 12h à 20h, dimanche et jours fériés de 8h à 20h	De minuit à 8h	Spécificités
Alsace	75 €	115 €	
Aquitaine	92 €	115 € (1)	(1) minuit à 6h (et non 8h)
Auvergne	70 €	70 €	
Bourgogne	70 €	70 €	
Bretagne	70 €	70 €	majoration de 50% lorsque régulation sur 2 départements en nuit profonde
Centre	80 €	80 €	frais de déplacement à hauteur de 0,62€/km et temps de trajet sur la base de 80€ par heure pour le régulateur
Champagne-Ardenne	90 €	90 €	
Corse	70 €	70 €	
Franche-Comté	70 €	70 €	
Ile-de-France	80 €	80 €	100 € en nuit profonde si le médecin régulateur doit rester sur place en cas d'afflux d'appels après minuit
Languedoc-Roussillon	70 €	80 €	
Limousin	70 €	70 €	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) Les territoires d'effectif de la PDS selon les horaires

### a) En soirée (20H00 – minuit)

Nombre de territoires au 31 décembre 2015 <sup>1</sup> ?	1631
Nombre de territoires sur lesquels la PDS est assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé	1506
Nombre de territoires dans lesquels la prise en charge des patients relevant de la PDS est assurée par le service des Urgences	123

### La France regroupe 1631 territoires de PDS, fin 2015.

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

Ils étaient au nombre de 1707 fin 2014, 1764 fin 2013, 1910 début 2013, 2267 début 2012, 2331 début 2011, 2412 début 2010, 2552 début 2009, 2696 début 2008, 2737 début 2007, 2834 début 2006, 3077 début 2005, 3238 début 2004 et 3770 début 2003.

La baisse du nombre de territoires de PDS est un peu plus importante en 2015 qu'en 2014 (de l'ordre de 4,5 % contre 3,5 % en 2014), mais elle ne remonte pas aux niveaux des années précédentes qui tournaient entre 10 et 15 % de baisse annuelle.

**Il semble donc se confirmer que la resectorisation trouve ses limites :** la poursuivre poserait le problème de la capacité des médecins et des patients à se déplacer sur de trop grands territoires.

Cette politique de regroupements des territoires tient 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 comptabilisation des territoires de la PDS n'est toutefois pas une science exacte. Dans un certain nombre de départements, des anciens secteurs ont été regroupés mais sont pris en charge par plus d'un effecteur dans le territoire qui résulte de ce groupement. Il convient de raisonner autant en termes de nombre d'effecteurs pendant la période de PDS qu'en termes géographiques.

Par exemple, le département du Val-de-Marne ne compte que 4 territoires de PDS mais qui sont couverts par 12 points fixes comportant chacun un effecteur. A l'inverse, dans des

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

départements comme les Alpes-de-Haute-Provence, l'Yonne, le Calvados ou la Seine-et-Marne, des territoires ont été maintenus sans présence d'effecteurs.

### **8 % des territoires de PDS sont ainsi dépourvus d'effecteurs, France entière.**

Si la resectorisation au cours de l'année 2015 concerne, en général, un ou deux territoires par département, quelques cas affichent une réduction plus marquée (passage de quinze à quatre territoires dans le Cher avec une garde doublée, suppression de trois territoires en Eure et en Seine-Maritime, etc).

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.

Comme on le verra plus avant, **la tendance à l'abandon, sur des territoires limités (voire sur des départements entiers), des créneaux de soirée par les médecins généralistes continue d'être constatée.** C'est alors la mutualisation avec les services d'accueil des Urgences qui répond aux demandes de soins non programmés relevant de la PDS.

#### **b) En journée, les week-ends et jours fériés**

Nombre de territoires au 31 décembre 2015 <sup>1</sup> ?	1662
Nombre de territoires sur lesquels la PDS est assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés des centres de santé	1625
Nombre de territoires dans lesquels la prise en charge des patients relevant de la PDS est assurée par le service des Urgences	40

**On peut constater que la présence de médecins est assez comparable en fin de semaine qu'en première partie de nuit.**

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 PDS en semaine (comme dans l'Eure où la PDS 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, dans l'Ain, ou dans le Haut-Rhin.

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

**c) 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	69
Si NON, combien de territoires d'effecton de nuit profonde sont-ils maintenus ?	515	
Dans combien de ces territoires une offre de soins libérale est-elle présente ?	424	

**31 conseils départementaux indiquent un arrêt complet de l'effecton en PDS à minuit sur l'ensemble de leur département. Au niveau des territoires, il y en a 69 % qui s'arrêtent de fonctionner à minuit (contre 67 % l'année dernière et 61 %, il y a deux ans).**

Il faut cependant être prudent et ne pas en déduire que près de 70 % de la population est dépourvue de possibilité de recourir à un médecin de garde en nuit profonde. Dans nombre de départements, la nuit profonde est maintenue dans les secteurs urbains où des associations de type SOS Médecins sont établies (Gironde, Savoie, Haute-Corse, Cher, Oise, Somme, Aube, etc.).

A contrario, l'ARS ne l'a pas maintenue dans le Nord où elle fonctionnait sous forme d'une expérimentation dont l'évaluation portait sur la réduction des hospitalisations des personnes âgées.

**L'arrêt de la garde en nuit profonde est cependant un processus qui s'étend inexorablement sur les territoires.**

Les évolutions peuvent être d'ampleur régionale et l'on peut citer, pour 2015, la Lorraine ou la Haute-Normandie.

Elles peuvent être départementales : en 2015, la garde s'est arrêtée totalement à minuit dans la Drôme ou sur certains territoires en Gironde, en Haute-Saône ou dans le Var.

Elles ne sont pas uniformes ni dans le temps ni dans l'espace. Dans les Vosges, la garde de nuit profonde est maintenue les week-ends et jours fériés alors qu'elle n'est plus toujours assurée en semaine.

**Ailleurs, un certain nombre d'ARS ont mis en place une nouvelle organisation dans laquelle la sectorisation de 20H00 à minuit laisse la place à une effecton mobile sur des grands territoires où les médecins sont censés assurer la permanence des soins pendant la nuit profonde.**

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

Si le plus souvent, l'arrêt correspond à une attente des praticiens et a été considéré par des conseils départementaux comme une évolution à même de pérenniser la PDS, 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 PDS, le choix de la poursuivre ou non après minuit.** C'est par exemple le cas du Nord et de la Savoie. Dans ces départements ou territoires, les CCR 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.

C'est également le cas dans le département de la Haute-Saône où il a été procédé à l'arrêt de la PDS en nuit profonde dans 10 secteurs du département, sans en informer les médecins volontaires et sans que le conseil départemental n'ait eu connaissance d'une évaluation de l'activité justifiant cet arrêt.

Ce processus d'arrêt des gardes en nuit profonde pourrait se poursuivre en 2016 avec la mise en place des nouvelles régions regroupant des ARS dont l'approche par rapport à l'effectif en nuit profonde était différente.

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

### **Cas des médecins correspondants du SAMU**

Même s'ils ne relèvent pas de la PDSA, ni des CCR qui l'organisent, il convient également 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.

On peut citer, à cet égard, l'exemple de la région Rhône-Alpes (où les seuls effecteurs en nuit profonde sont les MCS), ou l'expérimentation mise en œuvre par l'ARS Languedoc-Roussillon sur un territoire. L'Auvergne s'interroge également à la mise en place de ces MCS dans la PDS.

Au niveau départemental, de tels dispositifs ont été mis en place en 2015 dans l'Aude, le Pas-de-Calais ou dans le Puy-de-Dôme.

