



**INSPECTION GENERALE
DES
AFFAIRES SOCIALES**

Rapport n° 2006 029

**INSPECTION GENERALE
DE
L'ADMINISTRATION**

Rapport n° 06-007-02

**Evaluation du nouveau dispositif
de permanence des soins en
médecine ambulatoire**

présenté par :

***Messieurs Philippe BLANCHARD, Marc DUPONT et Roland OLLIVIER
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales***

***Madame FERRIER Catherine et Monsieur PRÉTOT
Membres de l'Inspection générale de l'administration***

MARS 2006

La mission a été chargée, par note du Ministre d'Etat, Ministre de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire et du Ministre de la santé et des solidarités en date du 29 septembre 2005, d'évaluer le nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire (PDS). Elle a audité les acteurs nationaux et s'est rendue dans six régions et dix départements¹.

La mission retient de ces investigations et auditions, les constats et propositions suivantes.

L'organisation de la permanence des soins est inachevée.

Le dispositif de permanence des soins malgré les avancées apportées par le décret du 7 avril 2005 et l'avenant à la convention n°4 n'est pas abouti et demeure fragile.

Le dispositif s'est déployé sur quasiment l'ensemble du territoire mais sa fiabilité n'est pas assurée.

La sectorisation a été revue ou confirmée dans pratiquement tous les départements (96 départements sont dotés ou disposeront d'un arrêté de sectorisation très prochainement), le paiement des astreintes sur la base de l'avenant n°4 à la convention médicale est généralisé sur le territoire (85 départements avaient mis en paiement les astreintes à la fin 2005 et 9 s'apprêtaient à la faire en janvier ou février 2006)

Par contre des difficultés apparaissent tant dans l'organisation de la régulation qu'au plan de la disponibilité d'intervenants de terrain (les effecteurs selon la terminologie employée par le milieu professionnel) qui, selon les secteurs et les périodes de la permanence des soins, fait défaut. Ces difficultés font que le dispositif n'est pas fiable, elles expliquent les griefs formulés contre l'organisation actuelle de la PDS, notamment de la part des régulateurs des centres 15.

La régulation des appels, malgré l'extension de la participation des médecins libéraux dans de nouveaux départements, souffre de son engorgement ainsi que d'une insuffisante coordination entre ville et hôpital lorsqu'elle est autonome. Pourtant, seule une régulation efficace permet de conférer au système de la permanence des soins la sécurité indispensable dans la prise en charge des soins non programmés.

La réponse de la médecine libérale à la demande de soins est variable selon les départements ce qui doit conduire à éviter toute appréciation de portée générale. Si on prend l'exemple des départements visités par la mission, la situation est difficile dans deux d'entre eux, satisfaisante dans deux autres et d'une efficacité variable selon les secteurs dans les six derniers.

¹ L'Ardèche, le Calvados, la Haute-Garonne, l'Isère, la Manche, le Nord, l'Oise, le Pas-de-Calais, les Yvelines, le Tarn.

Cette situation résulte notamment du caractère volontaire de la participation à la permanence des soins, ce qui conduit par essence à des réponses différentes des généralistes libéraux². Le premier constat, établi par la mission est celui de la tendance générale au désengagement de la médecine libérale en seconde partie de nuit, même dans les départements où la participation aux astreintes est largement assurée par ailleurs. L'autre observation est celle, souvent, d'une absence de couverture intégrale des autres plages horaires de la permanence des soins. Elle résulte soit d'une absence d'inscription individuelles d'effecteurs sur les tableaux mensuels d'astreinte, soit d'une décision collective départementale de couverture partielle de l'astreinte, soit d'une défection de généralistes pourtant inscrits sur les listes d'astreinte.

L'empirisme de cette organisation se vérifie à travers une évolution qualitative très lente des cahiers des charges départementaux qui ne comportent souvent pas de règles minimales de bonne pratiques en matière de régulation ou de modalités d'exercice de l'astreinte.

Au total, ces insuffisances dans la couverture de la population ne permettent pas au public de s'orienter correctement dans le système de la permanence des soins, et elles fragilisent l'efficacité de la régulation. Rien n'est en effet plus délétère que les flous observés dans certains départements parce qu'il existe des zones « grises »³, c'est à dire des endroits où l'intervention de médecins généralistes est aléatoire.

