

# **ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS EN JANVIER 2008**

## *INTRODUCTION*

Pour la 5<sup>ème</sup> année consécutive le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins, assurée par les médecins généralistes et les modalités de son organisation.

Par rapport à l'année 2006, l'année 2007 est marquée par une pause dans les modifications législatives et réglementaires qui ont affecté le dispositif de permanence des soins depuis 2003.

Au plan départemental, on constate également que l'organisation continue à évoluer et à s'adapter mais dans des proportions moindres qu'il s'agisse de la sectorisation, ou de l'ouverture de maisons médicales de garde. Les changements les plus marquants touchent au renforcement de la régulation médicale libérale.

L'enquête 2008 démontre une nouvelle fois que les médecins assument vis-à-vis de la population leurs responsabilités professionnelles sur l'ensemble du territoire national.

Elle met en exergue l'importance de la concertation avec l'ensemble des partenaires et en premier lieu, les DDASS et les SAMU.

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

On ne peut cependant occulter des difficultés qui fragilisent le dispositif ; certaines sont anciennes comme la pénurie médicale dans certains départements ; d'autres sont apparues plus récemment comme le recours aux médecins de garde pour la pratique d'actes médico-administratifs.

Enfin, se profilent, pour 2008, des difficultés liées à la mise en œuvre de l'avenant 27 à la Convention nationale des médecins libéraux.

Les résultats de cette enquête apportent un complément indispensable et un éclairage nouveau à la suite du rapport établi par le Docteur Jean-Yves GRALL, et remis au ministre de la Santé en août 2007 : « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins ».

## *MÉTHODOLOGIE*

Cette enquête a été réalisée par le CNOM pendant le mois de janvier 2008. Le questionnaire, comportant 30 questions fermées et 8 questions ouvertes, a été adressé aux 100 conseils départementaux de métropole et d'Outre-mer. Ils y ont tous répondu.

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 certains points et de permettre un traitement fiable et homogène de l'information reçue. Agréger au plan national la diversité des réalités départementales et infra-départementales a été notre tâche.

L'enquête a été présentée le 7 février 2008 par la Commission nationale de la permanence des soins au Conseil national réuni en session plénière, diffusée aux conseils départementaux et mise en ligne sur le site du CNOM le jour même.

Elle a également été adressée à toutes les institutions de caractère national concernées par la question de la permanence des soins et apporte à tous des informations sur la réalité locale de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins et ses évolutions.

Elle donne un instantané des évolutions constantes de l'organisation de la permanence des soins et ouvre des perspectives d'amélioration d'un dispositif conçu et mis en œuvre par les médecins dans l'intérêt des patients.

# ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS

## CHAPITRE 1

### *Organisation de la permanence des soins*

#### **I - LA SECTORISATION**

	OUI	NON
Un arrêté préfectoral de sectorisation (ou un arrêté modificatif), a-t-il été pris dans votre département <b>en 2007</b> ?	31	69
Y a-t-il un regroupement de secteurs en nuit profonde ?	26	74
Nombre de secteurs regroupés en nuit profonde ?	261	

La France de la permanence des soins regroupe aujourd'hui **2696 secteurs** <sup>(\*)</sup> : ils étaient 2737 début 2007, 2834 début 2006, 3077 début 2005, 3238 début 2004 et 3770 début 2003.

La diminution du nombre de secteurs constante depuis 2003 marque donc le pas. Si, en 4 ans, 1000 secteurs ont disparu, ce nombre est de 41 en 2007. Cette évolution est cohérente avec la décélération constatée en 2006.

19 départements ont vu leur nombre de secteurs de semaine diminuer.

Les 31 arrêtés de sectorisation pris cette année (dans la pratique, l'arrêté de sectorisation peut être intégré ou annexé à l'arrêté portant cahier des charges départemental de la permanence des soins) n'ont pas nécessairement eu pour objet la diminution du nombre de secteurs mais ont pu aussi modifier les périodes de permanence des soins.

L'importance de l'activité de re-sectorisation au regard de la faible diminution du nombre de secteurs démontre que la sectorisation est un travail permanent d'adaptation aux situations locales qui doit être effectué avec circonspection et minutie afin de répondre aux contraintes de la géographie et de la démographie tant générale que médicale et ne pas rompre des équilibres fragiles. Dans un certain nombre de cas, elle ne touche qu'un secteur et correspond à des ajustements qui ne sont pas toujours actés dans un arrêté préfectoral. Le nombre de secteurs peut même augmenter, par exemple pour tenir compte dans une zone urbaine couverte par une association d'urgentistes libéraux, de l'implantation d'une maison médicale de garde.

<sup>(\*)</sup> Le chiffre des secteurs correspond à l'addition du nombre des secteurs de semaine sur les 100 départements de France et d'Outre-Mer.

La sur-sectorisation en nuit profonde (0h00 – 8h00) envisagée par le décret du 7 avril 2005 et qui permet de regrouper après minuit 2 ou plusieurs secteurs progresse après des débuts difficiles. Elle s'est mise en place dans 26 départements (totalement ou, le plus souvent, partiellement) et a permis de regrouper 261 secteurs, soit 110 de plus que l'année passée.

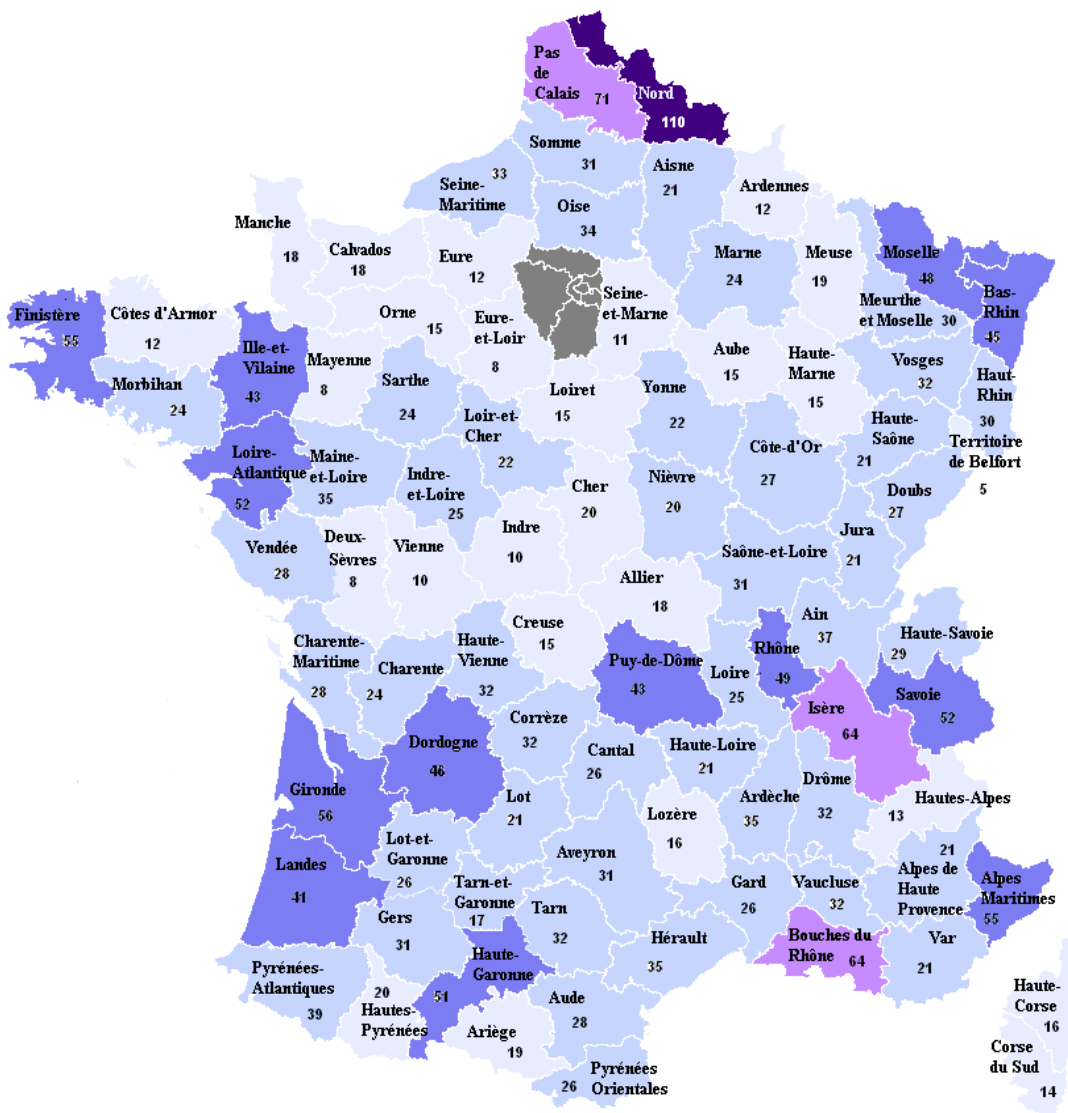
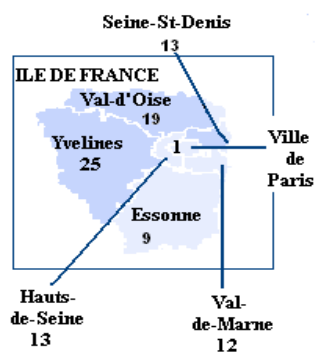
Ce chiffre reste modeste mais s'explique par la difficulté ou l'impossibilité dans de nombreux départements d'assurer le déplacement des patients ou des praticiens au-delà des limites des secteurs actuels.