### ***LES MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU***

*Ce dispositif ne relève pas de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) mais de l'aide médicale urgente. On peut cependant observer qu'il tend à se développer là où la PDSA 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.*

#### **d) L'effection selon des horaires adaptés**

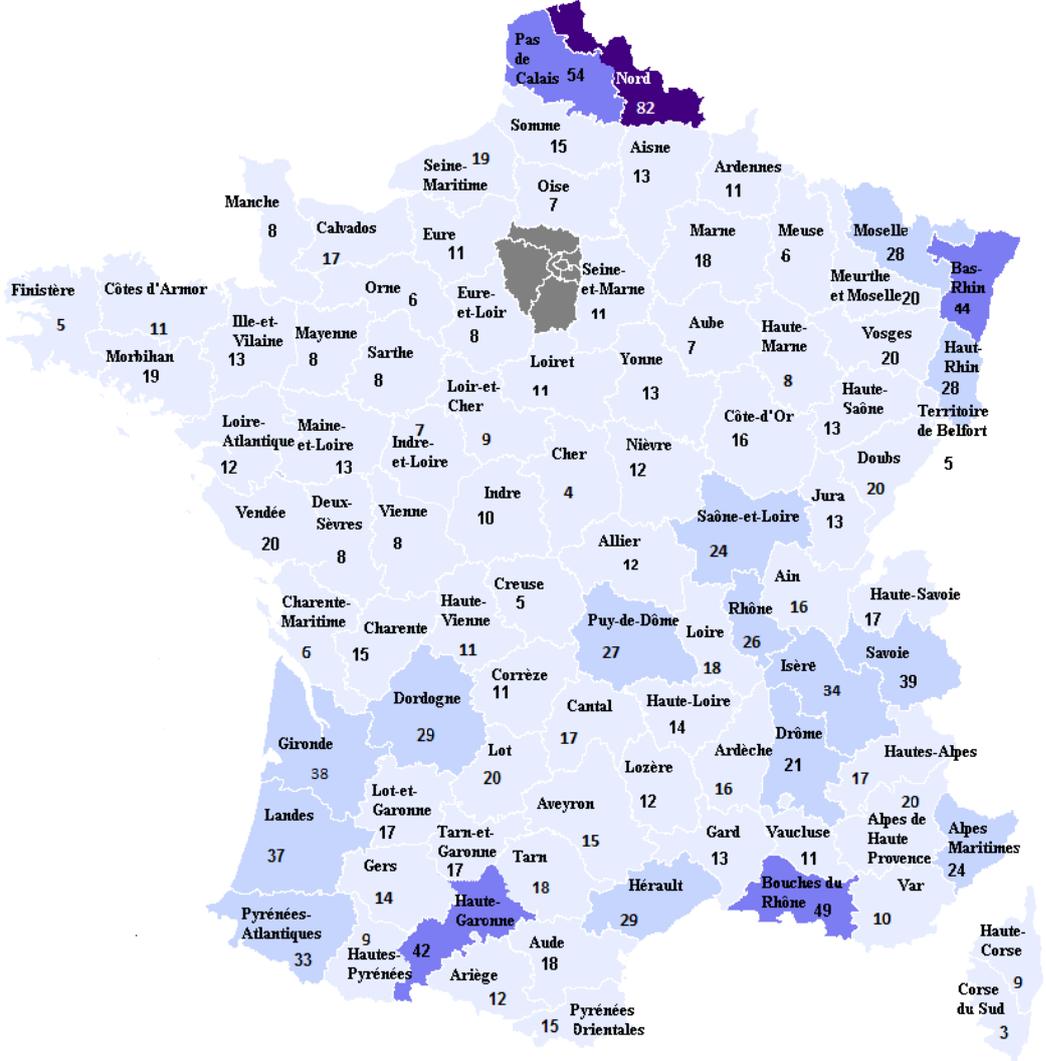
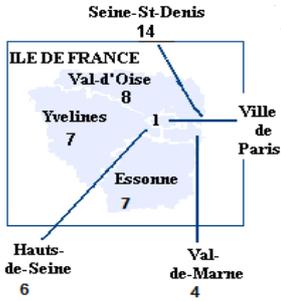
**On remarque également que de nouveaux départements ont adapté les horaires de la PDSA en fonction de l'activité constatée ou de la fragilité de la démographie médicale de certains territoires de leur département.**

C'est notamment le cas dans le département de l'Indre qui a modifié, depuis avril 2015, ses horaires de PDS pour les fixer en semaine entre 20H00 et 23H00, le samedi entre 12H00 et 23H00 (et même de 8H00 à 12H00 à titre expérimental), le dimanche et les jours fériés entre 12H00 et 23H00. On voit des situations comparables dans le Loir-et-Cher.

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 qui souhaiteraient que la garde débute à partir de 19H00 en semaine.

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



### LEGENDE

de 0 à 20



de 21 à 40



de 41 à 60



de 61 à 80

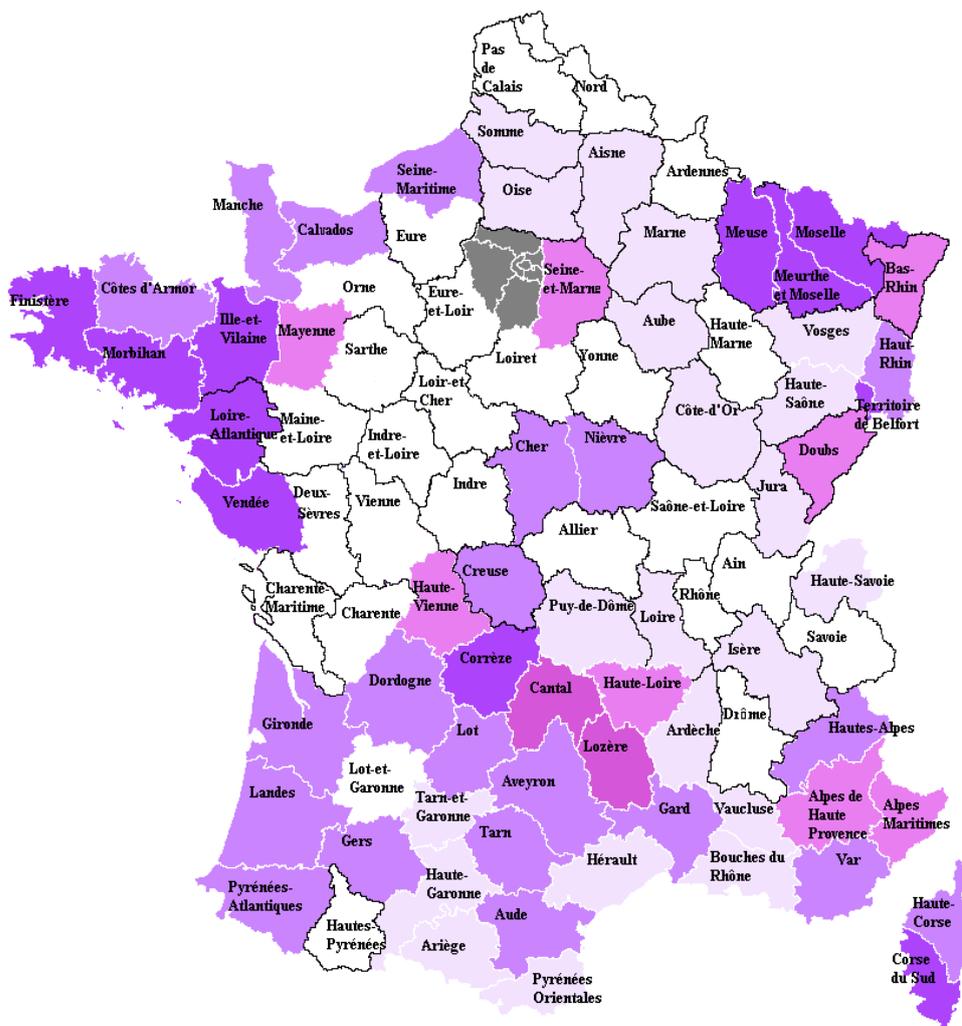
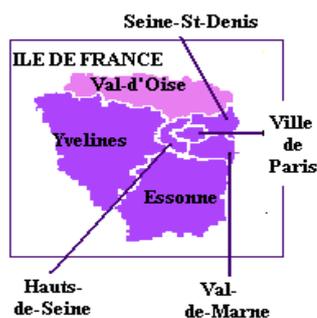


