

ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS EN JANVIER 2009

INTRODUCTION

Pour la 6^{ème} année consécutive le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins, assurée par les médecins généralistes et les modalités de son organisation.

L'enquête 2009 démontre une nouvelle fois que les médecins assument vis-à-vis de la population leurs responsabilités professionnelles sur l'ensemble du territoire national. Le tassement du volontariat constitue cependant un avertissement dont il faudra tenir compte.

À l'échelon départemental, l'organisation continue à évoluer et à s'adapter qu'il s'agisse de la sectorisation qui diminue ou de l'ouverture de points d'accueil de la garde qui progresse.

L'enquête met en exergue l'importance de la concertation avec l'ensemble des partenaires et en premier lieu, les Préfets (DDASS). En amont, les conseils départementaux consultent, reçoivent et organisent des réunions avec les médecins engagés dans le processus.

Les conseils départementaux ont ainsi réussi, le plus souvent, à faire prévaloir des solutions adaptées aux situations locales. L'implication des Conseils départementaux et l'importance de la coopération entre les partenaires ont été démontrées à l'occasion de la « Mission d'appui » qui a travaillé de mars à juillet 2008.

On ne peut cependant occulter des difficultés qui fragilisent le dispositif ; certaines sont anciennes comme la pénurie médicale dans certains départements et le nombre insuffisant de médecins volontaires dans certains secteurs ; d'autres sont apparues plus récemment comme la resectorisation forcée que l'administration a tenté d'imposer aux médecins en contrepartie du paiement des astreintes du samedi après-midi.

Les résultats de cette enquête sont enfin de nature à éclairer les débats parlementaires qui vont commencer sur le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire ».

MÉTHODOLOGIE

Cette enquête a été réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins pendant le mois de janvier 2009. Le questionnaire, comportant 44 questions fermées et 9 questions ouvertes, avait été adressé aux 100 conseils départementaux de métropole et d'Outre-Mer en décembre 2008. Tous les conseils régionaux ont également été consultés.

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

Agréger au plan national la diversité des réalités départementales, voire infra départementales est une tâche qui peut s'avérer, dans certains cas, délicate. Il en va ainsi de l'addition des secteurs de garde quand on sait que le territoire de la Ville de Paris ne constitue qu'un seul secteur de permanence des soins.

Pour autant, l'analyse des données agrégées fait ressortir incontestablement des évolutions et des constantes partagées sur l'ensemble du territoire national.

L'enquête a été présentée le 5 février 2009 par la Commission nationale de la permanence des soins et des urgences médicales au Conseil national réuni en Session plénière puis diffusée aux conseils départementaux et mise en ligne sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins. Elle a également été adressée à toutes les institutions de caractère national concernées par la question de la permanence des soins dès lors qu'elle apporte à tous des informations sur la réalité locale de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins et ses évolutions.

L'enquête nationale donne un instantané des évolutions incessantes de cette organisation et ouvre des perspectives d'amélioration d'un dispositif mis en œuvre par les médecins dans l'intérêt des patients : **la profession médicale organisée en Ordre professionnel souhaite en garder la maîtrise en lien avec les représentants de l'Etat, préfets et demain ARS, garants de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.**

ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS

CHAPITRE 1

Organisation de la permanence des soins

I - LA SECTORISATION : 2552 SECTEURS

	OUI	NON
Un arrêté préfectoral de sectorisation (ou un arrêté modificatif), a-t-il été pris dans votre département en 2008 ?	39	61
Y a-t-il un regroupement de secteurs en nuit profonde ?	26	74
Nombre de secteurs regroupés en nuit profonde ?	341	

La France de la permanence des soins regroupe aujourd'hui **2552 secteurs** (*) : ils étaient 2696 début 2008, 2737 début 2007, 2834 début 2006, 3077 début 2005, 3238 début 2004 et 3770 début 2003.

Après avoir marqué le pas en 2007 (- 1, 7 %) la diminution du nombre de secteurs, constante depuis 2003, est plus importante en 2008 (- 5,5 %).

On reste loin des 2000 secteurs, objectif de la circulaire ministérielle du 8 février 2008 et ce pourcentage de diminution recouvre de fortes disparités.

En effet, dans les 56 départements où la resectorisation a été imposée comme un préalable au paiement des astreintes du samedi après-midi, cette diminution est de 12,5 %. Nous y reviendrons plus loin dans le chapitre consacré à la Mission nationale d'appui.

Cependant, la resectorisation n'est pas forcément liée aux instructions données dans la circulaire ministérielle précitée mais répond à un cycle engagé antérieurement. D'ailleurs, dans certains départements dont le nombre de secteurs permettait déjà aux médecins de bénéficier du paiement des astreintes du samedi après-midi, la resectorisation s'est poursuivie (par exemple, Loiret et Manche).

(*) Le chiffre des secteurs correspond à l'addition du nombre des secteurs de semaine sur les 100 départements de France et d'Outre-Mer. Dans certains départements, ce nombre varie à la baisse en fonction de la période de l'année (hiver/été) ou de l'horaire.

En 2008, 34 départements ont connu une diminution du nombre de secteurs contre 19 en 2007. Si pour 12 d'entre eux il s'agit de simple ajustement (1 ou 2 secteurs concernés), la diminution peut être majeure dans d'autres : elle est ainsi de 30 % dans les départements suivants : Corrèze, Jura, Loir-et-Cher, Loire-Atlantique et atteint 60 % dans l'Orne.

Les 39 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 départementales de la permanence des soins) n'ont pas tous eu pour objectif la diminution du nombre de secteurs et dans certains cas l'arrêté peut porter sur les modifications de période de permanence des soins ou sur le périmètre des secteurs.

L'importance de l'activité de resectorisation au regard de la diminution souvent modeste du nombre de secteurs démontre qu'il s'agit d'un travail permanent d'adaptation aux situations locales qui doit être effectué avec prudence et minutie afin de répondre aux contraintes de la géographie et de la démographie tant générale que locale et afin de ne pas rompre des équilibres fragiles.

La sectorisation est le fruit d'une histoire locale, des besoins de la population et des capacités des médecins d'y répondre. Pour ne citer qu'un exemple, le Val-d'Oise, il existe 13 configurations de sectorisation en fonction du jour, de l'heure, de la saison qui font varier le nombre de secteurs de 4 à 18.

LA SUR-SECTORISATION EN NUIT PROFONDE

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. Mise en place dans 28 départements (totalement ou, le plus souvent, partiellement) elle a permis de regrouper 341 secteurs, soit 80 de plus que l'année passée.