Là où elle est pratiquée, elle est souvent liée à des regroupements des secteurs urbains, en seconde partie nuit.

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

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

## LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008 - ( 2696 SECTEURS)



### LEGENDE

de 0 à 20



de 21 à 40



de 41 à 60



de 61 à 80

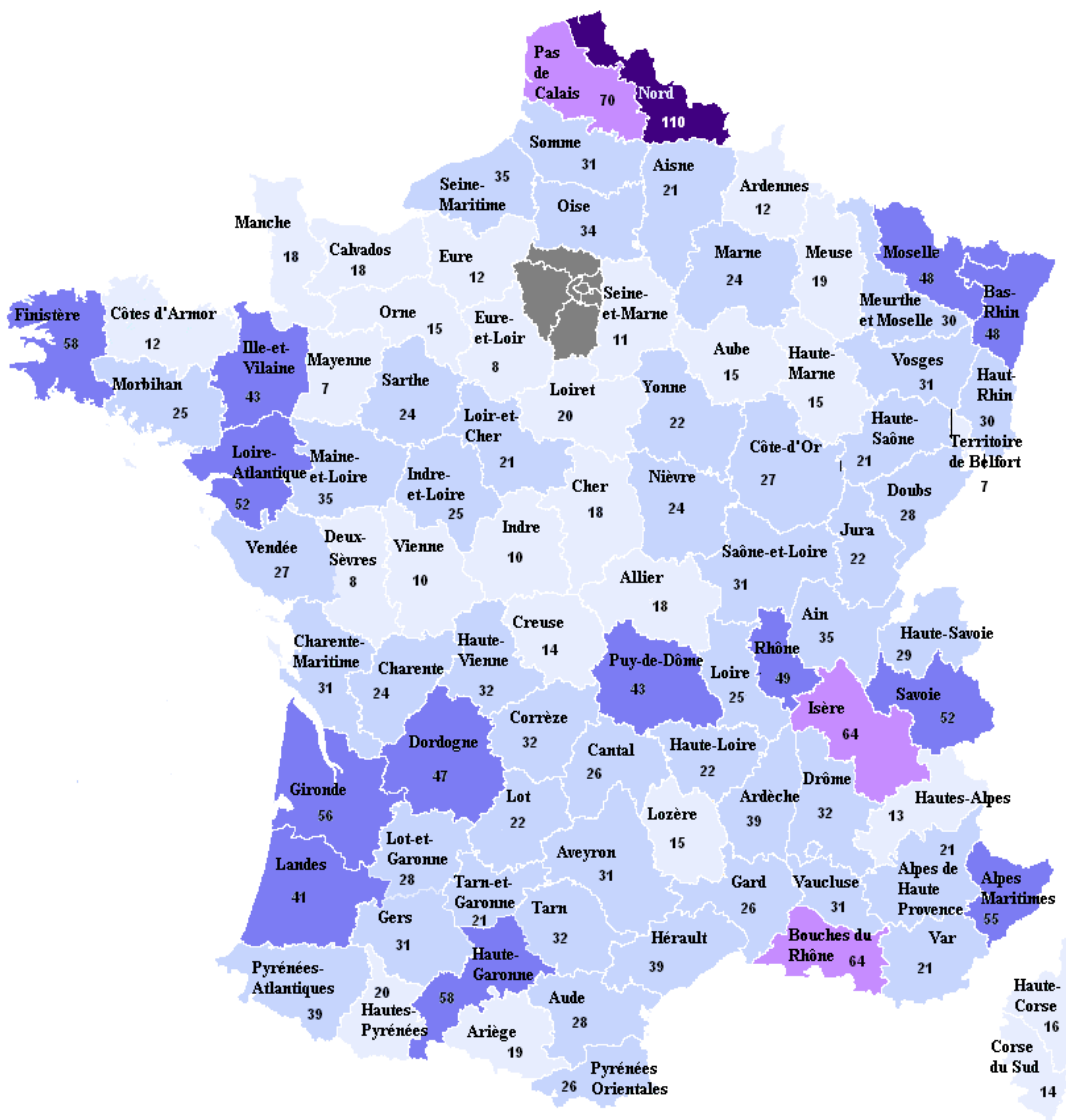
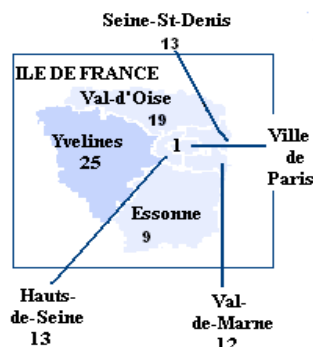


+ de 80



**- RAPPEL -**

**LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS  
AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2007 - ( 2737 SECTEURS)**



**LEGENDE**

de 0 à 20



de 21 à 40



de 41 à 60



de 61 à 80



+ de 80



## II - LE CAHIER DES CHARGES DEPARTEMENTAL DE LA PERMANENCE DES SOINS

	OUI	NON	Sans objet
Le Préfet a-t-il arrêté un cahier des charges départemental ou a-t-il modifié le cahier des charges <b>en 2007</b> ?	38	62	
La permanence des soins a-t-elle été étendue aux samedis après-midi ?	46	54	
Le cahier des charges répond-il aux propositions du conseil départemental de l'Ordre ?	80	14	6
Y a-t-il des spécificités horaires de la permanence des soins dans certains secteurs de votre département ?	78	22	
Si oui, le relais avec les services hospitaliers publics et privés a-t-il été organisé ?	59	19	22
Si oui, nombre de secteurs concernés ?	849		

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

Plus d'un tiers des cahiers des charges a été modifié en 2007.