+ de 80





## LA COUVERTURE DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE - DE MINUIT A 8H00 AU 31 DECEMBRE 2015



### LEGENDE

Pas de couverture

de 1 à 24 %

de 25 à 50 %

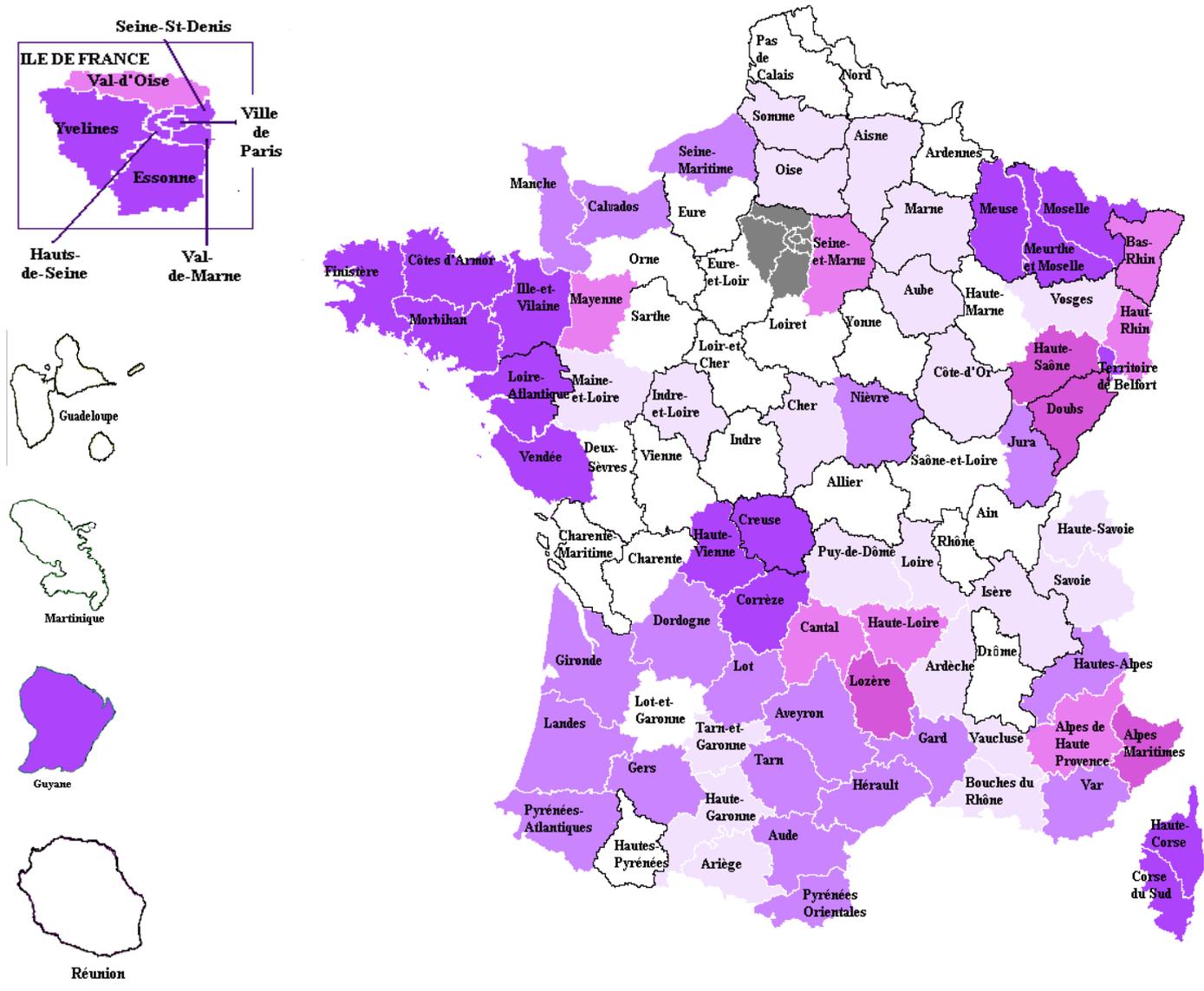
de 51 à 75 %

de 76 à 99 %

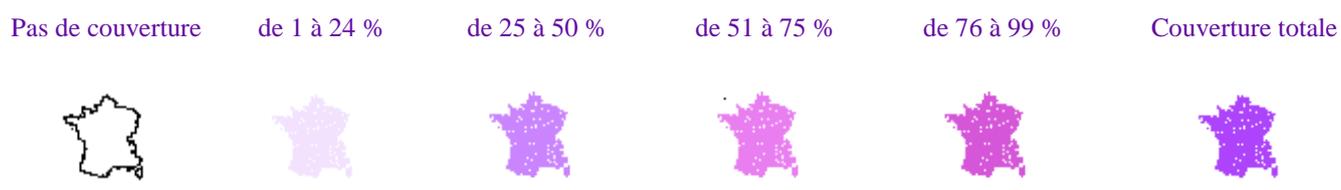
Couverture totale



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



**LEGENDE**



### 3) Lieux d'effecton fixe de la PDS

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

Combien en existe-t-il ?	443	
Combien de territoires de PDS couvrent-ils ?	493	
	OUI	NON
Les patients peuvent-ils, dans la pratique, y accéder sans régulation médicale ?	53	29
Existe-t-il des systèmes permettant l'acheminement vers l'effecteur fixe des patients mobilisables mais ne disposant pas d'un moyen de transport ?	20	64
Sur les territoires couverts par ces lieux d'effecton fixe, existe-t-il des dispositifs de prise en charge des visites incompressibles ?	59	24

**Il existe 443 lieux d'effecton fixe de la permanence des soins <sup>1</sup>. Ce nombre est stable.**

#### **LES LIEUX D'EFFECTION FIXE**

*Par lieu d'effecton fixe au sens de la présente enquête, il faut entendre les lieux identifiés par le cahier des charges régional où la population 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'effecton fixe fonctionnent la semaine, le week-end ou de façon plus intermittente (par exemple, uniquement le week-end). De façon générale, ils ferment en toute hypothèse à minuit.*

*La création de lieux d'effecton 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.*

<sup>1</sup> Ce chiffre intègre désormais les structures dédiées à la consultation de SOS Médecins alors qu'elles n'avaient pas été systématiquement comptabilisées les années précédentes.

### A périmètre égal, on constate en 2015, la création de 12 maisons médicales de garde

C'est le cas en région Nord-Pas-de-Calais avec la création de 3 MMG, en Picardie (4 MMG), et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (1 MMG).

Mais, en parallèle, des MMG ont disparu comme en Lozère où la seule qui existait a fermé ses portes. Dans le Cher, la MMG de Sancerre a également fermé en 2015. Dans la Moselle, le 3<sup>ème</sup> point fixe ne fonctionne plus.

Dans les Côtes d'Armor, a été supprimée pour les week-ends la seconde ligne de garde d'effectif fixe à la MMG de Saint-Brieuc (qui n'avait jamais été effective depuis sa mise en place en 2012). Il est tout de même prévu la possibilité de renforcer le médecin de garde par un effecteur mobile. Il convient également de citer quelques cas particuliers d'autres points fixes qui n'ont pas de fonctionnement effectif. Dans l'Aude, il y a ainsi un 5<sup>ème</sup> point fixe mais aucun médecin ne s'y rend. C'est le cas officiellement dans le département du Loir-et-Cher où il existe 3 MMG mais dont une seule fonctionne (à Blois).

**Le manque de visibilité à moyen terme et de forts doutes sur la pérennité de ces structures en raison du mode de gestion de leurs besoins de financements par les ARS, remettent en cause l'implication des médecins qui les promeuvent ou les gèrent.** La MMG de Vendôme, hébergée dans un hôpital, a ainsi fermé en raison d'un manque de financement par l'ARS.

### Les lieux d'effectif fixe couvrent 30 % des territoires de permanence des soins

**Ils sont implantés dans 85 % des 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 53 départements, l'accès à ces sites d'effectif n'est pas régulé systématiquement en amont et les patients peuvent s'y rendre directement.**

Des conseils départementaux 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.

### La question des dispositifs d'acheminement des patients le nécessitant vers le lieu fixe de la PDS n'est pas résolue

On peut déjà noter que les cahiers des CCR sont discrets sur ce point et que dans l'ensemble des modifications portées à notre connaissance, en 2015, seule l'Aquitaine évoque une expérimentation concernant la MMG de Libourne.

**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.

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

A la Réunion, une expérimentation devrait prochainement voir le jour.

Sur les territoires où la PDS est assurée par un effecteur fixe dans une MMG, la gestion des visites incompressibles est un enjeu

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

Dans une vingtaine de départements, les médecins exerçant en points fixes sortent pour effectuer des visites incompressibles (par exemple, dans le Vaucluse, l'Aude, la Charente, la Dordogne, le Gard, l'Indre-et-Loire, le Jura, la Loire, la Haute-Loire).

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

L'Hérault expérimente dans un secteur le recours aux moyens humains et matériels des sapeurs-pompier.