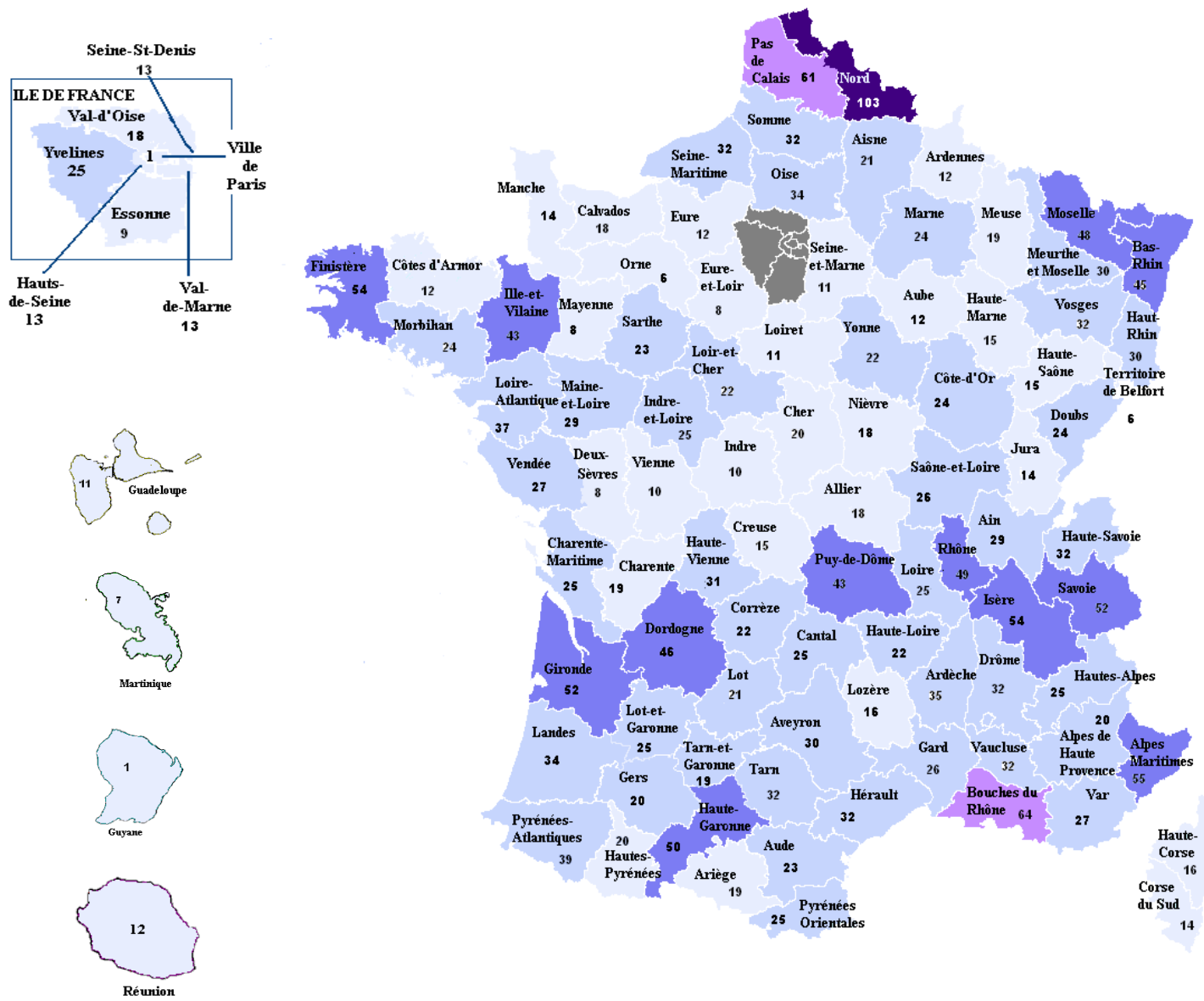
Ce chiffre, en léger progrès, reste modeste mais s'explique par la difficulté ou l'impossibilité dans de nombreux départements d'assurer le déplacement des patients ou des praticiens au-delà des limites des secteurs actuels.

Là où elle est pratiquée, elle est souvent liée à des regroupements des secteurs urbains, en seconde partie nuit. La sur-sectorisation en nuit profonde ne doit pas être confondue avec le dispositif d'arrêt de la permanence des soins en nuit profonde qui sera évoqué plus loin.

Rappelons une nouvelle fois que 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. Les conseils départementaux ont 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 resectorisation 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^{ER} JANVIER 2009 - (2 559 SECTEURS)

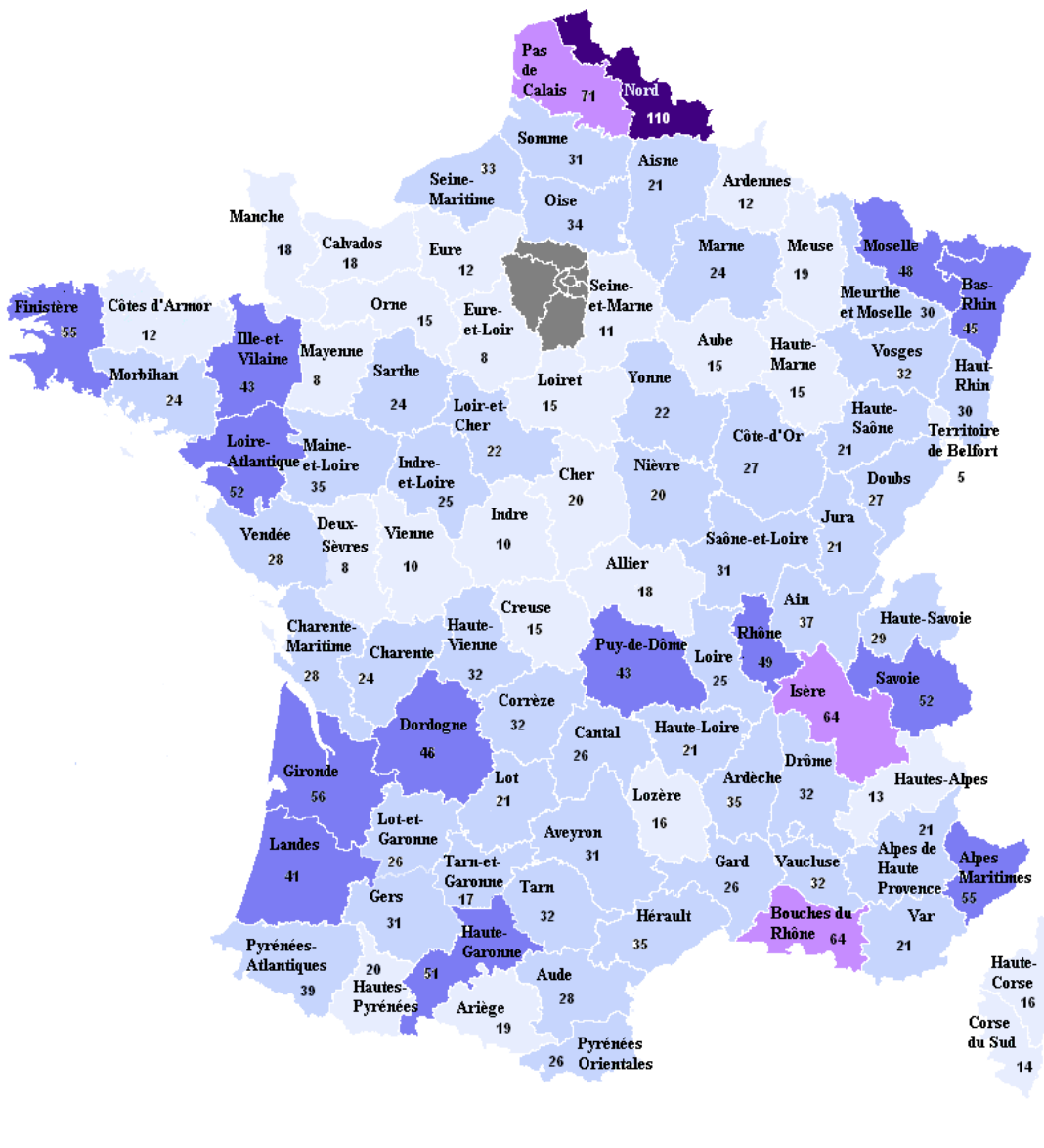
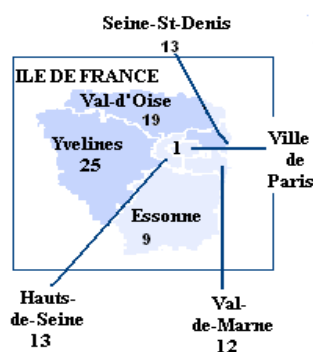