Ce chiffre est dû, pour l'essentiel, à la prise en compte du samedi après-midi dans les horaires de permanence des soins, conformément aux dispositions du décret 2006-1686 du 22 décembre 2006.

L'extension de la permanence des soins au samedi après-midi appelle plusieurs observations

- 1) Dans certains cas, elle est organisée en dehors du cahier des charges, quelquefois depuis longtemps. Il reste important de le faire acter dans ce document.
- 2) Dans d'autres cas, la rédaction adoptée est maladroite car elle se borne à un rappel de réglementation : « *La permanence des soins peut être étendue...* » alors que la volonté d'extension est certaine. La rédaction du cahier des charges devra être plus catégorique.
- 3) Dans les cahiers des charges, l'extension de la période de permanence des soins concerne tous les secteurs.
- 4) Enfin, dans une vingtaine de départements, la modification du cahier des charges est imminente soit que le CODAMU-PS l'ait déjà acté ? soit qu'elle figure à l'ordre du jour d'une prochaine réunion. Les indications du tableau ci-dessus seront donc rapidement modifiées à la hausse.
- 5) Il serait incompréhensible que le travail effectué dans une majorité de départements, sous l'égide du Conseil départemental de l'Ordre des médecins pour organiser la permanence des soins et la faire évoluer, soit réduit à néant par les positions adoptées par l'Assurance maladie.

L'extension des périodes de permanence des soins aux jours de pont a connu une mise en œuvre plus modeste puisqu'elle ne concerne que 28 départements.

Les autres modifications portent, par ordre décroissant, sur le renforcement de la régulation assurée par les médecins libéraux y compris en nuit profonde (par exemple, en Saône-et-Loire), l'arrêt de la garde à minuit dans certains secteurs ou la création d'une maison médicale de garde.

Une fois de plus, on constatera que les cahiers des charges et leurs modifications répondent aux propositions du conseil départemental dans  $\frac{3}{4}$  des départements. Quand tel n'est pas le cas, cela est lié soit à une sectorisation inadaptée, soit à des horaires de permanence inappropriés ou à un refus, rare, d'étendre les périodes de permanence des soins.

L'importante production d'arrêtés de sectorisation et de cahiers des charges a bien sûr été précédée par des réunions du CODAMU-PS et du sous-comité médical. C'est ainsi que le CODAMU-PS s'est réuni dans 79 départements de 1 à 2 fois et son sous-comité médical, avec une fréquence souvent plus importante, dans 69 départements. Il faut cependant souligner que dans un nombre non négligeable de départements, il ne s'est pas réuni.

On s'étonnera aussi que plus de 4 ans après la parution du décret du 16 septembre 2003, encore 6 départements n'aient toujours pas de cahier des charges (Eure-et-Loir, Haute-Garonne, Oise, Ville de Paris, Martinique, Guyane).

Cela ne signifie pas que la permanence des soins n'est pas organisée dans ces départements, loin de là, mais uniquement que cette organisation n'a pas été ratifiée par l'autorité préfectorale.

L'intervention des missions régionales de santé dans la permanence des soins est une réalité, sur le plan financier, dans la majorité des départements. Elle est diversement appréciée par les conseils départementaux, y compris au sein d'une même région. Les missions régionales de santé ont assuré le financement de sites dédiés à la permanence des soins dans un nombre important de départements. Dans d'autres, la recherche d'une re-sectorisation à marche forcée s'est heurtée aux réalités locales. La question de la bonne utilisation des fonds détenus par la mission régionale de santé se pose dans bien des cas.

### **LES SPECIFICITES HORAIRES**

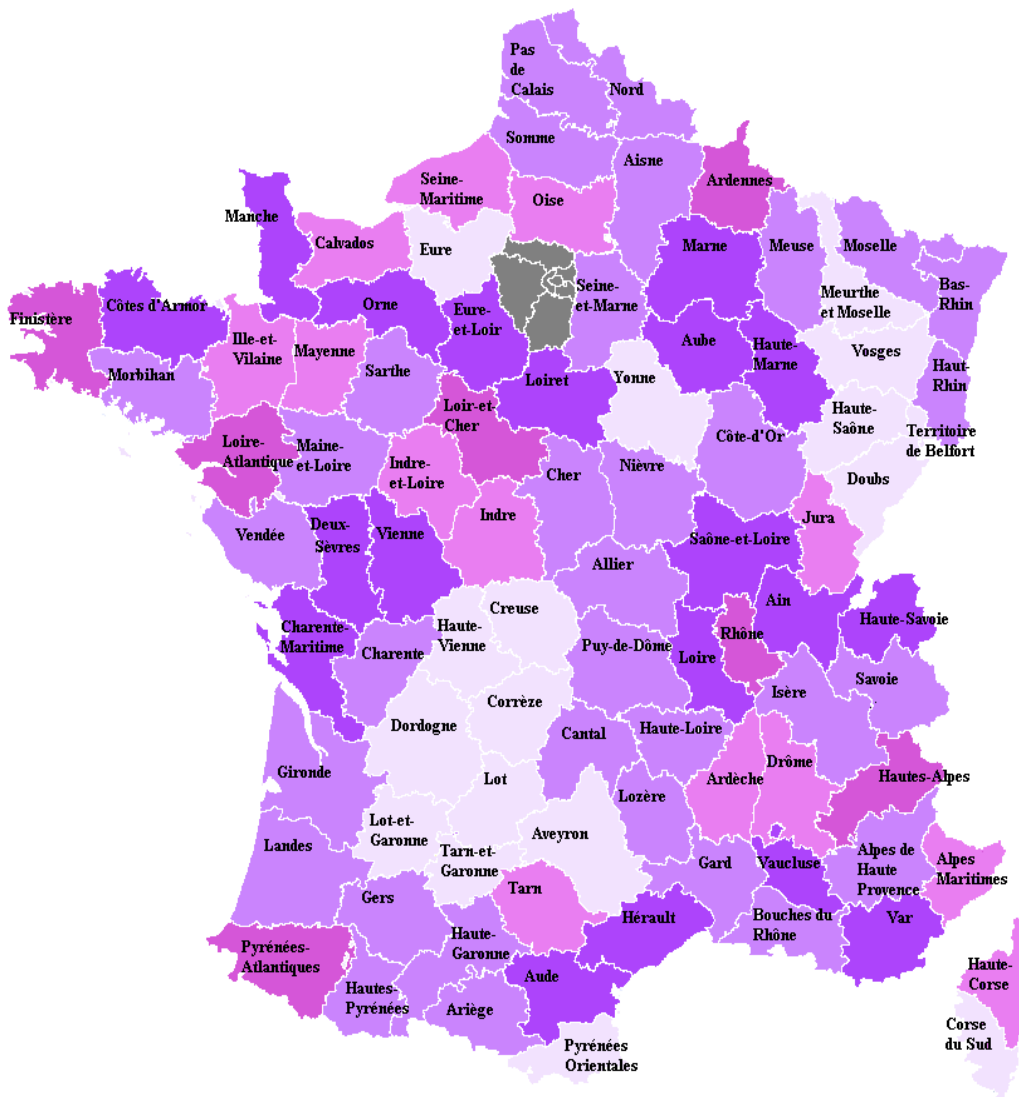
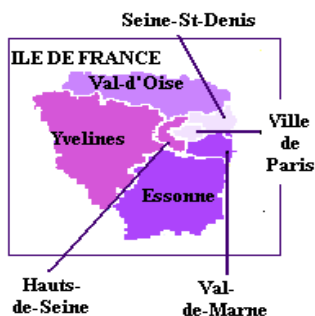
Des évolutions peuvent être remarquées : si dans 56 départements, les horaires de permanence des soins demeurent, pour l'essentiel des secteurs, fixés de 20h00 à 8h00, à l'intérieur des départements le nombre de secteurs concernés par l'arrêt de la garde à minuit augmente même si ce n'est que modérément. Certaines hausses sont plus importantes (l'Ain, la Charente-Maritime, la Saône-et-Loire et l'Isère). Au total, dans un secteur sur trois, la permanence des soins assurée par la médecine ambulatoire s'arrête à minuit.