% de TERRITOIRES COUVERTS PAR DES LIEUX D'EFFECTION FIXE EN PDS (week-ends et fériés)			
VAL D'OISE	100,00	NORD	28,05
CALVADOS	100,00	ARDENNES	27,27
INDRE ET LOIRE	100,00	RHONE	26,92
LOIRE ATLANTIQUE	100,00	PYRENEES ORIENTALES	26,67
MAINE ET LOIRE	100,00	VAUCLUSE	25,93
MANCHE	100,00	DROME	23,81
MAYENNE	100,00	CANTAL	23,53
ORNE	100,00	BOUCHES DU RHONE	22,45
SARTHE	100,00	SAONE et LOIRE	21,74
PARIS (VILLE DE PARIS)	100,00	CHARENTE	20,00
YVELINES	100,00	BELFORT (TERRIT. DE)	20,00
VAR	100,00	GARONNE (HAUTE-)	19,05
VIENNE	100,00	FINISTERE	18,18
ESSONNE	100,00	ALPES-MARITIMES	16,67
HAUTS DE SEINE	100,00	MEUSE	16,67
VAL DE MARNE	100,00	LOIRE (HAUTE-)	14,29
MARTINIQUE	100,00	SOMME	13,33
GUYANE	100,00	COTE D'OR	12,50
REUNION	90,00	EURE ET LOIR	12,50
ARIEGE	88,89	MARNE (HAUTE-)	12,50
COTE D'ARMOR	72,73	MOSELLE	10,71
LOIRE	72,00	SAVOIE	10,26
SEINE-MARITIME	68,42	DOUBS	10,00
CORSE DU SUD	66,67	VIENNE (HAUTE-)	9,09
MARNE	64,29	JURA	7,69
CHARENTE MARITIME	62,50	PAS DE CALAIS	7,41
OISE	57,14	PUY DE DOME	7,41
SEINE ET MARNE	54,55	BAS-RHIN	6,82
GUADELOUPE	54,55	ARDECHE	6,25
ILLE ET VILAINE	53,85	LOT ET GARONNE	5,88
SAVOIE (HAUTE-)	53,85	VENDEE	5,00
AUDE	50,00	DORDOGNE	3,57
CHER	50,00	PYRENEES ATLANTIQUES	3,03
GIRONDE	50,00	ALLIER	0,00
INDRE	50,00	ALPES DE-HTE-PROV.	0,00
SEINE ST DENIS	50,00	AVEYRON	0,00
AISNE	46,15	CORREZE	0,00
LOIRET	45,45	CORSE (HAUTE)	0,00
LOIR ET CHER	44,44	CREUSE	0,00
MORBIHAN	42,11	EURE	0,00
AIN	38,46	GERS	0,00
NIEVRE	33,33	LANDES	0,00
PYRENEES (HAUTES-)	33,33	LOT	0,00
RHIN (HAUT-)	32,00	LOZERE	0,00
GARD	30,77	SAONE (HAUTE-)	0,00
MEURTHE et MOSELLE	30,00	SEVRES (DEUX-)	0,00
HERAULT	29,63	TARN	0,00
ALPES (HAUTES-)	29,41	TARN ET GARONNE	0,00
ISERE	29,41	VOSGES	0,00
AUBE	28,57	YONNE	0,00





#### 4) L'effectif sur les territoires où n'existent pas de sites dédiés

	OUI	NON
Le médecin qui assure la PDS à son cabinet est-il amené à effectuer des visites à domicile <sup>1</sup> (hors établissement des certificats de décès) ?	65	29
Si non, existe-t-il des effecteurs exclusivement mobiles ?	20	

**Dans les territoires ne disposant pas de lieux d'effectif fixe, 65 conseils départementaux ont indiqué que les médecins de garde réalisaient des visites au domicile des patients.**

Là où ce n'est pas le cas, 20 conseils départementaux sur 29 indiquent qu'un effecteur exclusivement mobile est mis en place assurer ces visites. Restent cependant des zones où les patients doivent être transportés vers le service des Urgences le plus proche.

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

En Haute-Vienne, l'expérimentation mise en place en 2010 est devenue pérenne le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Cette expérimentation consiste à organiser une double sectorisation avec 11 effecteurs fixes et 6 mobiles jusqu'à minuit. A partir de minuit, seuls les 6 effecteurs mobiles poursuivent leur activité. Les effecteurs sont rémunérés sur la base d'une astreinte qui peut s'élever à 450 euros pour les effecteurs en nuit profonde auquel il convient d'ajouter les actes effectués. La Creuse et la Corrèze ont rejoint ce dispositif.

Le département des Côtes d'Armor présente, quant à lui, 3 points de départ d'effecteurs mobiles pour une couverture totale du département et d'une partie du Finistère (secteur interdépartemental).

Parmi les nouveaux départements à disposer d'un tel dispositif, on trouve par exemple, depuis 2015, des expérimentations d'effecteurs mobiles dans l'Ain, le Cher et l'Indre-et-Loire.

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

A l'inverse, d'autres départements ne disposent plus d'effecteurs mobiles comme les Hautes-Pyrénées et le Pas-de-Calais où la garde de nuit profonde a été arrêtée.

<sup>1</sup> 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.

A noter que si l'effecteur mobile progresse, certaines réalités de terrain peuvent aussi empêcher le déploiement de ces dispositifs. A titre d'exemple, en nuit profonde, le Finistère est coupé en deux « super-territoires », chacun pourvu d'un effecteur. Cela rend difficile la mission des régulateurs qui estiment qu'il est souvent plus rapide de faire transporter le patient aux Urgences que de faire appel à l'effecteur mobile.

## **5) La PDS 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 CNOM, dès lors que la prise en charge des patients résidant en EHPAD est assurée par les dispositifs de PDS, 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 rappellera donc les réponses données en 2014 : quelques départements évoquaient le recours possible au médecin coordonnateur (la Seine-Maritime, le Loiret). Ailleurs, quand c'était possible, le transport du résident vers un lieu d'effecteur fixe était envisagé (Vienne).

Cette année encore, les conseils départementaux, dans leur très grande majorité ne font pas remonter de dispositifs adaptés dans les EHPAD et on ne peut s'en satisfaire.

Le rapport parlementaire prévoit d'ailleurs de : *« traiter de la question de l'accès aux soins en EHPAD aux heures de la PDSA et accélérer la généralisation des réseaux de soins coordonnés pour les personnes âgées. À court terme, les EHPAD devraient avoir obligation d'établir un protocole avec le SAMU pour anticiper les risques de besoins de soins dans la nuit ou le week-end et préciser les modalités de partage des informations médicales personnelles des patients concernés, entre l'EHPAD et les médecins chargés de la permanence des soins. »*

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

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

Plusieurs conseils départementaux (Essonne, Hérault, Maine-et-Loire, etc) faisaient état de la présence d'infirmiers la nuit dans les EHPAD.

On voit aussi 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 16 % nécessitent une intervention de la régulation (que ce soit pour un conseil ou un transfert vers les Urgences). Sur les autres 84 %, environ 2/3 nécessitent une intervention sur site de l'IDE, le reste étant résolu par téléphone.

Hélas, selon les derniers chiffres en notre possession et qui datent de 2013, 85 % des EHPAD ne disposaient d'aucun infirmier de nuit à cette date.

## 6) Activités médico-administratives et PDS

### a) Les certificats de décès

**Comme l'an dernier, dans plus de 80 départements, les certificats de décès sont réalisés par les médecins de garde** alors même que le ministère de la Santé a rappelé, dans une réponse écrite publiée au Journal Officiel (*JO Sénat du 05/05/2011 – p. 1191*) et dans une réponse orale publiée au Journal Officiel (*JO Assemblée Nationale du 28/04/2010 – p. 2412*), que l'établissement de certificats de décès ne faisait pas explicitement partie de la mission des médecins de garde dans le cadre de la PDS. 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 implémentant les conditions d'application de cet article est en attente.

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 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 2015, 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 MMG qui effectue les certificats de décès à l'issue de la garde.
- En Corse, il est prévu, dans le cadre d'une expérimentation prolongée en 2015, 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 à hauteur de 90 euros.
- En région Basse-Normandie, il est prévu au CCR que « *les demandes d'établissement de constat de décès survenant en EHPAD ou à domicile dans le cadre d'une fin de vie sur l'ensemble des horaires de PDSA sont pris en charge par le médecin effecteur après régulation.* Dans le Calvados, il est ainsi fixé une augmentation des astreintes du week-end couvrant les certificats de décès réalisés en compensation de la suppression des astreintes du week-end.

- 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* ».
- Dans l'Ain, dans le cadre de l'expérimentation des effecteurs mobiles débutant en septembre 2015, il est prévu que les certificats de décès soient indemnisés à hauteur de 112 euros.

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 où il semblerait que les discussions portent sur la mise en place de médecins mobiles pour réaliser les certificats de décès. Des échanges ont également eu lieu dans l'Eure, la Côte d'Or, etc.

## **b) 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 (UMJ) 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 43), 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 (Hérault, Charente, Cantal, Nord, Lot-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Saône-et-Loire) 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).