LEGENDE



- RAPPEL -

**LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS
AU 1^{er} JANVIER 2008 - (2696 SECTEURS)**



LEGENDE

de 0 à 20



de 21 à 40



de 41 à 60



de 61 à 80



+ de 80



II - LES MODALITES D'ORGANISATION 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 en 2008 ?	38	62	
La permanence des soins a-t-elle été étendue aux samedis après-midi ?	36	31	33 ⁽¹⁾
Le cahier des charges répond-il aux propositions du conseil départemental de l'Ordre ?	79	16	5
Y a-t-il dans certains autres secteurs de votre département un arrêt de la garde médicale ambulatoire, en nuit profonde ?	80 ⁽²⁾	20	
Si oui, le relais avec les services hospitaliers publics et privés a-t-il été organisé ?	58	22	20
Si oui, nombre de secteurs concernés ?	849		

(1) Sans objet car l'extension avait été actée en 2007

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

ASTREINTES DU SAMEDI APRES-MIDI

Plus d'un tiers des cahiers des charges ont été modifiés en 2008. Ces modifications tiennent pour l'essentiel à la prise en compte du samedi après-midi et des jours de pont dans les horaires de permanence des soins, conformément aux dispositions du décret 2006-1686 du 22 décembre 2006.

D'autres modifications peuvent également tenir au renforcement de la régulation médicale libérale : élargissement des plages horaires ou renforcement du nombre de médecins régulateurs.

La permanence des soins est financée le samedi après-midi dans deux tiers des départements. Cette situation, a priori satisfaisante, est néanmoins paradoxale.

En effet, les départements dans lesquels la permanence des soins du samedi après-midi n'est pas indemnisée sont des départements ruraux où les médecins participent de manière massive à la garde médicale, y compris d'ailleurs le samedi après-midi, et dans des conditions souvent difficiles (Ain, Ariège, Tarn, Vosges, ...). Dans d'autres départements, l'extension est prévue dans le cahier des charges mais n'est pas payée dans l'attente d'une resectorisation.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins doit donc déplorer une nouvelle fois que des objectifs comptables (paiement des astreintes gagé par une diminution du nombre de secteurs) pénalisent les médecins des zones rurales. N'y a-t-il pas un consensus sur des mesures incitatives pour s'installer dans des zones médicalement sous-dotées ?

L'extension des périodes de permanence des soins a également intéressé les jours de pont et aujourd'hui concerne également les 2/3 des départements avec les mêmes réserves qu'indiquées ci-dessus.

LES CAHIERS DES CHARGES

Dans leur grande majorité, les cahiers des charges et leurs modifications répondent aux propositions des conseils départementaux qui en sont souvent les inspirateurs, dans le cadre de la concertation permanente avec les médecins engagés dans la permanence des soins.

Quand des oppositions existent, elles tiennent à une sectorisation inadaptée ou encore à des horaires de permanence des soins inappropriés.

L'importante production d'arrêtés de sectorisation et de cahiers des charges a bien sûr été précédée par des réunions du CODAMUPS et de son sous comité médical. Le CODAMUPS s'est réuni dans 75 départements une fois et quelquefois deux et son sous-comité médical dans 61 départements avec une fréquence un peu plus importante (2 réunions en moyenne).

On observera cependant que dans un nombre non négligeable de départements le CODAMUPS et son sous-comité médical ne se réunissent pas.

En amont, comme en aval des réunions du CODAMUPS, le conseil départemental de l'Ordre des médecins prépare ces réunions, participe à la mise en œuvre des décisions prises et, de manière générale, assure une concertation permanente tout au long de l'année.

On s'étonnera que plus de cinq ans après la parution du décret du 16 septembre 2003 rendant obligatoire le cahier des charges départemental de la permanence des soins, 5 départements n'en soient toujours pas dotés (Eure-et-Loir, Haute-Garonne, Oise, Ville-de-Paris, Martinique).

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.

LES SPECIFICITES HORAIRES – L'ARRET DE LA PDS A MINUIT

Des évolutions sont à noter : si dans la moitié des départements les horaires de la permanence des soins demeurent pour l'essentiel des secteurs fixés de 20 heures à 8 heures, le nombre de secteurs dans lesquels la permanence des soins cesse à minuit progresse de 5 % dans un contexte où le nombre global de secteurs a en sens inverse diminué de 5,5 %.

Au total dans un secteur sur trois la permanence des soins assurée par les médecins libéraux s'arrête à minuit.

Des départements dans lesquels tous les secteurs couvraient la nuit profonde sont aujourd'hui concernés (Lot-et-Garonne, Meurthe-et-Moselle...).

Dans d'autres le nombre de secteurs s'arrêtant à minuit a plus que doublé (Nord, Gironde, Drôme...).

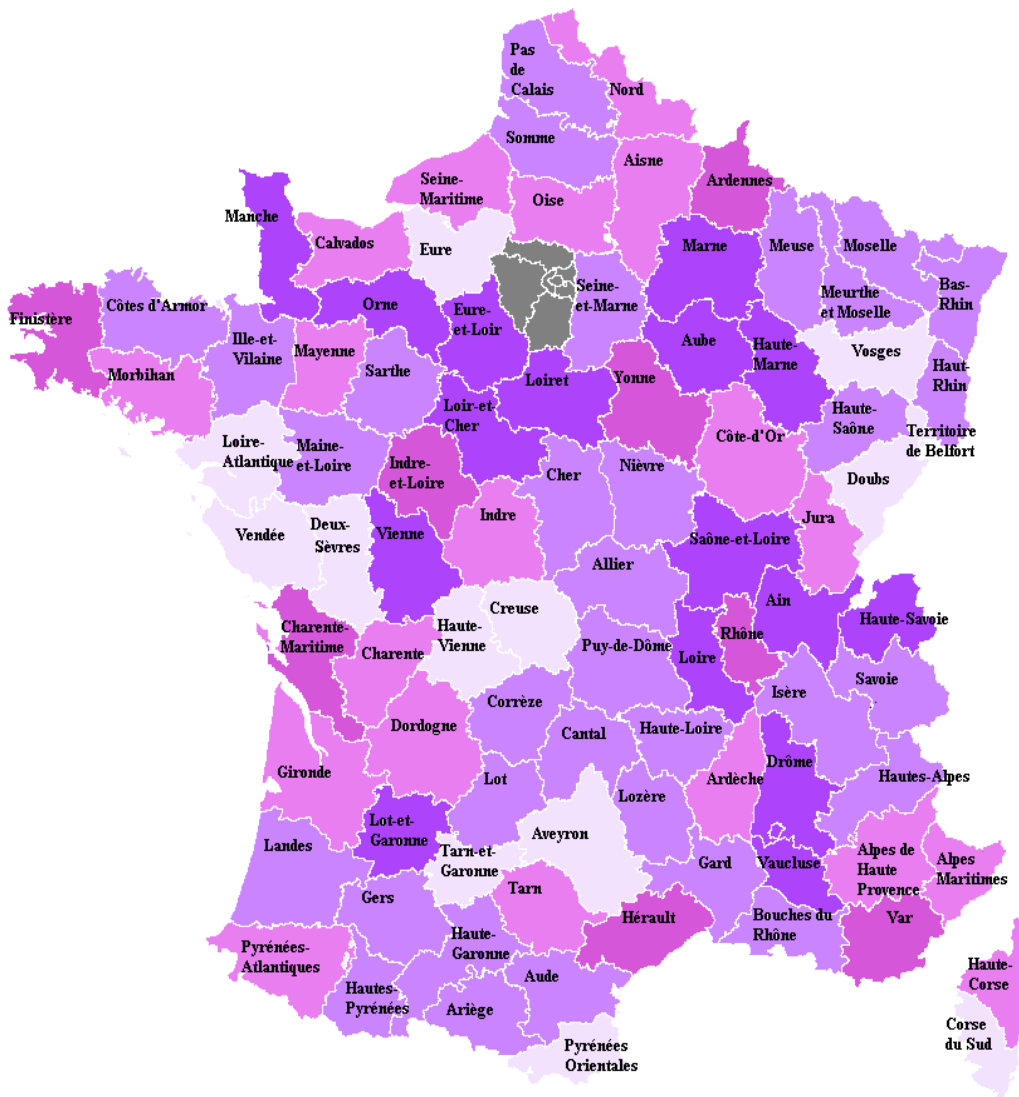
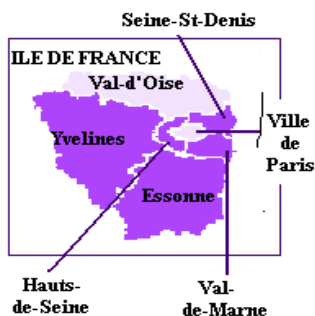
Il n'y a plus aujourd'hui que 19 départements où la garde de nuit profonde est assurée en totalité de 20 heures à 8 heures.