Dans les hypothèses d'arrêt de garde à minuit, le relais avec les structures hospitalières doit être assuré. On remarque cependant la discrétion des cahiers des charges sur ce point ; le relais concerne essentiellement la régulation médicale et peu d'établissements ont organisé, notamment sur le plan des moyens humains et matériels (transports médicaux et sanitaires), la prise en charge des patients par le secteur hospitalier. Dans 19 cas, le relais apparaît inexistant ou mal assuré (Seine-et-Marne, Alpes-Maritimes, Moselle, ...). Des solutions devront être trouvées rapidement.

Dans d'autres cas, l'arrêt de la garde en nuit profonde répond à des demandes d'inspiration uniquement comptable (faire diminuer le coût des astreintes) que les praticiens estiment injustifiées sur le plan de la santé publique.

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

## SPÉCIFICITÉS HORAIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008



### LEGENDE

Absence de spécificités horaires

de 1 à 25 %

de 26 à 50 %

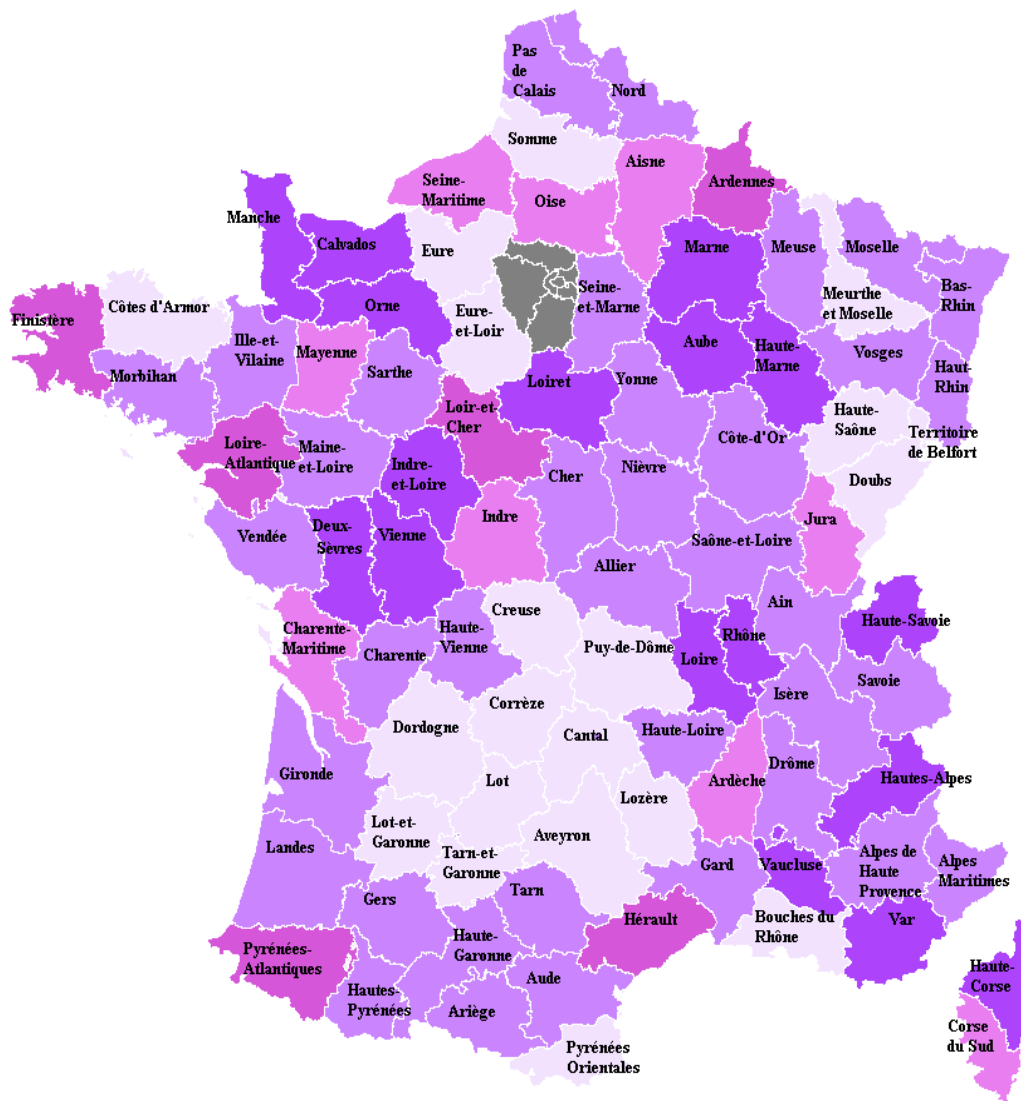
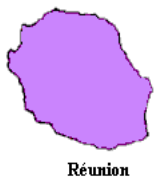
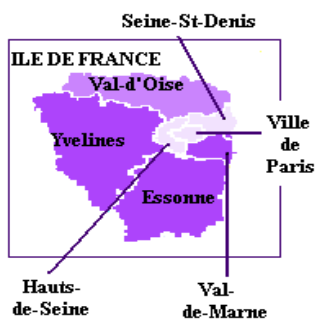
de 51 à 75 %

de 76 à 100 %



**- RAPPEL -**

**SPÉCIFICITÉS HORAIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS  
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2007**



**LEGENDE**

Absence de spécificités horaires

de 1 à 25 %

de 26 à 50 %

de 51 à 75 %

de 76 à 100 %



## CHAPITRE 2

### *La participation des médecins libéraux à la permanence des soins*

#### **I - LE TABLEAU DE PERMANENCE DES SOINS**

	OUI	NON	SANS OBJET
Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la permanence des soins, par secteur ? <sup>(1)</sup>	77	22	1
Nombre de secteurs où la garde est assurée par 10 médecins au plus ?	1254		
Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?	51 <sup>(2)</sup>	47	Non communiqué : 2 dépts
Y est-il parvenu ?	30	20	Non communiqué : 1 dépt
Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en 2007 ?	41 <sup>(3)</sup>	58	Non communiqué : 1 dépt

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

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

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

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

Pour autant, il apparaît bien que la constitution du tableau départemental de la permanence des soins constitue une lourde tâche pour les conseils départementaux.

En effet, ceux-ci sont régulièrement conduits à organiser des conciliations dans les secteurs où des conflits entre médecins menacent le dispositif.

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

L'actualisation du tableau de la permanence des soins et sa communication représentent un travail considérable. La mise en place progressive d'un logiciel de garde est une réponse attendue par les conseils départementaux pour y faire face. 52 % des départements en sont dotés en 2007 (26% en 2006) et utilisent pour les trois-quarts le logiciel développé et mis à disposition par le CNOM ( ORDIGARD).

On constatera, comme l'année dernière, que le nombre de départements dans lesquels des réquisitions ont été effectuées est pratiquement identique (41 contre 42).