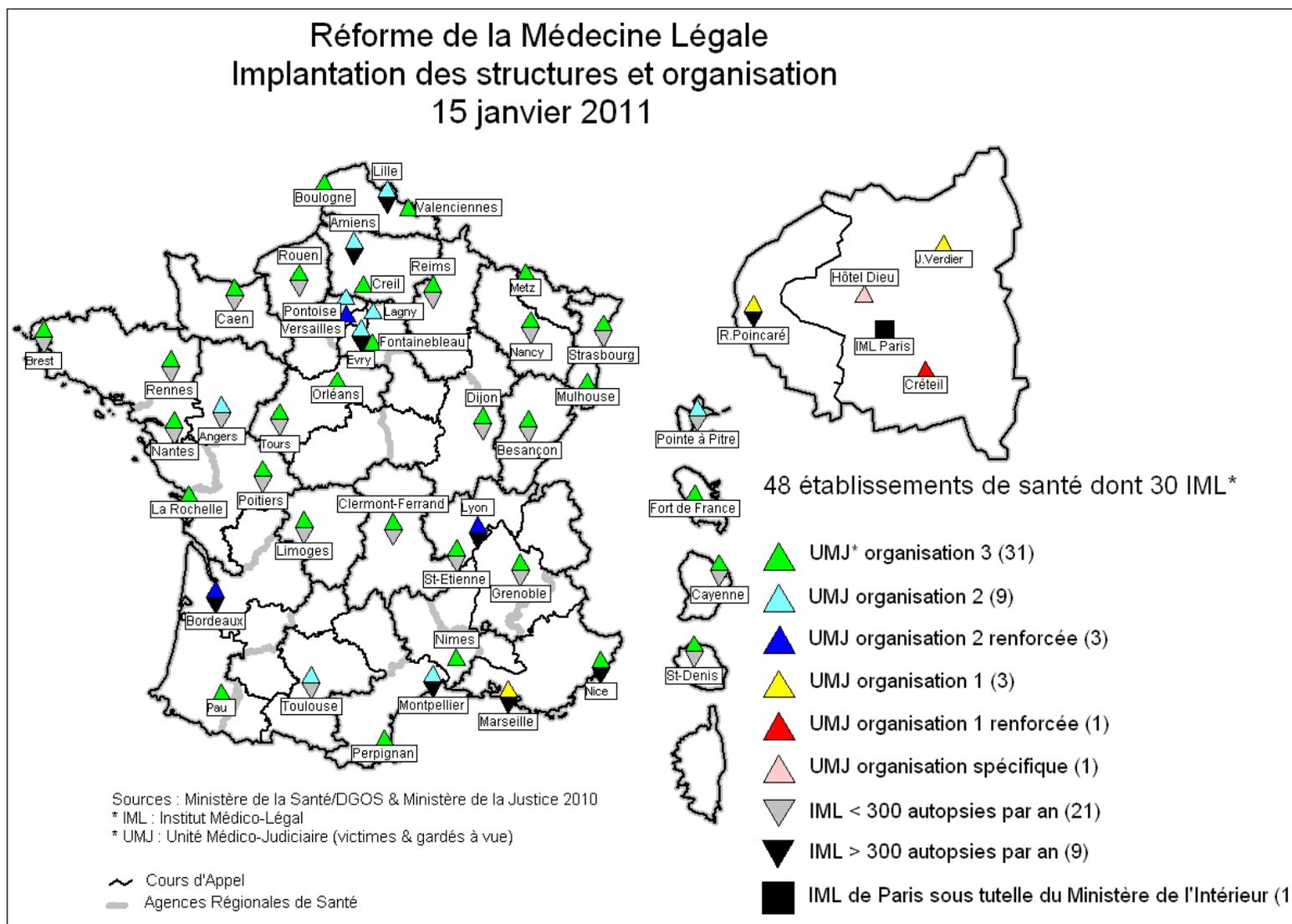
Comme les années passées, plusieurs conseils départementaux signalent le déplacement des gardés à vue vers les centres hospitaliers non dotés d'une UMJ (Isère, Aisne, Eure, Loir-et-Cher, Haute-Saône, Sarthe, Territoire-de-Belfort); ces déplacements peuvent ne concerner que certains territoires du département.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

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

**L'enquête du CNOM 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.**

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

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



#### IV. LA PARTICIPATION A LA PDS ET LE FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

	OUI	NON	Non Communiqué
Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la PDS, par territoire ?	70	30	
Nombre de territoires où le nombre de médecins couvrant la garde est $\leq$ à 5	277		
Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?	50	50	
Y est-il parvenu ?	23	29	
Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2015 (en dehors des mouvements de protestations liés à la loi de modernisation de notre système de santé) ?	28	70	2

	jusqu'à 20h00	de 21 à 40h00	de 41 à 60h00	plus de 61h00
Quel est le temps consacré à la PDS (nombre d'heures par mois) ?				
✓ par les élus :	81	9	2	1
✓ par le personnel administratif	54	20	10	10

## 1) Participation des médecins

### a) Le volontariat

**Dans 66 départements, le pourcentage des volontaires reste supérieur à 60 %.** Ce chiffre est, pour la première fois depuis 13 ans, en légère hausse par rapport à l'année précédente (63 départements en 2014). Seul le suivi de cette donnée annuelle permettra de savoir si cette inversion de courbe est une réelle inversion de tendance.

**A contrario, sur l'ensemble des départements, le pourcentage des volontaires est de 65 % soit une baisse de 2 points par rapport à 2014** (baisse peu significative, mais plus importante que celle enregistrée en 2014).

**Ces chiffres démontrent encore un engagement important des médecins généralistes dans la PDS.**

En analysant les données fournies par les médecins des 85 départements utilisant Ordigard, il ressort que l'âge moyen des médecins installés volontaires pour la PDS est de 51 ans (contre 53 ans pour l'âge moyen des généralistes installés).

L'analyse du volontariat, département par département, est cependant fortement contrastée : 25 % des départements enregistrent une baisse, mais 10 % signalent une hausse.

15 départements ont enregistré une baisse de 10 % et plus (Alpes-de-Haute-Provence, Corrèze, Creuse, Drôme, Gers, Isère, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Maine-et-Loire, Meurthe-et-Moselle, Bas-Rhin, Yonne, etc) alors que 6 connaissent une amplitude positive dans les mêmes proportions (Haute-Corse, Indre, Loire-Atlantique, Haute-Marne, Var, Val-d'Oise). Les baisses comme les hausses peuvent concerner les départements ruraux comme les départements disposant de centres urbains importants.

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

**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 ;
- Un manque d'intérêt des jeunes diplômés pour l'exercice libéral ;
- Une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public qu'ils assurent ;
- 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).

**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 (comme à Riom dans le Puy-De-Dôme). 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.

**De nouvelles informations sur la baisse du volontariat sont propres au contexte de cette année 2015** : nous sont remontées des informations de certains départements dans lesquels, en raison de la façon dont les médecins se sentaient traités par les pouvoirs publics à l'occasion des discussions sur la loi de modernisation de notre système de santé, ils ont décidé de ne plus faire l'effort de s'investir dans la PDS.

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.

**Afin d'élargir la base des possibles volontaires, le CNOM a cependant obtenu de la CNAMTS qu'elle mette à disposition des médecins non installés susceptibles de participer à la PDS (remplaçants exclusifs, retraités et salariés) des feuilles de soins** même si des difficultés ont vu le jour pour la délivrance d'une carte CPS aux médecins remplaçants exclusifs comme en Loire-Atlantique.

Le conseil départemental du Haut-Rhin avait déjà signalé, en 2014, la participation à la PDS de médecins salariés de centres de santé. 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 généralisation de la levée de ce frein (étendue aussi aux médecins salariés des hôpitaux par décret du 30 décembre 2015) permet d'espérer une contribution à la redynamisation d'un volontariat qui ne peut plus reposer uniquement sur les médecins généralistes libéraux.**

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.

**Par ailleurs, suite à l'arrêt de plus en plus largement répandu de l'effectif en nuit profonde, la problématique du maintien d'une PDSA, de 20H00 à minuit, commence à se poser ici ou là.** Le Languedoc-Roussillon expérimente son arrêt en 2015 sur deux secteurs. La Charente-Maritime voudrait suivre ces exemples, ainsi que certains territoires dans le Lot-et-Garonne, la Côte d'Or, le Finistère, l'Eure-et-Loir, ou la Saône-et-Loire.

Dans les Bouches-du-Rhône, le dispositif de la PDSA est mis en difficulté par des cabinets à horaires élargis qui assurent des consultations sur certains horaires de la PDS, brouillant ainsi la compréhension par les patients du dispositif et l'engagement des médecins.

**Dans les solutions que les conseils départementaux proposent pour lutter contre le problème de la baisse du volontariat, celle le plus souvent évoquée passerait par des incitations financières :** les avis sont partagés sur les forfaitisations qui intéressent un nombre significatif de conseils départementaux, d'autres à l'inverse craignant un renforcement de la tutelle par l'ARS. La défiscalisation de l'exercice de la PDS est souvent proposée.

D'autres conseils départementaux, souvent en situation de carence chronique pour la PDSA déclarent que la seule solution serait de revenir à l'obligation de participation à la PDS (hors exemptions).