Certains conseils départementaux voient dans l'arrêt de la garde de nuit profonde, une évolution inéluctable pour pérenniser la permanence des soins (Somme, Vendée, Isère, Meurthe-et-Moselle et Hautes-Pyrénées) mais on ne peut voir là une règle générale.

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 22 cas, le relais apparaît inexistant ou en tout cas inorganisé ou mal assuré (Seine-et-Marne, Pyrénées-Atlantiques, Moselle, ...). Des solutions devront être trouvées rapidement.

Il faut ici rappeler que les modalités de la permanence des soins en nuit profonde doivent 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^{er} JANVIER 2009



LEGENDE

Absence de spécificités horaires

de 1 à 25 %

de 26 à 50 %

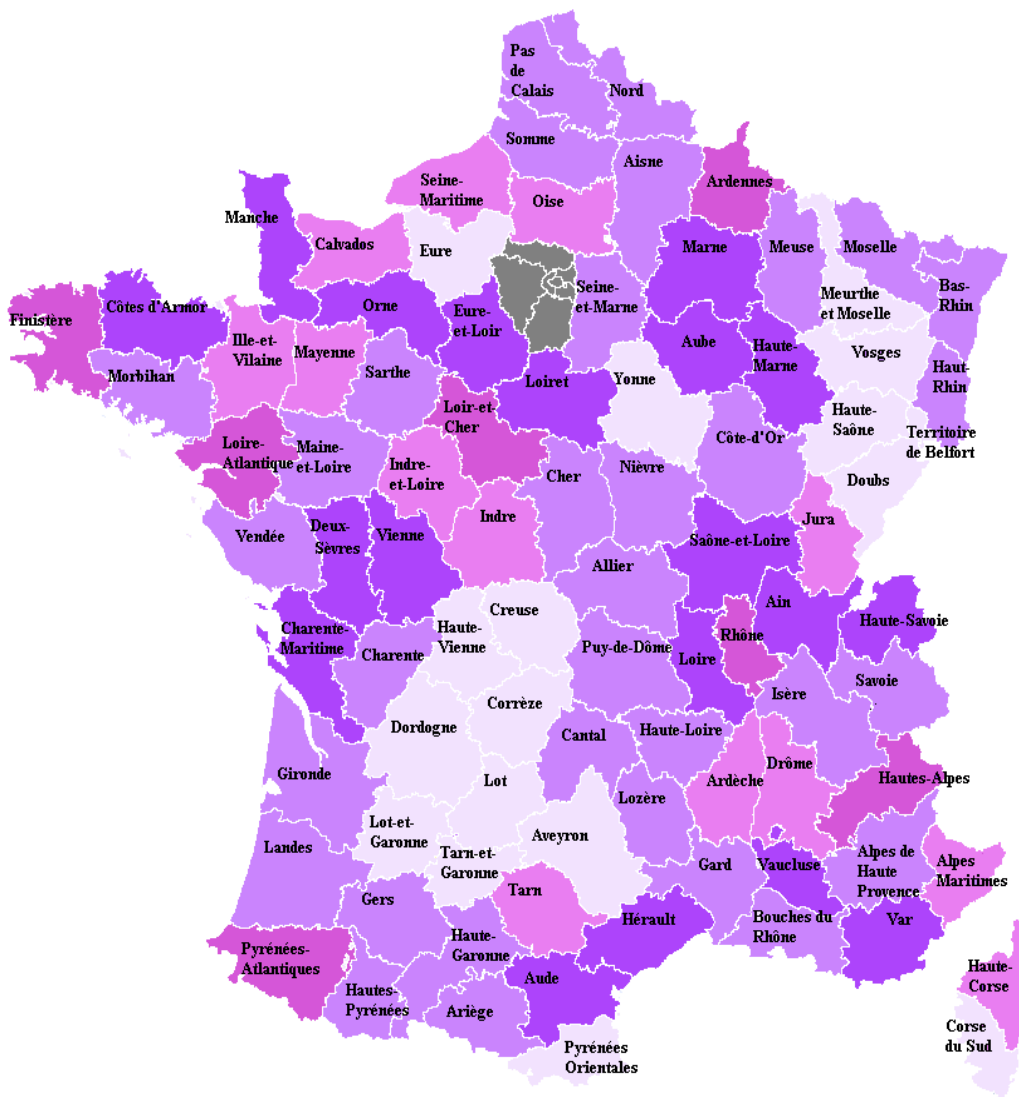
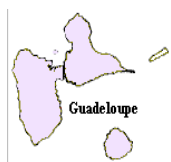
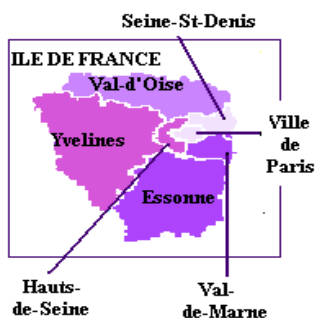
de 51 à 75 %

de 76 à 100 %



- RAPPEL -

**SPÉCIFICITÉS HORAIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS
EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2008**



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	
Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la permanence des soins, par secteur ? ⁽¹⁾	78	1	
Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est \leq à 10 médecins ?	1147		
Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?	45 ⁽²⁾	54	Non communiqué : 1 dépt
Y est-il parvenu ?	25	20	
Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en 2008 ?	34 ⁽³⁾	64	Non communiqué : 2 dépts

(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 l'élaboration 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 tache 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.

LES LOGICIELS DE GARDE

L'actualisation du tableau de la permanence des soins et sa diffusion représentent un travail considérable. La mise en place progressive d'un logiciel de garde est une réponse attendue par les conseils départementaux pour y faire face. 51 % des départements en sont dotés en 2008 (26% en 2006) et utilisent pour les trois-quarts le logiciel développé et mis à disposition par le CNOM (ORDIGARD). Une dizaine de départements devrait les rejoindre au 1^{er} semestre en 2009.