L'efficience du nouveau dispositif n'est pas assurée.

L'impact financier de l'avenant n°4 à la convention médicale, avenant appliqué essentiellement à compter du troisième trimestre 2005 dans les départements, est à évaluer avec précaution.

L'estimation, par les partenaires conventionnels, d'un surcoût de 60M€ en année pleine, généré par l'application de l'avenant n°4 sera probablement dépassée. Les données transmises par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) laissent penser que les coûts de la PDS en 2004 et 2005 sont déjà en sensible augmentation (autour de 266M€ en 2004 et 302M€ en 2005 hors coût des maisons médicales de gare). A ce montant pour approcher le coût complet du dispositif, il convient d'ajouter la part du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation nationale des réseaux (DNDR) consacrée à ces dispositifs, ce qui conduit à une estimation globale de 300M€ en 2004 et de 320M€ en 2005. Considérant les délais de transmission des états des médecins, les données 2005 sont encore à considérer avec prudence. S'agissant de 2006, les évaluations réalisées par certaines unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) aboutissent à un montant d'au moins 400M€. Cette appréciation se fonde sur l'observation d'une réduction du nombre de secteurs moins forte qu'espérée initialement (aux environs de 20% en 2005 pour la seconde partie de nuit) et d'adaptations locales de l'avenant n°4 qui ont permis des sur rémunérations d'astreintes.

² Dans certains départements comme le Tarn on obtiendra un taux de participation de plus de 80% des généralistes, alors que dans d'autres à dominante urbaine, la participation est de l'ordre de 35 à 40% des médecins en exercice voire quasi inexistante dans de grandes agglomérations. On observe par ailleurs une stabilité dans le temps du nombre de volontaires

³ Selon l'expression employée par le représentant de « SAMU de France » devant la mission.

Dans certains cas, où il y a très peu d'actes réalisés malgré le paiement d'astreintes revalorisées on peut s'interroger sur l'effectivité du service rendu à l'usager.

Un dispositif dont le pilotage est trop complexe et le financement éclaté.

La permanence des soins fait entrer en jeu de nombreux acteurs sans que les responsabilités réelles des divers intervenants soit claires.

On soulignera au premier chef la dualité des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie qui a pu donner le sentiment d'une appréciation contradictoire des enjeux de la permanence des soins.

Les instructions données par l'assurance maladie, par circulaire interne, ont conduit à des interprétations parfois différentes de l'application du décret du 7 avril 2005 avec les services de l'Etat (niveau de la sectorisation, moyens de la régulation...)

A l'échelon régional, malgré la tentative de coordination entre l'Etat et l'assurance maladie que représente la mise en place des missions régionales de santé (MRS), la confusion des rôles et des intérêts est forte. Les positions de l'URCAM, celle du comité régional de gestion du FAQSV, celle de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de l'union régionale des médecins libéraux (URML) peuvent être divergentes ou pour le moins répondre à la poursuite d'objectifs spécifiques occultant parfois une approche globale de la question. Cela concerne par exemple la prise de décision de financement de maisons médicales de garde ou de dispositifs particuliers de régulation. Par ailleurs l'absence de pérennité de certains financements interdit de conférer au système de permanence des soins la visibilité dont il a pourtant fortement besoin.

L'échelon local, représenté par les préfets assisté des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), est en première ligne sans disposer du pouvoir réel de mobilisation de ressources ni de la souplesse réglementaire qui permettraient en certaines circonstances d'établir des accords locaux viables (par exemple pour étendre les horaires de la régulation).

L'organisation de la permanence des soins doit être simplifiée et sécurisée.

➤ *Une clarification des responsabilités s'impose.*

La mission se prononce en faveur d'un pilotage unifié du dispositif de la permanence des soins à tous les échelons de la prise de décision ;

- Au niveau national, c'est à l'Etat que doit revenir la définition des orientations et la maîtrise du financement extra conventionnel de la permanence des soins. Toutefois ces règles nationales doivent prévoir des possibilités d'ajustement aux spécificités locales.
- L'échelon régional doit constituer un niveau d'appréhension des besoins, de prévision des financements, d'évaluation ainsi que de contrôle. La mission penche en faveur de la conduite de la PDS par les ARH. A défaut, les missions régionales de santé (MRS), consacrées par la loi comme instances de proposition devraient voir leurs compétences élargies pour rassembler les financements régionaux provenant actuellement du FAQSV et de la DNDR et évaluer la bonne marche de la PDS.