#### ***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 2015



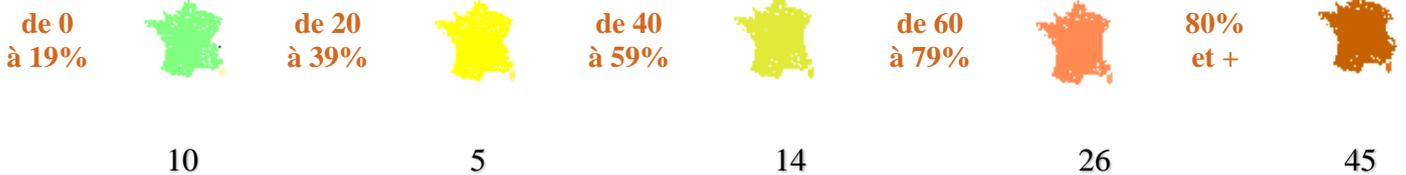
### LEGENDE



**- RAPPEL -**  
**LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**  
**À LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2014**



**LEGENDE**



## **b) La complétude des tableaux**

Le nombre de départements dans lesquels le conseil de l'Ordre reçoit des listes complètes ou quasiment complètes diminue encore (70 vs 76).

**L'élaboration, la complétude et la diffusion des tableaux départementaux de la PDS constituent des tâches de plus en plus lourdes pour les conseils départementaux.**

**Là où existent des associations qui organisent la PDS, 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 MMG 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.

## **c) Les réquisitions**

**L'année 2015 a été marquée par une hausse notable du nombre de départements dans lesquels des réquisitions ont été effectuées (27 contre 18 l'an passé).** Quatorze nouveaux départements en ont connu mais elles ont disparu dans cinq autres.

Ces réquisitions sont le plus souvent ponctuelles, et ne concernent qu'un faible nombre de médecins, voire un seul médecin comme cela est le cas dans un territoire des Ardennes.

Certaines situations peuvent exacerber des tensions sur des territoires en déficit de démographie médicale, comme dans l'Ain où des réquisitions ont été réalisées pour le samedi 2 mai 2015 alors même que les médecins s'étaient organisés pour communiquer au SAMU le nom des confrères présents après en avoir informé aussi l'ARS.

**Le CNOM continue d'affirmer que la réquisition ne peut constituer le mode normal de fonctionnement de la PDS.** 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.

#### **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 PDS (consultations en points fixes de garde, visites à domicile, etc).

En 2015, les revalorisations dans les tarifs d'astreinte dans les CCR ont concerné uniquement la région Champagne-Ardenne qui a appliqué une revalorisation aux forfaits d'astreinte des effecteurs.

MONTANT FORFAITAIRE DES ASTREINTES D'EFFECTION MEDICALE (1)					
REGIONS	20H- 24H	MINUIT - 8H	SAMEDI APRES-MIDI 12H - 20H	DIMANCHES, JOURS FERIE ET PONTS 8H-20H	Spécificités
Alsace	50 €	100 €	100 €	150 €	350 € à Mulhouse De minuit à 8h (regroupement de 6 secteurs)
Aquitaine	50 €	100 € (1)	100 €	150 €	(1) 300€ dans tous les secteurs situés à plus de 30min d'un SMUR
Auvergne	50 €	150 €	150 €	150 €	
Bourgogne	50 € (1)	100 €	100 €	150 €	(1) doublé ou triplé en cas de regroupement de 2 ou 3 secteurs Côte d'Or : indemnité complémentaire de sujétion de 50 € dans 2 MMG, doublement de l'indemnité pour l'effecton mobile
Centre	50 € (1)	100 €	100 €	150 €	(1) Dans les secteurs où la garde cesse à 22h -> 25€
Champagne-Ardenne	61 €	123 €	123 €	185 €	samedi suivant un jour férié : 61,60 €
Corse	50 €	100 €	100 € à 150 € (1)	150 € à 250 € (1)	(1) selon les secteurs
Franche-Comté	50 €	100 €	100 €	150 €	50 € le samedi de 8h à 12h lorsqu'il suit un jour férié
Languedoc Roussillon	50 €	100 € (1)	100 €	150 €	(1) 120€ dans tous les secteurs situés à 30 min d'un SMUR
Midi-Pyrénées	50 € / 100 € (1)	150 € / 300 € (2)	100 €	150 €	(1) 100 € si arrêt à minuit (2) en fonction des secteurs concernés
Nord-Pas-de Calais	50 €	450 € (1)	100 €	150 €	(1) sur les 7 grands secteurs
Basse Normandie	50 €	100 €	150 € (1)	200 €	(1) au prorata du temps effectué quand l'astreinte est inférieure ou supérieure aux heures habituelles
Pays-de-la-Loire	50 € (1)	100 € (1)	100 €	150 €	(1) sauf Vendée et Loire-Atlantique où l'astreinte d'effecteur mobile est de 450€

REGIONS	20H- 24H		MINUIT - 8H		SAMEDI APRES-MIDI 12H - 20H			DIMANCHES, JOURS FERIE ET PONTS 8H-20H		Spécificités		
Picardie	100 €		200 €		200 €			300 €				
Poitou-Charentes	50 €		SANS OBJET		100 €			150 €				
Prov.-Côtes d'Azur	50 €		100 €		100 €			150 €				
Rhône-Alpes	50 €		100 €		100 €			150 €				
Guyane	165,60 €		331,20 €		331,20 €			496,80 €				
Guadeloupe	50 €		100 €		100 €			150 €				
Martinique	135 €				210 €			210 €		270 € nuit des 24 & 31 déc. & 1er		
Ile-de-France (ces montants peuvent faire l'objet d'une proratisation horaire)	posté	mobile	posté	mobile	posté	mobile	posté	mobile	. Pas de forfait d'astreinte à Paris (1) forfait dégressif en fonction du nombre d'actes effectués. Si on a 1 acte : 200 €, 2 actes : 140€, 3 actes : 80 € et 60 € à partir de 4 actes. (2) excepté pour les effecteurs mobiles ruraux et les grands effecteurs dans les Yvelines			
	200 € (1)	50 € (2)	sans objet	100 € (2)	200 € par tranche de 4 H (1)	150 € (2)	200 € par tranche de 4 H (1)	150 € (2)				
Haute-Normandie	posté	mobile	posté	mobile	posté	mobile	posté	mobile				
	50 €	100 €	100 €	200 €	100 €	134 €	150 €	200 €				
Lorraine	normal	rural	normal	grand secteur	100 €			150 €		(1) sauf dans la Meuse : 225 €		
	50 €	75 €	150 € (1)	450 €								
Réunion	fixe	mobile	SANS OBJET		fixe	mobile	fixe	mobile				
	50 €	100 €			75 €	150 €	150 €	300 €				
Bretagne	posté	mobile urbain	mobile rural	mobile urbain	mobile rural	posté	mobile urbain	mobile rural	posté	mobile urbain	mobile rural	
	50 €	50 €	150 €	100 €	500 €	100 €	100 €	150 €	150 €	150 €	200 €	
Limousin	Le Limousin compte de nombreuses spécificités dans la rémunération de l'effecteur. Les effecteurs postés perçoivent 50 € de 20h à minuit en zone rurale et urbaine. En Haute-Vienne, l'effecteur mobile en zone urbaine perçoit 125€ de 20h à minuit puis 300€ jusqu'à 8h. En zone rurale et à Brive (Corrèze), ils perçoivent 450 € de 20h à minuit dans toute la région. Le samedi de 12h à 20h, les effecteurs postés perçoivent 100 € sauf en Corrèze où ils assurent également les visites (120 €). Les effecteurs mobiles touchent 150 € sauf en Creuse en zone rurale (100 €). Le dimanche, l'indemnité est de 150 € pour les effecteurs postés sauf en Corrèze où ils assurent également les visites (180 €). Les effecteurs mobiles perçoivent 225 € en Haute-Vienne et, pour la Creuse, 200 € pour l'effecteur mobile en zone urbaine et 150 € en zone rurale.											

## e) Les logiciels de garde

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

**85 départements en font usage.** En 2015, de nouveaux conseils départementaux l'ont utilisé (Drôme, Haute-Corse, Haute-Savoie, Manche, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise, Martinique).

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).

**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.**

**La nouvelle version de P-Garde (2.0) s'est mise en place au cours de l'année 2015 :** Les 23 départements qui utilisaient la version précédente ont basculé et l'utilisation des logiciels devrait s'étendre à de nouveaux départements, en 2016, grâce aux efforts conjugués de l'Ordre des médecins, de l'assurance maladie et des ARS.

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.

Par ailleurs, le CNOM a aussi développé un partenariat avec les SAMU en connectant Ordigard à AppliSAMU afin d'éviter aux permanenciers des C15 de saisir les plannings dans leur système. Trente conseils départementaux sont raccordés ou en cours de raccordement avec AppliSAMU.