A ce propos, le Conseil national de l'Ordre des médecins dénonce l'attitude de la CNAMTS qui délibérément refuse de développer une fonctionnalité de paiement des astreintes gérées par ORDIGARD. Pire une vingtaine de conseils départementaux font état de pressions de l'assurance maladie pour qu'ils optent pour le logiciel de garde développé par la CNAMTS, qui n'est aujourd'hui utilisé que par quelques conseils départementaux.

De façon générale, l'utilisation des logiciels de garde a permis d'affiner cette année les pourcentages de médecins volontaires.

LES REQUISITIONS

On constatera avec satisfaction une diminution du nombre de départements dans lesquels des réquisitions ont été effectuées (34 contre 41).

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.

LE VOLONTARIAT

De façon générale, le pourcentage de volontaires est supérieur à 60 % dans 75 % des départements.

On constate donc un certain essoufflement 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, une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public assurée par les médecins généralistes et dans certains cas par l'absence de réponse aux attentes des médecins en matière d'organisation et de financement.

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.

A l'occasion de l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire », le Conseil national de l'Ordre des médecins a déposé auprès des parlementaires des propositions d'amendements permettant :

- aux médecins effecteurs et régulateurs de bénéficier de la couverture assurantielle de l'Etat pour les dommages subis ou causés dans le cadre de la permanence des soins ;
- aux médecins collaborateurs salariés et aux médecins non conventionnés de participer effectivement à la permanence des soins.

Les pourcentages de médecins volontaires, figurant sur la carte en annexe, méritent quelques explications.

1. Ces pourcentages constituent des moyennes par département avec de fortes disparités entre les secteurs urbains et les secteurs ruraux où les solidarités confraternelles s'expriment plus fortement. La forte mobilisation des praticiens dans la majorité des départements ne doit pas occulter les craintes suscitées dans ces mêmes départements par le non-remplacement des médecins généralistes cessant leur activité. 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. Dans ce cas, le pourcentage de médecins volontaires est minime mais suffisant. Toutefois, même dans ces secteurs, une augmentation de volontariat permettrait de créer ou de mieux faire fonctionner des maisons médicales de garde où les patients des centres urbains pourraient se rendre pendant les plages horaires de la permanence des soins.

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

42 % des secteurs (54 % l'année dernière) comptent moins de 10 médecins et 20 % moins de 5. Ces petits secteurs constitués entre médecins qui se connaissent tous fonctionnent parfaitement bien actuellement ; cependant, leur avenir est compromis faute de nouvelles installations et/ou si de nouvelles organisations (compte tenu de l'âge moyen des médecins) ne se mettent pas en place à court ou moyen terme pour les attirer. Les médecins qui s'installent actuellement ne veulent pas le faire dans des secteurs où la charge de la permanence des soins compromettrait leur vie personnelle.

4. Ces chiffres d'un maniement difficile traduisent également des évolutions importantes dans les départements. 12 départements ont légèrement augmenté leur pourcentage de participation et 31 l'ont vu décroître. Dans une dizaine de départements, les variations à la baisse sont de 10 % et plus (Ain, Aude, Corse du Sud, Doubs, Lot, Meurthe-et-Moselle, Hautes-Pyrénées, ...).

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

LES GARDES MEDICO-ADMINISTRATIVES

La question de l'organisation d'une garde spécifique pour les actes médico-administratifs ne semble pas avoir évolué depuis janvier 2008. Dans la très grande majorité des cas, les visites auprès des personnes gardées à vue et les certificats de décès sont encore effectués dans le cadre de la permanence des soins par le médecin de garde.

La question reste donc d'actualité dans un contexte d'augmentation régulière des mesures de garde à vue prononcées par les officiers de police judiciaire. Entre 2000 et 2007, le nombre de gardes à vue a augmenté progressivement de 54,19 % et de 73,77 % pour les gardes à vue de plus de 24 heures.

Les gardes à vue prolongées sont celles au cours desquelles les visites médicales peuvent être obligatoires et les médecins sont donc indubitablement de plus en plus sollicités par les forces de l'ordre.

« Le guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention en garde à vue » du médecin que devrait très prochainement diffuser le ministère de la Justice et à l'élaboration duquel a participé le Conseil national devrait permettre de résoudre la difficulté puisqu'il exclut les activités du médecin appelé en garde à vue du champ de la permanence des soins.

Ce guide pourra être utilisé par les conseils départementaux comme base de discussion avec les procureurs pour tenter de trouver de nouveaux modes d'organisation là où il apparaît que le cumul des deux activités déstabilise l'organisation de la permanence des soins.

Les dispositifs déjà opérationnels dans certains départements impliquent :

- les UMJ lorsqu'elles existent (conseils départementaux de l'Oise, des Yvelines, de l'Essonne, des Hauts-de-Seine, de l'Allier, des Bouches-du-Rhône, et du Val-de-Marne) ;
- les services d'urgence et services hospitaliers (conseils départementaux de la Meuse, de la Haute-Saône, du Var, de l'Ain et de la Guyane) ;
- l'association SOS Médecins dans le cadre de conventions particulières (conseils départementaux de la Meurthe-et-Moselle, de la Ville de Paris) ;
- les listes de médecins volontaires pour assurer les actes médico-administratifs (conseils départementaux de l'Hérault, du Lot-et-Garonne, des Deux-Sèvres, de la Côte d'Or, de l'Eure et de la Vienne).

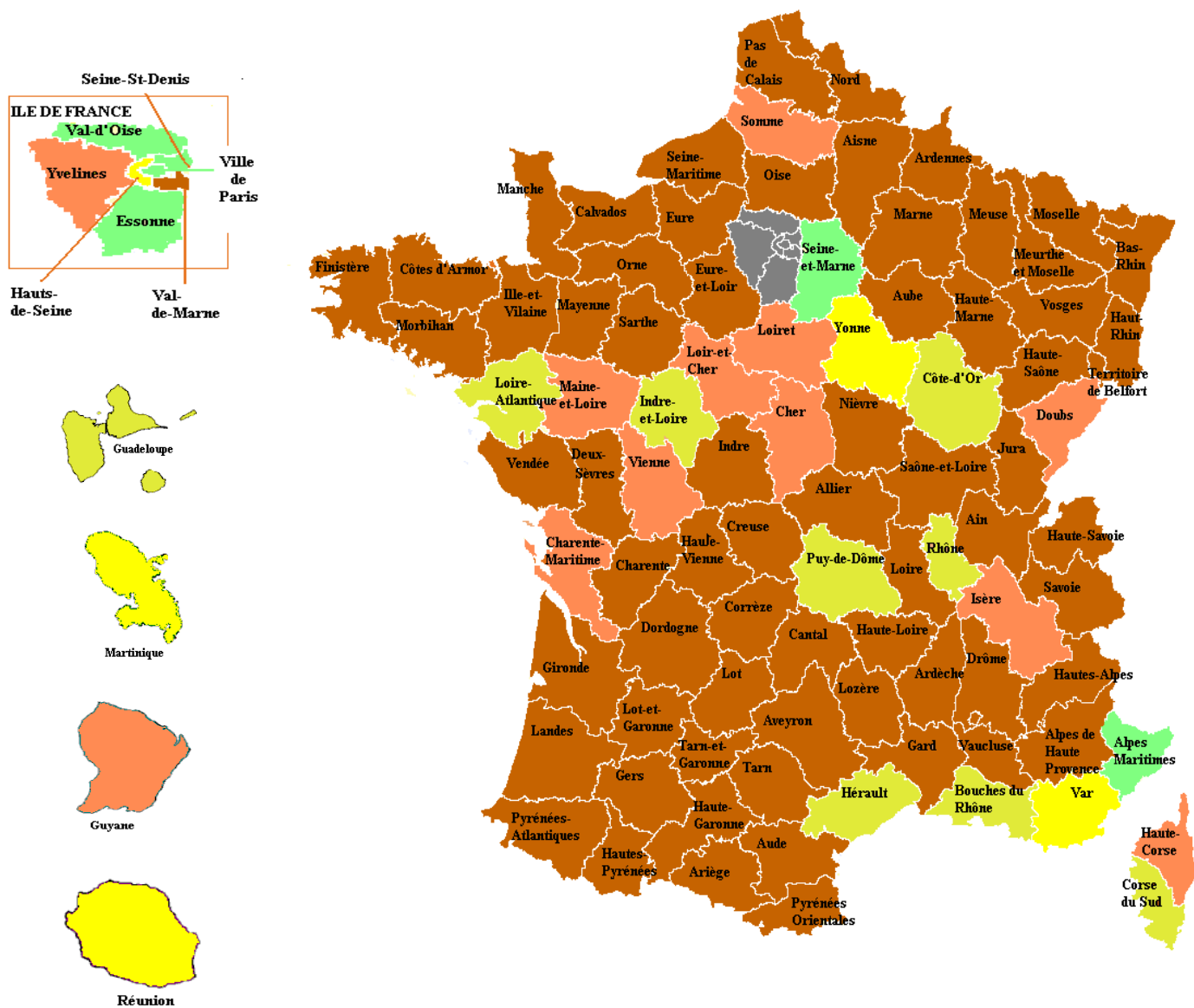
On note cependant que ces dispositifs :