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

**De façon générale, le pourcentage de volontaires est supérieur à 60 % dans 81 % des départements.**

**On constate donc un léger tassement du volontariat, même si ces chiffres font pièce au discours catastrophiste tenu par certains. L'engagement des médecins généralistes dans la permanence des soins est une réalité incontournable mais il est fragilisé par une démographie médicale déclinante et une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public assurée par les médecins généralistes**

Sur ce dernier point, les difficultés créées par l'Assurance maladie pour le paiement des astreintes du samedi après-midi et la réticence de l'Etat à indemniser un médecin victime d'un grave accident pendant sa garde constituent des signaux inquiétants.

Ces chiffres méritent quelques explications.

1. Les pourcentages de volontaires par département constituent des moyennes avec de fortes disparités entre les secteurs urbains et les secteurs ruraux où les solidarités confraternelles s'expriment plus fortement. La forte mobilisation des praticiens dans la majorité des départements ne doit pas occulter les craintes suscitées dans ces mêmes départements par le non-remplacement des médecins généralistes cessant leur activité. On constate aussi de très forts écarts entre les pourcentages de volontaires en Ile-de-France et sur une majorité de départements du littoral méditerranéen avec le reste du territoire.
2. Ces pourcentages ont pris pour base le nombre de médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, non exemptés de garde et assurant effectivement une activité de médecine générale. Il y a lieu de rappeler ici qu'un nombre non négligeable de médecins généralistes inscrits en cette qualité au conseil de l'Ordre n'ont pas en réalité une activité de médecine générale. Une enquête réalisée en 2007 parmi les médecins primo-inscrits qualifiés en médecine générale démontre que seule une moitié d'entre eux exercera une activité libérale, essentiellement sous forme de remplacements, ...
3. La participation des médecins à la permanence des soins renvoie à des réalités humaines et professionnelles très différentes compte tenu de la démographie médicale.

Ainsi, dans les grands centres urbains, la permanence des soins est assez généralement assurée par un très faible nombre de praticiens regroupés en associations spécialisées de type SOS Médecins.

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

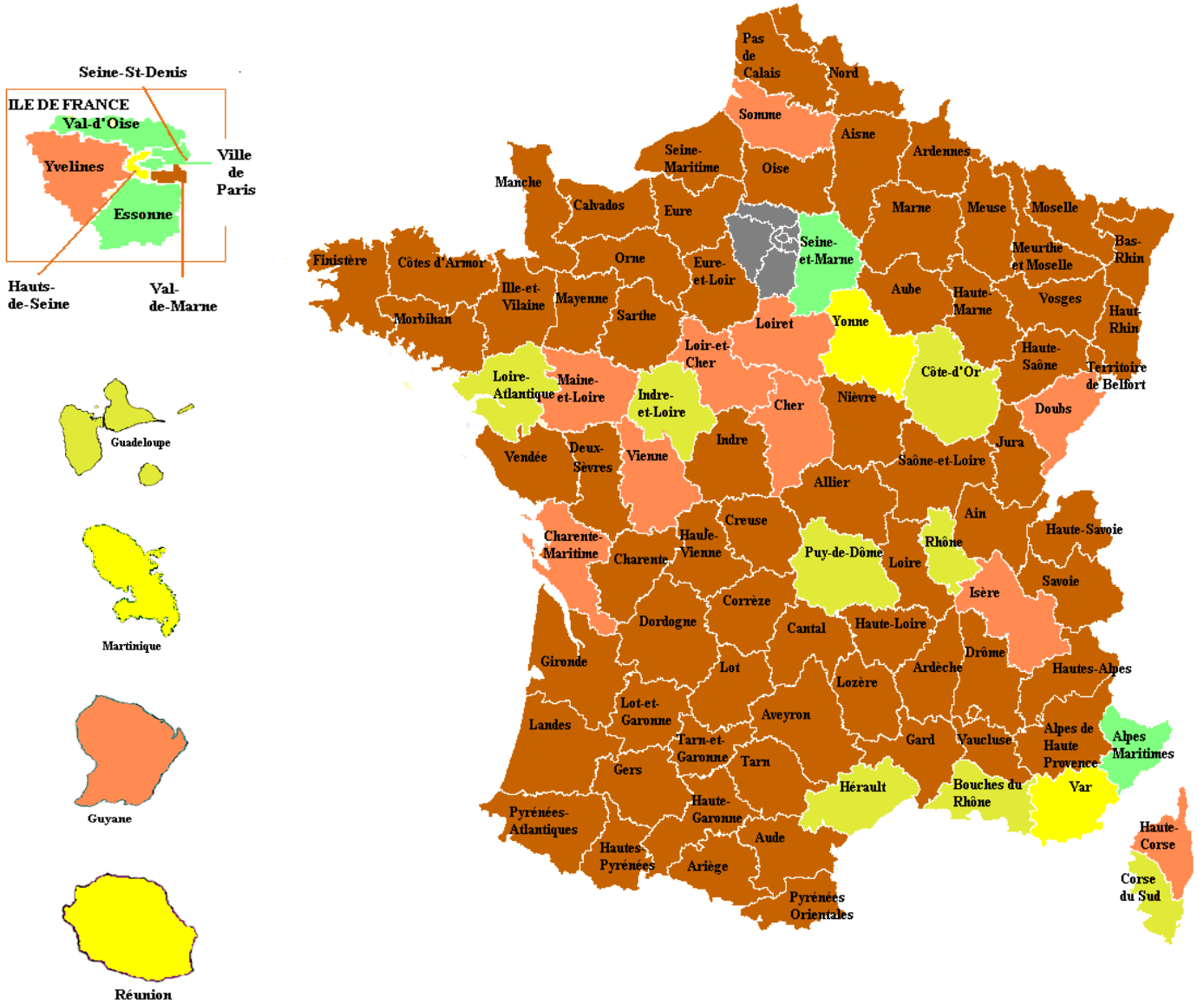
54 % des médecins prennent leurs gardes dans des secteurs de garde comptant à leur tableau de garde moins de 10 médecins.

4. Ces chiffres d'un maniement difficile traduisent également des évolutions importantes dans les départements. 26 départements ont augmenté leur pourcentage de participation et 30 l'ont vu décroître. Les variations à la hausse peuvent être significatives (Tarn, Aude, Oise) comme il peut y avoir des baisses importantes du volontariat (Haut-Rhin, Rhône, Hérault, Puy-de-Dôme, Loiret, Loir-et-Cher, Corse-du-Sud, Charente-Maritime).

Si l'analyse n'offre aucune explication mécanique à ces mouvements, il est indéniable que la montée en charge d'une régulation réellement médicale de la permanence des soins constitue un élément fortement mobilisateur partout sur le territoire. Il en va de même des spécificités horaires lorsqu'elles correspondent à la demande des médecins ou à la mise en place de maisons médicales de garde.

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

## LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA PERMANENCE DES SOINS AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2008



**LEGENDE**

de 0  
à 19%



de 20  
à 39%



de 40  
à 59%



de 60  
à 79%



80%  
et +





## CHAPITRE 3

### *La régulation médicale*

	OUI	NON	SANS OBJET
Existe-t-il une régulation <b>médicale</b> des appels ?	95	5	
Couvre t-elle tout le département ?	91	5	4
Donne-t-elle satisfaction aux médecins de garde ?	86	10	4
Les médecins libéraux y participent-ils ?	90	6	4
Existe-t-il un numéro dédié à la permanence des soins, géré par les médecins libéraux ?	34	66	
Dans ce cas, la régulation est-elle effectuée sur une plate-forme commune avec le 15 ?	30	6	64

Pivot de la bonne organisation de la permanence des soins, la régulation **médicale** connaît une évolution favorable en particulier pour ce qui concerne l'engagement des médecins libéraux.