## **2) PDS et organisation du conseil départemental**

Le CNOM 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 PDS**, à la tenue de réunions avec les praticiens, l'administration, le SAMU ou l'assurance maladie. Ils assurent un important travail d'information et de conciliation auprès des patients qui les sollicitent sur le fonctionnement du dispositif.

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

**On ne peut évoquer le travail effectué par les conseils départementaux sans mentionner les médecins correspondants de secteurs (qui sont souvent la cheville ouvrière de l'organisation de la PDS) et les ADOPS, ou encore les associations de médecins régulateurs libéraux.** Certaines de ces associations bénéficient d'ailleurs, en 2015, d'un concours financier des ARS. A l'inverse, quelques conseils départementaux s'alarment du délitement associatif à l'échelon local.

## **3) Doléances et plaintes reçues par les conseils départementaux à propos de la PDS**

**30 % des conseils départementaux (contre 40 % l'an dernier) signalent des doléances, plaintes ou réclamations liées à la PDS en 2015.**

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.

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 PDS.

Par rapport aux informations fournies l'année dernière, il n'y a pas de nouvelles affaires à signaler concernant la PDS, ni en chambre disciplinaire, ni dans le rapport du Sou Médical.

## ***CONCLUSION DE L'ENQUÊTE***

Bien qu'ayant subi, en 2015, des modifications localisées et souvent de faible portée, sous l'égide des ARS, la permanence des soins semble au 31 décembre toujours aussi fragile, même si les médecins généralistes ont dans l'ensemble continué à assumer leurs responsabilités auprès des usagers. Le volontariat ne baisse plus significativement mais certaines missions commencent à se déliter (comme la baisse d'implication sur les créneaux de soirée), ou à ne plus pouvoir être assurées (zones blanches ou de trop faible densité en médecins généralistes pour assurer un tour de garde).

Aux causes « chroniques » du désengagement (démographie préoccupante, manque de prise en compte des évolutions de la profession, insuffisance des concertations entre les ARS et les représentants de la profession, absence de mesures d'incitation financières), des crispations liées aux oppositions à la loi de modernisation de notre système de santé ou à des inégalités de traitement entre médecins (selon leur statut libéral ou salarié, ou leur fonction de régulateur ou d'effecteur) menacent à court ou moyen terme la poursuite de cette mission de service public. Au-delà, il n'est pas surprenant que la déstabilisation de la continuité des soins impacte la permanence des soins.

Si l'année écoulée a vu les services de l'Etat s'impliquer sur le sujet pour expérimenter des solutions originales (comme en Pays-de-Loire) ou prendre des décisions attendues depuis longtemps (comme l'inscription dans la nomenclature des certificats de décès ou la création d'un numéro d'appel national pour la PDS), d'autres axes stagnent comme le développement pourtant primordial de la régulation des demandes de soins et le défaut des campagnes d'information du public sur la bonne utilisation du dispositif de la PDS. Hélas, le CNOM ne voit pas comment l'érosion du volontariat pourra être endiguée avant la déliquescence du dispositif sans des mesures fortes d'attractivité de l'exercice en PDS.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins reste disposé à travailler avec les pouvoirs publics pour faire évoluer la situation et proposer des solutions visant à éviter la poursuite de cet effritement.

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

Le CNOM estime que le dispositif de la PDS devrait reposer sur les principes suivants :

- Il ne peut plus s'appuyer sur les seuls médecins généralistes libéraux : les médecins salariés du privé ou du public, les médecins remplaçants, les internes titulaires d'une licence de remplacement et les retraités doivent pouvoir s'y inscrire, sans que cela leur occasionne les lourdes contraintes de gestion d'un exercice mixte libéral et salarié ;
- Une régulation médicale libérale en amont la plus large possible, y compris en horaires de nuit profonde ;
- Une effectif adaptée aux territoires qu'elle couvre, comprenant un effecteur fixe en maison médicale de garde ou en cabinet, présence couplée à l'existence de solutions de transport vers ces effecteurs des patients le nécessitant, et renforcée par la présence de médecins mobiles pour assurer les visites incompressibles ;
- Une solution au problème des actes médico-administratifs (certificats de décès, examens des gardés à vue) ne reposant pas sur le seul médecin de la PDS ;
- Une coordination accrue d'un point de vue géographique avec les pharmacies.

Des pistes de réflexion, comme la professionnalisation de l'effectif, le développement des coopérations interprofessionnelles et de la télémédecine (notamment dans les EHPAD pour répondre aux besoins des résidents) en horaires de PDS pourraient participer à la définition de solutions pérennes.

La complémentarité avec les services d'accueil des Urgences devra également se renforcer, toute mise en concurrence entre les systèmes est à bannir.

En tout état de cause, l'accès à la permanence des soins devra être plus visible, plus facilement compréhensible et plus aisément accessible en tous points du territoire.

## ANNEXE 1

Participation des médecins libéraux à la régulation (cf. page 15, pour les aspects méthodologiques)

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

	Samedi matin	Samedi après-midi	Dimanche 8H-20H	Nuit 20H-24H	Nuit 24H-8H
<b>LANGUEDOC-ROUSSILLON</b>					
AUDE	0	1	1,5	1	0
GARD	0	2	2	1	1
HERAULT	2	2	5	2	1
LOZERE	0	0	0	0	0
PYRENEES-ORIENTALES	0	2	2	1	1
<b>LIMOUSIN</b>					
CORREZE	0	1	2	1	1
CREUSE	0	1	1	1	0
HAUTE-VIENNE	1	2	2,5	1	1
<b>LORRAINE</b>					
MEURTHE-et-MOSELLE	0	2	2	1	0
MEUSE	0	1	1	0	0
MOSELLE	1	3	3	3	1
VOSGES	0	2	1,5	1	1
<b>MIDI-PYRENEES</b>					
ARIEGE	1	1	1	0	0
AVEYRON	0	2	2	1	1
HAUTE-GARONNE	3	5	5	4	2
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
<b>NORD-PAS-de-CALAIS</b>					
NORD	0	3	6	6	0
PAS-DE-CALAIS	0	4,5	4,5	3	3
<b>BASSE-NORMANDIE</b>					
CALVADOS	0	2	2	2	2
MANCHE	0	1	1	1	1
ORNE	1	1	1	1	1
<b>HAUTE-NORMANDIE</b>					
EURE	0	1	1	1	1
SEINE-MARITIME	2	4	4	2	2
<b>PAYS-de-la-LOIRE</b>					
LOIRE-ATLANTIQUE	2	5	5	3	2
MAINE-ET-LOIRE	0	3	4	2	0
MAYENNE	1,5	1,5	1,5	1	1
SARTHE	0	1	2	1	0
VENDEE	0	3	3,5	2	2
<b>PICARDIE</b>					
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
<b>POITOU-CHARENTES</b>					
CHARENTE	0	2	2	1	1
CHARENTE-MARITIME	2	2	2,5	1	1
DEUX-SEVRES	0	1	1,5	1	1
VIENNE	0	1,5	2,5	1	1
<b>PACA</b>					
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	1	1	1	1	1
HAUTES-ALPES	1	2	1	1	1
ALPES-MARITIMES	2	2	2	2	2
BOUCHES-DU-RHONE	2	3	3	2	1
VAR	1	2	2	2	2
VAUCLUSE	0	1	1	1	1
<b>RHONE-ALPES</b>					
AIN	1	2	2,5	2	1
ARDECHE	1,5	1	1,5	1	1
DROME	1	1	1	1	1
ISERE	3,5	3	4	2	1
LOIRE	2	2	2	2	2
RHONE	1	5	5	1	1
SAVOIE	1	1	1,5	1	1
HAUTE-SAVOIE	nc	nc	nc	nc	nc
<b>CORSE</b>					
CORSE-DU-SUD	0	1	1	1	0
HAUTE-CORSE	0	1	1	0	0
<b>ANTILLES-GUYANE</b>					
GUADELOUPE	1	1	1	1	1
MARTINIQUE	2	2	2	1	0
GUYANE	0	0	0	0	0
<b>REUNION-MAYOTTE</b>					
REUNION	0	2	2	2	1

<b>FRANCHE-COMTE</b>					
DOUBS	0	6	7	4	2
JURA					
TERRITOIRE-DE-BELFORT					
HAUTE-SAONE					

Dans la région Franche-Comté, la régulation hospitalière et libérale est régionale et la plate-forme est située au centre hospitalier de Besançon.

A noter que cette plate-forme dispose cependant d'une antenne au centre hospitalier de Belfort mais en nuit profonde, les appels basculent à Besançon. Les effectifs de médecins régulateurs libéraux sont à géométrie variable et évoluent en fonction de l'activité.