- ne couvrent généralement pas tout le département mais uniquement le secteur de la structure (UMJ, centres hospitaliers, SOS, ...) et les secteurs périphériques ;
- que les certificats de décès sont toujours exclus de ces dispositifs spécifiques et sont toujours réalisés par les médecins de garde dans le cadre de la permanence des soins.

On note également que dans le cadre de certains dispositifs spécifiques mis en œuvre, le transport des personnes gardées à vue vers les structures est organisé (vers les services hospitaliers et les UMJ). Si la compatibilité de l'état de santé au maintien des mesures de garde à vue dans les conditions dans lesquelles elles se déroulent a conduit jusqu'à aujourd'hui à privilégier la visite du médecin sur les lieux de garde à vue, on voit que dans le cadre d'une organisation spécifique et dès lors que les médecins impliqués connaissent les locaux de garde à vue, d'autres voies sont ouvertes.

- RAPPEL -

**LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
À LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{ER} JANVIER 2008**



LEGENDE



CHAPITRE 3

La régulation médicale

	OUI	NON	SANS OBJET
La régulation médicale de la PDS passe-t-elle par un numéro spécifique en dehors du Centre 15 ?	34	64	2 : non communiqué
Dans ce cas, l'appel parvient-il à une plate-forme commune avec le Centre 15 ?	34		
La régulation médicale couvre-t-elle tout le département ?	94	5	1
Donne-t-elle satisfaction aux médecins de garde ?	88	11	1
Les médecins libéraux y participent-ils (*) ?	92	7	1

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

Pivot de la bonne organisation de la permanence des soins, la régulation **médicale** connaît une évolution favorable en particulier pour ce qui concerne l'engagement des médecins libéraux et toute consultation médicale devrait être déclenchée pendant les périodes de la permanence des soins par un médecin régulateur.

La participation des médecins libéraux est effective dans 92 % des départements (contre 90 % 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 2008 d'une extension des périodes de régulation libérale ou un renforcement du nombre des régulations (Seine-Maritime, Landes et Rhône, par exemple).

Dans l'Orne la mise en place d'une régulation médicale libérale pendant toute la nuit et le nombre infime d'interventions médicalement justifiées a conduit à une refonte majeure de l'organisation de la permanence des soins en fin d'année 2008.

Elle s'inscrit dans un contexte d'excellentes relations existant entre les services hospitaliers et les médecins libéraux sous l'égide du conseil départemental. La permanence des soins est donc assurée par les médecins libéraux le samedi de 12 heures à 23 heures et le dimanche de 8 heures à 20 heures. Les gardes de nuit, le samedi (23 heures à 8 heures) et tous les autres jours de la semaine (20 heures à 8 heures) sont assurées par le service hospitalier.

Le transport des patients ne pouvant se rendre par leurs propres moyens au centre hospitalier est assuré par ambulance ou taxi et financé par le FICQS.

Cette organisation n'est possible que dans le cadre d'une bonne régulation libérale et a nécessité une communication et une campagne d'information rappelant aux patients la nécessité de composer le numéro d'appel unique (15) pour toute demande de soins aux heures de permanence des soins.

Dans 88 départements, la régulation médicale 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 n'a démarré, modestement, qu'en 2007 dans 6 autres départements. De façon générale, les conseils départementaux estiment nécessaire de la renforcer.

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, ...). Si de nouveaux départements ont mis en place un numéro dédié (Charente-Maritime, Landes, Maine-et-Loire, Vosges, ...) en 2007, il n'en a pas été créé en 2008.

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 (régulation dite déportée).

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. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a proposé un amendement en ce sens dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire ».

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

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

Un tiers des conseils départementaux confirment avoir reçu en 2008 des récriminations et plus rarement des plaintes formalisées relatives à la permanence des soins. Elles sont peu fréquentes et ont encore 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, elle est toujours pour certains une obligation de service à domicile.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins réclame depuis des années que des campagnes soient menées sur ce sujet au niveau local et national. Des engagements ont été pris en ce sens mais n'ont pas été tenus même si les choses évoluent. Le conseil régional de l'Ordre des médecins du Nord-Pas-de-Calais participe activement au lancement d'une campagne sur ce thème. 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.