On compte peu de départements où une telle régulation fait défaut (Haute-Corse, Cantal Aveyron et Corrèze). Là où elle est en place, elle couvre tout le département dans 91 % des cas.

La participation des médecins libéraux est effective dans 90 % des départements (contre 84 % l'année précédente). Pour autant, un nombre important de conseils départementaux souhaiterait que des mesures soient prises pour la renforcer. Des cahiers des charges font état en 2007 d'une extension des périodes de régulation libérale voire d'un doublement de la régulation en raison de pics saisonniers (le Var, par exemple).

Dans 86 départements, elle donne satisfaction aux médecins de garde. Ce chiffre encourageant n'exclut pas, bien entendu, des difficultés ponctuelles entre médecins régulateurs et médecins de garde.

Organisée au sein des Centres 15, la régulation médicale est l'occasion d'un travail en commun entre médecins hospitaliers et médecins libéraux. Si la participation des médecins libéraux est déjà ancienne dans nombre de départements, elle a démarré, même modestement, en 2007 dans 6 autres départements.

On soulignera que dans 34 départements les patients peuvent appeler un numéro dédié à la permanence des soins distinct du 15 qui les met directement en contact avec des médecins libéraux régulateurs assistés de permanenciers (Rhône, Seine-Maritime, Vendée, Eure, Meurthe-et-Moselle, ...). De nouveaux départements ont mis en place un numéro dédié récemment (Charente-Maritime, Landes, Maine-et-Loire, Vosges, ...).

Dans ce cas, les appels parviennent le plus souvent sur une plate-forme de régulation localisée dans le centre 15 et le nombre de plates-formes libérales indépendantes du Centre 15 (même si elles sont nécessairement interconnectées) est limité. Dans certains départements, le centre de régulation libérale peut fonctionner sans numéro dédié mais grâce à un renvoi d'appel mis en place par les médecins participant à la permanence des soins.

On notera aussi la mise en place d'une plate-forme de régulation médicale libérale à domicile interconnectée au 15 ! (Bas-Rhin, Manche...).

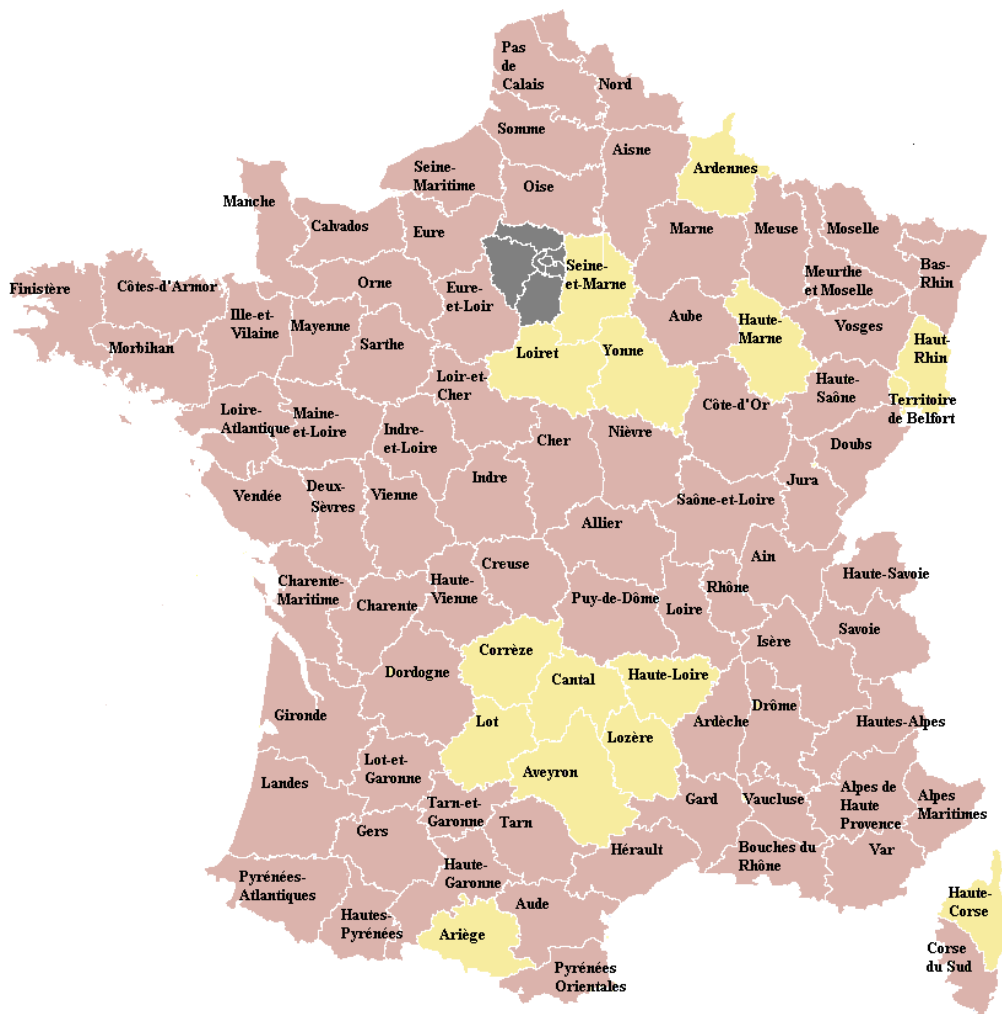
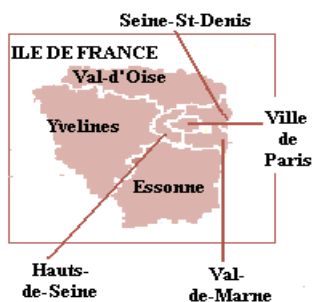
Une nouvelle fois, il convient d'insister sur l'absolue nécessité d'une régulation effectivement médicale de la régulation qui seule permet de déclencher à bon escient et en tant que de besoin le déplacement d'un patient vers un lieu de consultation ou l'intervention du praticien à son domicile.

La régulation est une activité délicate comme le démontre l'annexe 1 consacrée aux doléances et plaintes.



- RAPPEL -

**PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES  
À LA RÉGULATION AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2007**



**LEGENDE**

Absence de participation      Participation des médecins libéraux à la régulation médicale



## CHAPITRE 4

### *Sites dédiés à la permanence des soins au nombre de : 247*

	OUI	NON
En existe-t-il dans votre département ?	75	25
Combien ?	247	
Combien de secteurs couvrent-ils ?	338	

Les sites dédiés à la permanence des soins ne se sont pas développés depuis l'année dernière (12 sites créés) alors qu'ils correspondent à une réelle attente des médecins là où la géographie, la démographie médicale et les initiatives professionnelles le permettent.

Les conseils départementaux ont fait état en 2006 de projets locaux qui ne se sont pas toujours concrétisés en 2007.

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

Les conseils départementaux restent cependant inquiets sur la fragilité du financement de ces sites. On peut espérer que les mesures contenues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 permettront aux missions régionales de santé de stabiliser leur financement et d'encourager leur création là où les acteurs locaux et plus particulièrement, les instances ordinales en signaleront la nécessité.

La connaissance des réalités locales et la lecture des cahiers des charges organisant la permanence des soins conduisent les enseignements suivants sur ces chiffres.