## Questionnaire-type envoyé aux départements sur l'état des lieux de la permanence des soins au 31 décembre 2015

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

	OUI	NON
1. Y a-t-il eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2015 ?		
1 bis Si OUI, lesquelles ?		
1 ter S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2015, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?		
2. Le CODAMUPS, s'est-il réuni en 2015 ?		
• Combien de fois ?		
• Son sous-comité médical s'est-il réuni ?		
• Combien de fois ?		
3 En 2015, 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 Ce qui se passe sur le terrain est-il en accord avec le cahier des charges ?		
4 bis Si NON, développez		

### II LA PDS SUR LE TERRAIN EN 2015

#### 1 – LA RÉGULATION MÉDICALE

	OUI	NON
5 L'organisation de la régulation libérale dépend-elle d'une organisation <b>exclusivement</b> 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) ? <sup>1</sup>		
7 Combien de médecins libéraux participent à la régulation libérale ?		
8 La régulation déportée (depuis son domicile ou son cabinet) est-elle en pratique utilisée par des régulateurs libéraux ?		

<sup>1</sup> Il peut s'agir d'un numéro départemental ou régional.

- 9 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**).<sup>1</sup>

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

## 2 – L'EFFECTION FIXE SUR DES SITES DEDIEÉS 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).

10 Combien en existe-t-il dans votre département ?		
11 Combien de territoires de PDS couvrent-ils ?		
	OUI	NON
12 Un centre de santé (mutualiste ou municipal) s'est-il positionné pour participer à la PDS avec ses médecins salariés? <sup>2</sup>		
13 Les patients peuvent-ils, dans la pratique, accéder à ces sites dédiés sans régulation médicale préalable?		
14 Existe-t-il des systèmes permettant l'acheminement vers l'effecteur fixe des patients mobilisables mais ne disposant pas d'un moyen de transport?		
14 bis Si OUI, lesquels ?		
14 ter Sur les territoires couverts par ces lieux d'effecton fixe, existe-t-il des dispositifs de prise en charge des visites incompressibles ?		
14 quater Si OUI, lesquels ?		

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

	OUI	NON
15 - Le médecin qui assure la PDS à son cabinet est-il amené à effectuer des visites à domicile <sup>3</sup> (hors établissement des certificats de décès) ?		
15 bis Si non, existe-t-il des effecteurs exclusivement mobiles ?		

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Le Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 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.

<sup>3</sup> 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)

16 Nombre de territoires au 31 décembre 2015 <sup>1</sup> ?	
17 Nombre de territoires pour lesquels la PDS est assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé	
18 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

19 Nombre de territoires au 31 décembre 2015 <sup>2</sup> ?	
20 Nombre de territoires pour lesquels la PDS est assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé	
21 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
22 Le cahier des charges régional prévoit-il l'arrêt de la permanence des soins à minuit dans l'ensemble de votre département ?		
22 bis Si NON, combien de territoires d'effection de nuit profondes y sont-ils maintenus ?		
22 ter Dans combien de ces territoires une offre de soins libérale est-elle présente ?		

#### 5 – ACTIVITÉS OU INFORMATIONS CONNECTÉES A LA PDS

	OUI	NON
23 L'organisation des examens des gardés à vue repose-t-elle pour tout ou partie du département sur le médecin de la PDS ?		
23 bis Si NON, quel est le mode d'organisation ?		
24 L'établissement des certificats de décès repose-t-il sur tout ou partie du département sur le médecin de PDS ?		
24 bis Si NON, quel est le mode d'organisation ?		
24 ter Est-il prévu, par l'ARS, une indemnisation pour le médecin qui délivre un certificat de décès à la demande de la régulation ?		

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

<sup>2</sup> On prend pour base en cas de sectorisation saisonnière, la saison comportant le nombre le plus important de territoires.

25 Existe-t-il des dispositifs spécifiques pour assurer la PDS aux résidents des EHPAD ?		
25 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)		
25 ter Pouvez-vous nous indiquer un (ou plusieurs) EHPAD qui s'inscrivent dans cette démarche ? <sup>1</sup>		
26 Existe-t-il dans votre département des médecins correspondants du SAMU ?		
27 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 <sup>2</sup> ?		
27 bis Si OUI, ont-ils pu obtenir des feuilles de soins pour cet exercice ?		

### III PDS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

28 Pourcentage de médecins participant à la permanence des soins		
	OUI	NON
29 Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la PDS, par territoire ?		
30 Nombre de territoires où le nombre de médecins volontaires pour la PDS est ≤ à 5 ?		
	OUI	NON
31 Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter des tableaux en 2015 ?		
31 bis Y est-il parvenu ?		
32 Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2015 ? (en dehors des mouvements de protestations liés à la loi de modernisation de la santé)		
33 Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?		
➤ par les élus :		
➤ par le personnel administratif :		
34 Si vous utilisez Ordigard, avez-vous des attentes quant à l'évolution du logiciel ?		
34 bis Si OUI, lesquelles ?		
34 ter Si vous n'utilisez pas Ordigard, pourquoi ?		

<sup>1</sup> Le CNOM sera susceptible d'entrer en contact avec ce (ou ces) EHPAD

<sup>2</sup> Cf. circulaire CNOM - N° 2012-092

## IV ASPECTS QUALITATIFS ET PROSPECTIFS

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

<p>Quelles sont les raisons de ce dysfonctionnement ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>Y a-t-il eu en 2015 des actions de communication vers le grand public sur l'utilisation du dispositif de la PDS ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

### 2 – PROSPECTIVES

<p>Craignez-vous, sur un ou plusieurs territoires, un désengagement des médecins volontaires pour assurer la PDS les soirées de semaine (de 20h à minuit)?</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>L'expérimentation de nouvelles gouvernances de la PDS mise en place en Pays-de-Loire et proposée à chaque DGARS pour une éventuelle déclinaison, vous semble-t-elle intéressante pour améliorer la PDS dans votre département <sup>1</sup> ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

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

-----

-----

-----

-----

<sup>1</sup> L'expérimentation consiste, selon le PLFSS 2016, à confier à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de financement de la PDSA, incluant non seulement les forfaits d'astreinte mais aussi les actes réalisés par les effecteurs de PDS. Ces moyens peuvent être utilisés pour renforcer le volontariat (par l'instauration d'une forfaitisation +/- partielle de l'effectif), pour mettre en place des effecteurs mobiles (réalisant les visites incompressibles notamment en EHPAD), pour recruter des régulateurs pour indemniser les certificats de décès, ...

Annexe 3

**Questionnaire-type envoyé aux régions sur l'état des lieux  
de la permanence des soins au 31 décembre 2015**

	OUI	NON
1. Y a-t-il eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2015 ?		
1 bis Si OUI, lesquelles ?		
1 ter S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2015, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges ?		
2 En 2015, votre conseil régional a-t-il été associé par l'ARS à l'évolution de l'organisation ou du fonctionnement de la PDS ?		
2 bis Développez		
3 Ce qui se passe sur le terrain est-il en accord avec le cahier des charges ?		
3 bis Si NON, développez		
4 L'organisation de la régulation libérale dépend-elle d'une organisation <b>exclusivement</b> régionale ?		
5 La régulation médicale de la PDS dans votre région dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15 (sans tenir compte des éventuelles plates-formes de type SOS Médecins) ? <sup>1</sup>		
6 Est-il prévu, par l'ARS, une indemnisation pour le médecin qui délivre un certificat de décès à la demande de la régulation ?		

<sup>1</sup> Il peut s'agir d'un numéro départemental ou régional.

## ASPECTS QUALITATIFS ET PROSPECTIFS

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

<p>Quelles sont les raisons de ce dysfonctionnement ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>Y a-t-il eu en 2015 des actions de communication vers le grand public sur l'utilisation du dispositif de la PDS ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

### 2 – PROSPECTIVES

<p>L'expérimentation de nouvelles gouvernances de la PDS mise en place en Pays-de-Loire et proposée à chaque DGARS pour une éventuelle déclinaison, vous semble-t-elle intéressante pour améliorer la PDS dans votre région <sup>1</sup> ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---

<sup>1</sup> L'expérimentation consiste, selon le PLFSS 2016, à confier à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de financement de la PDSA, incluant non seulement les forfaits d'astreinte mais aussi les actes réalisés par les effecteurs de PDS. Ces moyens peuvent être utilisés pour renforcer le volontariat (par l'instauration d'une forfaitisation +/- partielle de l'effectif), pour mettre en place des effecteurs mobiles (réalisant les visites incompressibles notamment en EHPAD), pour recruter des régulateurs, pour indemniser les certificats de décès, ...