- Le rôle opérationnel du département, siège du SAMU, le préfet étant la seule autorité dépositaire du pouvoir de réquisition doit être conforté. C'est à ce niveau que doivent être négociés l'organisation de la régulation et de l'intervention sur le terrain (secteurs, maisons médicales de garde, médecins correspondant de SAMU etc...) en fonction des financements disponibles et délégués par l'échelon régional.

➤ *Une organisation fiable rassemblant tous les moyens disponibles au service de la PDS.*

Le fonctionnement de la permanence des soins doit rester du ressort de la médecine libérale.

Toutefois, faute de pouvoir toujours compter sur un nombre suffisant de médecins volontaires, il convient d'envisager de recourir à d'autres intervenants pour garantir en toutes circonstances la sécurité de la population.

Tout d'abord, en cas de blocage de la situation le Préfet doit être en mesure de mettre en place une organisation « à minima », fiable, en mobilisant à titre transitoire, les établissements de santé, voire d'autres institutions ou professionnels (SDIS, médecins salariés). Ce cas de figure, compte tenu de la couverture de quasiment tout le territoire en secteurs devrait être rare, à l'échelle d'un département tout entier. Néanmoins, une telle décision, qui au demeurant ne ferait qu'entériner un état de fait jusqu'à présent non reconnu, doit pouvoir être prise.

En « vitesse de croisière », la PDS doit être organisée en réunissant l'ensemble des moyens disponibles et en conviant tous les opérateurs de la PDS à se rassembler.

La mise en place ou la consolidation de régulations mixtes (SAMU-libéraux), regroupées, constitue, à ce titre une priorité. La création de nouvelles régulations libérales autonomes ne doit pas être encouragée, car source de conflits et de difficultés, d'autant que leur professionnalisation est loin d'être totalement acquise.

La mobilisation des effecteurs autres que libéraux (essentiellement des hospitaliers mais aussi des médecins salariés de tous statuts) doit être encouragée (notamment financièrement) lorsqu'elle supplée aux carences du système.

Après minuit, considérant le manque d'efficacité général du dispositif actuel (coût moyen des actes de l'ordre de 1000€), la mission recommande de désigner l'hôpital pour assurer la PDS. Toutefois il peut être localement choisi de maintenir la permanence libérale lorsque celle-ci donne satisfaction.

➤ *Un financement privilégiant l'intervention effective auprès de la population.*

S'agissant du financement du dispositif, la mission privilégie une rémunération à l'activité plutôt qu'une revalorisation d'astreintes au montant déjà élevé. Il n'est pas illégitime dans ce cadre que des actes effectués en milieu de nuit puissent être revalorisés en contrepartie d'une sectorisation plus ramassée.