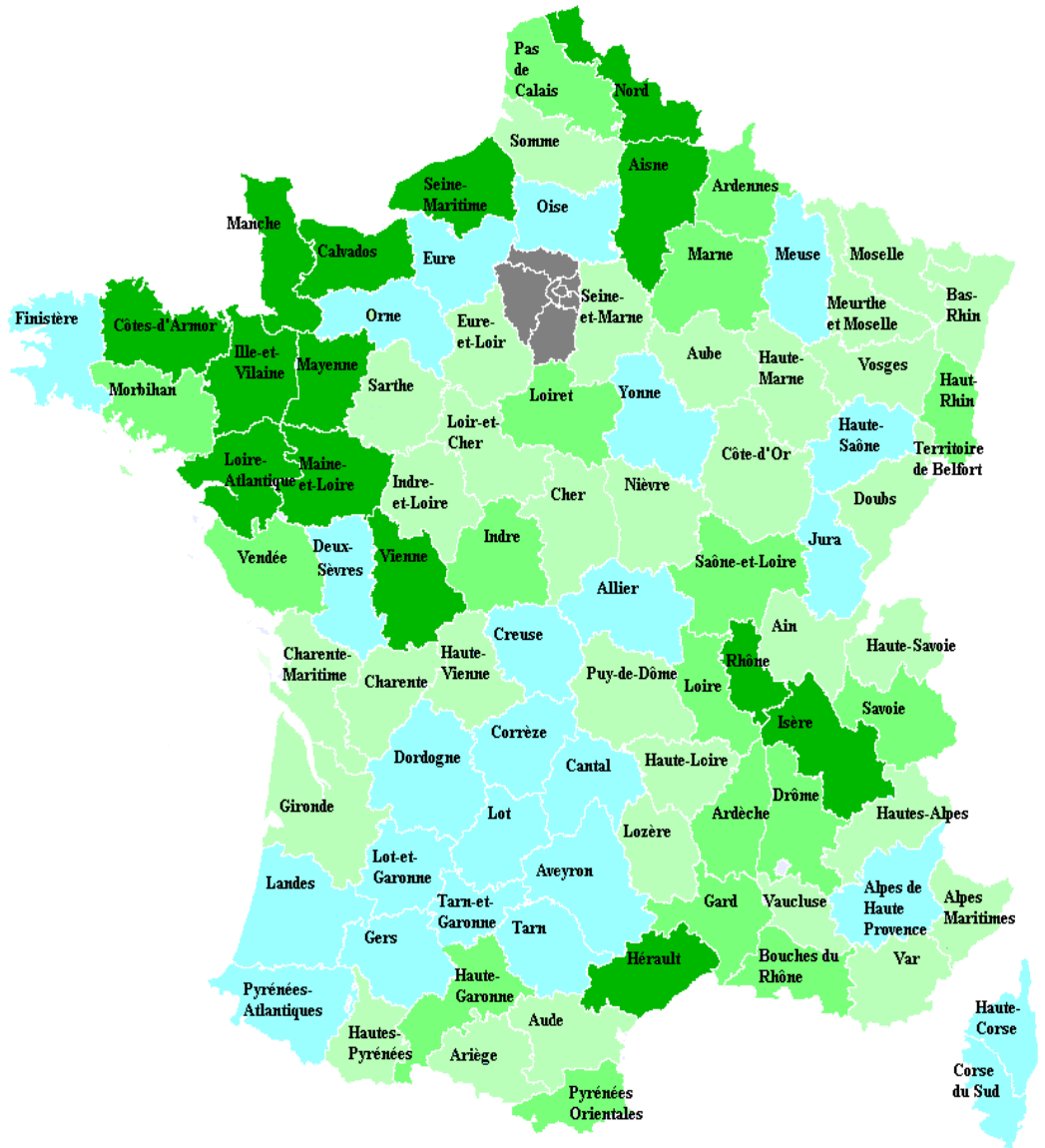
Dans un certain nombre de cas, les sites dédiés ne couvrent qu'un secteur ; encore faut-il noter que ce secteur est parfois issu d'un regroupement facilité par la création d'une maison médicale de garde. La création de sites dédiés a et aura un effet structurant sur la sectorisation.

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

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

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

**SITES DEDIES A LA PERMANENCE DES SOINS  
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008**



**LEGENDE**

Aucun site



1 à 2 sites



3 à 4 sites



+ de 4 sites





## CHAPITRE 5

### *Permanence des soins et fonctionnement du conseil départemental*

	OUI	NON
L'organisation de la permanence des soins, a-t-elle nécessité la mise en place d'une commission spécialisée ?	61	39

	jusqu'à 20h	de 21 à 40 h	de 41 à 60 h	+de 61h
Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?				
✓ par les élus (*) :	85	8	1	3
✓ par le personnel administratif:	57	22	9	12

(\*) 3 départements : non communiqué

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

Au niveau départemental, 61 conseils départementaux ont une commission spécialisée « permanence des soins » et dans tous les conseils départementaux ce sujet figure régulièrement à l'ordre du jour des réunions du conseil.

Tant les élus que le personnel administratif des conseils départementaux consacrent une part importante de leur temps à l'organisation de la permanence des soins, à la tenue de réunions avec les praticiens, l'administration 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 ou de promouvoir des solutions innovantes, est méconnue du public et des médias. Effectuée sans tapage, elle n'est pas non plus reconnue à sa juste valeur par les administrations et le monde politique.

## ***CONCLUSION DE L'ENQUÊTE***

Si les résultats de cette enquête témoignent de l'investissement des médecins et de leur engagement, ils ne doivent pas cacher les difficultés signalées par les conseils départementaux.

Nous en retiendrons trois :

- La première tient à la démographie médicale.

Dans un certain nombre de secteurs et de départements la cessation de l'activité libérale de médecins pour quelque cause que ce soit (retraite, reconversion dans un autre mode d'exercice, ...) rend fragile les dispositifs en cours et la bonne volonté des médecins ne suffira pas à pallier les effets de la pénurie médicale.

On constate d'ailleurs qu'en dehors même des plages horaires de la permanence des soins, la question de l'accès aux soins se pose dans certains cantons.

- La seconde tient aux gardes médico-administratives.

Dans la grande majorité des départements, cette garde est assurée par les médecins assurant la permanence des soins. Une vingtaine de départements a mis en place des organisations spécifiques : unités médico-judiciaires en particulier en région parisienne, renvoi sur le service des urgences après minuit (Haute-Saône, Tarn), listes de médecins volontaires pour les gardes à vue (Hérault, Manche, Côte d'Or, Eure-et-Loir, ...).

Les organisations spécifiques ne couvrent pas, en général, tout le département. Une quinzaine de départements fait état de difficultés récurrentes susceptibles de porter atteinte au bon fonctionnement de la permanence des soins (Pas-de-Calais, Yonne, Aisne, ...).

Des conseils départementaux font savoir qu'ils sont à la recherche de solutions en particulier, avec les Parquets (Meurthe-et-Moselle, Ille-et-Vilaine, Somme, ...).

Depuis 2 ans, le Conseil national de l'Ordre des médecins participe à un groupe interministériel réuni sur le sujet de la garde à vue qui devrait rendre ses conclusions rapidement maintenant. Lors de ces discussions, Il est apparu que tout médecin inscrit au tableau pourrait être sollicité pour un examen de garde à vue et que l'intervention du médecin, dans la mesure du possible, doit reposer sur un dispositif dédié.

S'agissant des examens médicaux dans le cadre de l'ivresse publique et manifeste, l'Ordre des médecins, au cours de sa réunion du 24 novembre 2007 consacrée à la permanence des soins, a estimé que, dans tous les cas, les personnes interpellées devaient être conduites à un service hospitalier public ou privé.

- La troisième tient à la mise en oeuvre de l'avenant 27 de la convention nationale

Le décret permettant si nécessaire l'extension de la permanence des soins aux samedis après-midi ou aux jours de pont n'a eu sa traduction financière qu'avec un an de délai, certes largement médiatisée par l'initiation ministérielle de l'anticiper pour les ponts de Noël et de la Saint-Sylvestre 2007.