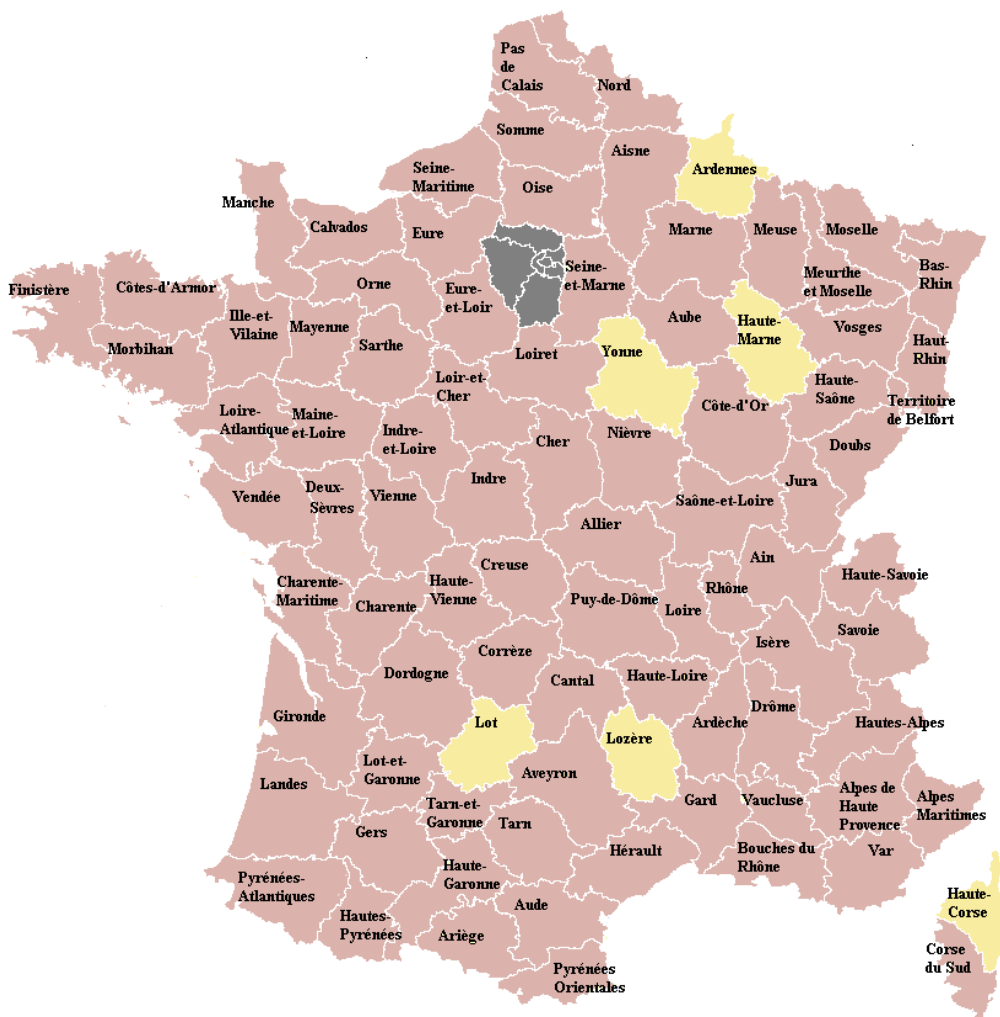
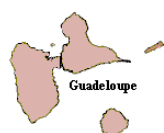
Enfin, comme pour toute activité médicale, des erreurs d'appréciation ou des fautes, réelles ou supposées, ont pu se produire, et entraîner la saisine des juridictions civiles voire pénales.

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

LA TELEPRESCRIPTION

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 et demande à la HAS, plus d'un an après, la constitution d'un groupe de travail qu'elles soient diffusées dans les plus brefs délais. L'activité de régulation est une activité médicale à part entière qui doit être exercée dans le respect des principes de la déontologie médicale et des bonnes pratiques professionnelles.

PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA RÉGULATION AU 1^{ER} JANVIER 2009



LEGENDE

Absence de participation Participation des médecins libéraux à la régulation médicale



CHAPITRE 4

Sites dédiés à la permanence des soins au nombre de : 291

	OUI	NON
En existe-t-il dans votre département ?	79	21
Combien ?	291	
Combien de secteurs couvrent-ils ?	394	

Les sites dédiés à la permanence des soins se sont développés depuis l'année dernière (44 sites créés). Ils correspondent à une réelle attente des médecins là où la géographie et les initiatives professionnelles le permettent.

Déjà dans certains départements, l'ensemble de la permanence des soins étant organisé autour de points de garde postés (Val-de-Marne, Vienne) l'Orne les a rejoints en 2008. Ils constituent souvent une des conditions de la resectorisation départementale et contribuent à redessiner la cartographie locale de la permanence des soins.

La création de sites dédiés a été particulièrement importante dans certains départements (Orne, Cher, Ville de Paris, la Réunion). A notre connaissance, un seul point de garde a fermé en 2008 (Côtes d'Armor), les médecins préférant assurer la garde à partir de leur cabinet.

Les conseils départementaux restent inquiets sur la fragilité du financement de ces sites et leur pérennité est une attente forte des conseils départementaux. Cette pérennité passe également par une activité satisfaisante : le public doit être informé de leur présence et la régulation médicale doit adresser les patients sur ces sites, en tant que de besoin.

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.

Si dans de nombreux cas, elles sont accolées à des établissements hospitaliers, des conseils départementaux font le constat d'une certaine frilosité des directeurs d'hôpitaux qui craindraient une perte de ressources pour les services d'accueil des urgences.

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.

CHAPITRE 5

La permanence des soins et l'organisation du conseil départemental

	OUI	NON
L'organisation de la permanence des soins, a-t-elle nécessité la mise en place d'une commission spécialisée ?	69	31

	jusqu'à 20h	de 21 à 40 h	de 41 à 60 h	+de 61h
Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?				
✓ par les élus ⁽¹⁾ :	84	7	0	4
✓ par le personnel administratif ⁽²⁾	53	26	7	13

(1) 5 départements : non communiqué

(2) 1 département : 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, 69 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, 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 reconnue à sa juste valeur par les administrations et le monde politique.

A l'occasion de l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire », le Conseil national de l'Ordre des médecins demande instamment que le Parlement, traduise explicitement cet engagement ordinal et cette réalité dans le projet de loi, aujourd'hui muet sur ce point.

CHAPITRE 6

Les départements relevant de la Mission ministérielle nationale d'appui

Le 8 février 2008, le ministère de la Santé a donné, sans concertation préalable, aux Préfets et aux missions régionales de santé, une liste de 56 départements dans lesquels le paiement des astreintes du samedi après-midi est subordonné à une diminution de secteurs.

Le calcul du nombre de secteurs est purement comptable (ratio basé uniquement sur le nombre d'habitants) même si une marge d'ajustement est prévue, et la finalité est purement économique : étendre la permanence des soins à enveloppe constante.

Face aux protestations du Conseil national de l'Ordre des médecins, une « mission nationale d'appui » est installée par le ministère de la Santé, et auditionne d'avril à juillet, 32 délégations départementales comportant le plus souvent le Préfet ou son représentant et le Président du conseil départemental de l'Ordre ou son représentant. Ces 32 départements auraient été les plus touchés par les mesures envisagées.

Les conseils départementaux ont fait valoir à la mission le travail déjà entrepris, les difficultés de terrain et ont exprimé les attentes des médecins.

A l'issue de ces réunions, l'administration a confirmé les objectifs antérieurs fixés, mais donne dans un certain nombre de cas des délais pour les atteindre. Elle promet en contrepartie, afin de compenser la diminution des secteurs, la création de maisons médicales de garde et l'organisation du transport des patients.

Après avoir procédé à l'analyse de la situation au 1^{er} janvier 2009 dans l'ensemble des départements auditionnés par la mission d'appui et plus généralement de l'ensemble des départements où le nombre de secteurs était supérieur à la cible ministérielle, on doit faire les constats suivants :

L'objectif a été atteint par 18 % des départements, mais seulement par un des départements reçus (Haute-Saône) par la mission d'appui qui étaient les plus touchés par la resectorisation envisagée initialement : les faits sont têtus. Sans parvenir à un objectif irréaliste, la majorité de ces départements a poursuivi une resectorisation sous l'égide du conseil départemental quand cela était possible et dans 22 départements, si les promesses de l'administration sont tenues, le conseil départemental estime possible d'y parvenir, ou au moins d'atteindre des objectifs intermédiaires.

Ces chiffres traduisent tout autant le refus d'une resectorisation comptable et bureaucratique que le refus de l'immobilisme.

Dans les $\frac{3}{4}$ des départements envisageant une resectorisation en 2009, il faut noter qu'en contrepartie des engagements sont attendus en termes de financement des points de garde et de transport des patients (Cantal, Creuse, Haute-Marne, par exemple.)

Or, les conseils départementaux sont nombreux à évoquer l'absence d'engagements financiers à ce propos (Haute-Vienne, Landes, Haute-Loire, par exemple.).

Les conseils départementaux font également état, dans leur majorité, du peu d'écoute de la mission d'appui et s'étonnent que les spécificités locales n'aient pas été prises en compte. Certains déplorent le maintien à terme d'objectifs en nombre de secteurs irréalisables ou très difficiles à atteindre compte tenu des spécificités géographiques et démographiques du département.

En revanche, dans certains départements, l'audition par la mission d'appui a donné lieu ensuite à des réunions entre le conseil départemental et les médecins pour repenser l'organisation de la permanence des soins (Finistère), à une réunion du CODAMUPS ayant abouti à la resectorisation (Ariège), à l'établissement d'une feuille de route raisonnée (Ardèche, par exemple). Toutefois, la lenteur des autorités administratives est souvent évoquée.

La resectorisation est à la fois le fruit d'un processus ininterrompu, constaté les années précédentes où les praticiens eux-mêmes avec l'appui de leur conseil de l'Ordre modèlent la sectorisation et des pressions exercées récemment par l'administration. Les conseils départementaux chaque fois que cela est possible tentent d'y répondre en concertation avec les médecins volontaires pour leur permettre de percevoir les indemnités d'astreintes, et aussi pour permettre au dispositif de rester viable, face au déclin démographique de certains secteurs.

On doit déplorer la situation intolérable et inéquitable des médecins exerçant dans des départements ruraux où les objectifs de resectorisation sont impossibles à atteindre et qui ne touchent pas d'indemnité alors même qu'ils assurent fréquemment les astreintes le samedi après-midi.

CONCLUSION DE L'ENQUÊTE

Plus de la moitié des conseils départementaux estiment que la permanence des soins connaîtra des évolutions en 2009.

Certaines sont espérées comme la création de lieux spécifiques pour l'accueil de la permanence des soins ou « points-garde », le regroupement de secteurs en nuit profonde, de moyens financiers pour assurer le transport des malades, le renforcement de la régulation médicale ou encore la participation des internes aux gardes médicales.

D'autres sont redoutées : diminution du volontariat, absence de pérennisation du financement des maisons médicales de garde, non remplacement des départs en zone rurale accentuant la fracture entre l'activité médicale en ville et à la campagne.

L'aspect positif de la Mission d'appui aura été de souligner la fragilité mise en évidence par l'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins l'an dernier : le nombre important de secteurs où les effecteurs sont en nombre insuffisant et/ou vont le devenir du fait de leur âge. Ceci est de plus en plus un obstacle à l'installation de jeunes praticiens.

Les départements qui ont été reçus par la Mission d'appui ont pu faire le constat que, pour tendre vers les objectifs pragmatiques fixés, ils devaient rencontrer la coopération active de partenaires pour notamment l'organisation de points-garde et du transport des personnes vers ceux-ci lorsque nécessaire. Cette coopération leur paraît lente à se mettre en œuvre.

Enfin, la création des ARS constitue un important point d'interrogation sur le pilotage futur du dispositif mais les conseils départementaux sont unanimes à souhaiter y être associés.

Annexe 1

Questionnaire-type envoyé aux départements sur l'état des lieux de la permanence des soins au 1^{er} janvier 2009

(à nous retourner dûment complété par messagerie électronique ou par fax : 01 53 89 32 24)

NB : Pour les questions avec réponse positive ou négative, taper [oui] ou [non]

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 2008 ? * (* si c'est le cas, merci de le communiquer en pièce jointe)		
2. Nombre de secteurs au 1 ^{er} janvier 2009 ?		
3. Le préfet a-t-il arrêté un cahier des charges départemental ou a-t-il modifié le cahier des charges en vigueur en 2008 ? * (* si c'est le cas, merci de le communiquer en pièce jointe)		
4. Le Préfet a-t-il étendu en 2008 la permanence des soins ?		
<ul style="list-style-type: none"> • aux samedis après-midi ? • aux jours de pont ? 		
5. Le cahier des charges (ou ses modifications), répond-il aux propositions du conseil départemental ?		
6. Le CODAMUPS, s'est-il réuni au cours de 2008 ?		
<ul style="list-style-type: none"> • Combien de fois ? • Son sous-comité médical s'est-il réuni ? • Combien de fois ? 		

2 – LA PARTICIPATION DES MEDECINS A LA PERMANENCE DES SOINS

	OUI	NON
7. Pourcentage de médecins participant à la PdS		
8. Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la pds, par secteur ?		

9. Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est \leq à 10		
9 bis. Pourcentage de médecins \geq à 60 ans dans les secteurs \leq à 10 médecins		
9 ter. Nombre de secteurs où le nombre de médecins est \leq à 5 médecins		
10. Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?		
10 bis Y est-il parvenu ?		
11. Y a t-il eu des réquisitions préfectorales en 2008 ?		
12. Y a-t-il des spécificités horaires de la permanence des soins dans votre département ?		
13. Le relais avec les services hospitaliers publics et privés, a-t-il été organisé ?		
14. Nombre de secteurs concernés par ces spécificités horaires ?		
15. Y a-t-il un regroupement de secteurs en nuit profonde ?		
16. Nombre de secteurs en nuit profonde ⁽¹⁾ ?		
17. Si vous utilisez un logiciel de garde, indiquer lequel (Calepso, Ordigard, ...) ?		
17 bis. Subissez-vous des pressions de la CPAM pour utiliser un logiciel de garde spécifique		

3 – LA REGULATION

	OUI	NON
18. Tous les appels en période de PDS sont-ils médicalement régulés?		
19. La régulation médicale de la PDS passe-t-elle par un numéro spécifique ? Dans ce cas, l'appel parvient-il à une plate-forme commune avec le centre 15 ?		
20. La régulation médicale couvre-t-elle tout le département ?		
21. Donne-t-elle satisfaction aux médecins de garde ?		
22. Les médecins libéraux y participent-ils ⁽²⁾ ?		
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 ?		

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

⁽²⁾ 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
24. L'organisation de la permanence des soins, a-t-elle nécessité la mise en place d'une commission spécialisée ?		
25. Quel est le temps consacré à la permanence des soins (nombre d'heures par mois) ?		
✓ par les élus	-----	
✓ par le personnel administratif	-----	

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

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

6 – POUR LES DEPARTEMENTS RELEVANT DE LA MISSION MINISTERIELLE D'APPUI

30. Le conseil départemental a-t-il demandé à être reçu par la mission ministérielle ?		
31. A-t-il été reçu ?	-----	
32. Les objectifs (nombre de secteurs proposés) ont-ils été atteints en 2008 ?		
33. Dans le cas contraire, pourront-ils être atteints en 2009 ?		
34. Des points de garde ont-ils été créés en 2008 ?		
35. Des points de garde seront-ils créés en 2009 ?		
36. Une organisation de transport des personnes vers les points de garde a-t-elle été mise en place en 2008 ?		
37. Une organisation de transport des personnes vers les points de garde sera-t-elle mise en place en 2009 ?		

9 – LA PERMANENCE DES SOINS NE FONCTIONNE PAS DANS VOTRE DEPARTEMENT

<p>41. Quelles sont les raisons de ce dysfonctionnement ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>42. Quelles mesures devraient être envisagées pour améliorer la situation ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

10 - LA PDS A-T-ELLE CONNU EN 2008 DES EVOLUTIONS SIGNIFICATIVES, SI OUI LESQUELLES ?

11 – PENSEZ-VOUS QUE LA PDS VA CONNAITRE DES EVOLUTIONS EN 2009 DANS LES DIFFERENTS DOMAINES QUI FONT L’OBJET DU QUESTIONNAIRE ? L’AVENANT N° 27 AURA-T-IL UN IMPACT SUR LA PARTICIPATION ?

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