Pour autant sa déclinaison sur le terrain début 2008 se heurte quand même à des difficultés de forme, des CPAM réclamant un arrêté préfectoral superflu ou bien l'inscription du département sur une liste ministérielle de « bons départements » ne nécessitant pas de re-sectorisation.

A contrario, un département (la Seine-et-Marne) voit appliquer de manière extensive l'avenant 27 alors même qu'il n'y a pas d'arrêté préfectoral étendant la permanence des soins aux samedis après-midi et doublent l'effectif de régulation libérale du dimanche.

---

## *ANNEXE 1*

### **Doléances et plaintes reçues par les conseils départementaux à propos de la permanence des soins**

Deux-tiers des conseils départementaux confirment avoir reçu en 2007 des récriminations et plus rarement des plaintes formalisées relatives à la permanence des soins. Elles sont peu fréquentes et ont même diminué cette année.

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

Les patients ont été satisfaits des explications qui leur ont été apportées et n'avaient pas une connaissance suffisante du rôle du médecin régulateur et plus généralement du fonctionnement de la permanence des soins. Alors que la permanence des soins est une mission de service public, reconnue par la loi, dans l'esprit de certains, elle est toujours une obligation de service à domicile. Le Conseil national de l'Ordre des médecins réclame depuis des années que des campagnes soient menées sur ce sujet au niveau national. Des engagements ont été pris en ce sens mais n'ont pas été tenus. Il est intéressant de constater que les récriminations s'accroissent quand le système évolue (numéro dédié d'appel de permanence des soins, création d'une maison de garde excluant les déplacements au domicile, ...) puis disparaissent avec le temps.

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

Enfin, comme pour toute activité médicale, des erreurs de diagnostic ont pu se produire, et entraîner la saisine des juridictions civiles voire pénales.

Ces quelques observations démontrent l'importance d'une formation adéquate à l'activité de régulation médicale. Cette question va prendre une acuité particulière dès lors que les médecins régulateurs disposent de la capacité de téléprescrire. Le CNOM l'avait proposé dans un rapport dont les conclusions ont été reprises par le Parlement dans la loi relative à l'assurance maladie d'août 2004. Le CNOM participe activement à un groupe de travail chargé d'élaborer des recommandations dans ce domaine, à la demande du ministère de la Santé. L'activité de régulation est une activité médicale à part entière qui doit être exercée dans le respect des principes de la déontologie médicale.

Les reproches faits aux médecins de garde portent plus sur un délai d'attente jugé excessif.

Les plaintes de médecins sont plus rares ; elles peuvent émaner de médecins régulateurs se plaignant de l'absence ou de la difficulté à joindre le médecin effecteur, d'un refus de déplacement ou encore des médecins de garde estimant que le centre de régulation s'est borné à donner les coordonnées sans plus ou ne renvoie pas les patients le justifiant vers la maison médicale de garde disposée à l'accueillir.

Les conseils départementaux attirent l'attention sur le fait que des doléances ou des plaintes ont pu être adressées aux DDASS qui ne leur signalent pas nécessairement les suites qu'elles y donnent.

Enfin, de rares conseils départementaux font état de doléances de maires face à des carences dans l'organisation de la permanence des soins.

Annexe 2

**Questionnaire-type envoyé aux départements sur l'état des lieux de la permanence des soins au 1<sup>er</sup> janvier 2008**

**1 – ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS**

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>
1. Un arrêté préfectoral de sectorisation (ou un arrêté modificatif) a-t-il été pris dans votre département en 2007 ? * <i>(* si c'est le cas, merci de le communiquer en pièce jointe)</i>		
2. Nombre de secteurs au 1 <sup>er</sup> janvier 2008 ?		
3. Le préfet a-t-il arrêté un cahier des charges départemental ou a-t-il modifié le cahier des charges en vigueur en 2007 ? * <i>(* si c'est le cas, merci de le communiquer en pièce jointe)</i>		
4. Le Préfet a-t-il étendu la permanence des soins ?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• aux samedis après-midi ?</li> <li>• aux jours de pont ?</li> </ul>	-----	-----
5. Le cahier des charges (ou ses modifications), répond-il aux propositions du conseil départemental ?		
6. Le CODAMU-PS, s'est-il réuni au cours de 2007 ?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combien de fois ?</li> <li>• Son sous-comité médical s'est-il réuni ?</li> <li>• Combien de fois ?</li> </ul>	-----	-----
7. Les Missions Régionales de Santé (ARH + URCAM) sont-elles intervenues dans l'organisation de la PdS pour votre département ?		
Dans ce cas, quelle est votre appréciation de ces interventions ?		
-----		
-----		
-----		
-----		
-----		

## 2 – LA PARTICIPATION DES MEDECINS A LA PERMANENCE DES SOINS

	OUI	NON
8. Pourcentage de médecins participant à la PdS		
9. Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la pds, par secteur ?		
10. Nombre de secteurs où la garde est assurée par 10 médecins ou plus		
11. Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ? Y est-il parvenu ?		
12. Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en 2007 ?		
13. Y a-t-il des spécificités horaires de la permanence des soins dans certains secteurs de votre département ?		
14. Le relais avec les services hospitaliers publics et privés, a-t-il été organisé ?		
15. Nombre de secteurs concernés par ces spécificités horaires ?		
16. Y a-t-il un regroupement de secteurs en nuit profonde ?		
17. Nombre de secteurs en nuit profonde <sup>(1)</sup> ?		
18. Si vous utilisez un logiciel de garde, indiquer lequel (Calepso, Ordigard, ...) ?		

## 3 – LA REGULATION

	OUI	NON
19. Existe-t-il une régulation <b>médicale</b> des appels de PDS parvenant au 15 ?		
20. Couvre-t-elle tout le département ?		
21. Donne-t-elle satisfaction aux médecins de garde ?		
22. Les médecins libéraux y participent-ils <sup>(2)</sup> ?		
23. Existe-t-il à côté du 15, un numéro dédié à la PDS assurée par les médecins libéraux (hors association, de type SOS Médecins ?		
24. Dans ce cas, la régulation est-elle effectuée sur une plate-forme commune avec le 15 ?		

<sup>(1)</sup> Exemple : si l'on passe de 20 secteurs de 20H à 24H à **12** secteurs de 0H à 8H, mettre le chiffre 12.

<sup>(2)</sup> Ils peuvent y participer directement sous un statut hospitalier ou indirectement par le biais d'une association de médecins libéraux régulateurs.

#### 4 – PERMANENCE DE SOINS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

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

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

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

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

.....

.....

.....

#### 7 – LA PERMANENCE DES SOINS EST BIEN ORGANISEE DANS VOTRE DEPARTEMENT

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

**8 – LA PERMANENCE DES SOINS NE FONCTIONNE PAS DANS VOTRE DEPARTEMENT**

<p>33. Quelles sont les raisons de ce dysfonctionnement ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>34. Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

**9 - LA PDS A-T-ELLE CONNU EN 2007 DES EVOLUTIONS SIGNIFICATIVES, SI OUI LESQUELLES ?**

-----

-----

-----

-----

**10 – PENSEZ-VOUS QUE LA PDS VA CONNAITRE DES EVOLUTIONS EN 2008 DANS LES DIFFERENTS DOMAINES QUI FONT L'OBJET DU QUESTIONNAIRE ? L'AVENANT N° 27 AURA-T-IL UN IMPACT SUR LA PARTICIPATION ?**

-----

-----

-----

-----

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

-----

-----

-----

-----