➤ *Une fiabilité et une qualité du dispositif garanties.*

La mission met l'accent sur le renforcement de la qualité du dispositif de permanence des soins permettant de mettre un terme à des pratiques potentiellement génératrices d'incidents importants ainsi que sur l'information du public et des professionnels. Pour ce faire, un socle de bonnes pratiques en matière de régulation et d'effectation doit être formalisé au sein d'un nouveau cahier des charges type du fonctionnement de la PDS. Une évaluation normée et la réalisation de contrôles doit permettre aussi de corriger les défauts du système. Sur un autre plan, dans l'intérêt de la qualité de la régulation comme dans celui de la clarté de l'information des usagers, la solution d'un numéro unique d'appel est à retenir.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
PREMIERE PARTIE - LE DISPOSITIF EST INACHEVE.....	7
1.1 L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS REVUE EN 2005 A DÛ COMPOSER AVEC LE JEU DES ACTEURS	7
1.1.1 <i>La sectorisation a été complétée dans la plupart des départements, les nouveaux financements ont pu être mobilisés.....</i>	7
1.1.2 <i>L'objectif de réduction du nombre de secteurs n'a été que partiellement atteint</i>	8
1.1.3 <i>Le taux de participation des médecins est important</i>	9
1.1.4 <i>Il n'y a pas de corrélation entre la démographie médicale et l'engagement dans la permanence des soins</i>	9
1.1.5 <i>On observe des disparités importantes quant à la taille des secteurs et au nombre de médecins par secteur.....</i>	9
1.1.6 <i>La mise en place de la régulation libérale progresse</i>	10
1.1.7 <i>La réunion des CODAMU-PS a été parfois laborieuse et les cahiers des charges semblent avoir été difficiles à établir.....</i>	11
1.2 MAIS EN RÉALITÉ LA PERMANENCE DES SOINS N'EST PAS ENCORE CONSOLIDÉE	12
1.2.1 <i>La réalité de l'astreinte médicale est très contrastée.....</i>	12
1.2.2 <i>L'engagement des généralistes est variable selon les territoires.....</i>	13
1.2.3 <i>On observe partout une forte tendance au désengagement de la médecine libérale en seconde partie de nuit</i>	14
1.2.3.1 <i>Un désengagement croissant en seconde période de nuit.....</i>	14
1.2.3.2 <i>L'activité en seconde période de nuit est faible</i>	15
1.2.3.3 <i>Les effets de ce désengagement nocturne sont partiellement atténués.....</i>	15
1.2.3.4 <i>La tendance semble être à la stabilisation du nombre des intervenants et à une diminution des astreintes réalisées par médecin.....</i>	17
1.2.4 <i>Certains modes d'organisation de régulation des appels posent question</i>	18
1.2.4.1 <i>L'organisation de la régulation et l'orientation des appels sont diversifiés</i>	18
1.2.4.2 <i>La situation est insatisfaisante dans certains cas</i>	19
1.2.4.3 <i>La mise en place de régulations mixtes est bénéfique tant pour l'utilisateur que pour les généralistes.....</i>	22
1.2.5 <i>Les premiers résultats sont contrastés</i>	22
1.2.5.1 <i>L'organisation pour faire face aux pics d'activité est encore défaillante</i>	22
1.2.5.2 <i>Le bilan des maisons médicales est mitigé</i>	22
1.2.6 <i>La mobilisation d'autres acteurs que les généralistes est importante.....</i>	23
1.2.7 <i>Les liens entre l'activité de la permanence des soins et l'activité des urgences sont difficiles à mettre en évidence</i>	23
1.3 UN COÛT PLUS ÉLEVÉ	25
1.3.1 <i>Les dispositions conventionnelles de 2005 ont sensiblement renchéri le dispositif</i>	26
1.3.2 <i>Certains coûts devraient conduire à revoir des éléments du dispositif.....</i>	28
1.3.2.1 <i>Les astreintes en nuit profonde</i>	28
1.3.2.2 <i>Le coût de certaines maisons médicales de garde.....</i>	30
1.4 LE DISPOSITIF S'AVÈRE COMPLEXE ET FRAGILE	30
1.4.1 <i>Certains risques de blocage du fait du cadre réglementaire et contractuel subsistent.....</i>	30
1.4.1.1 <i>Des points de blocages ponctuels</i>	30
1.4.1.2 <i>La rigidité du cadre conventionnel</i>	31
1.4.2 <i>Le système de financement est complexe.....</i>	31
1.4.3 <i>La multiplicité des acteurs institutionnels complique la prise de décision</i>	32
1.4.4 <i>La coordination de la PDS avec les autres dispositifs reste à construire</i>	33
1.4.5 <i>Des ambiguïtés sémantiques entretiennent des pratiques hétérogènes.....</i>	33
1.4.6 <i>Le problème de la répartition des effectifs de médecins peut fragiliser le système à moyen terme</i>	34

DEUXIEME PARTIE – CONSOLIDER ET PERENNISER LA PERMANENCE DES SOINS.	36
2.1 LE CADRAGE NATIONAL DOIT ÊTRE CLARIFIÉ ET ADAPTÉ	37
2.1.1 <i>Il convient de s'en tenir à une définition précise de la permanence des soins</i>	37
2.1.2 <i>Le cadre de la PDS doit être clarifié</i>	37
2.1.2.1 Une distinction plus nette du rôle de l'Etat et de celui de l'assurance maladie	38
2.1.2.2 Un échelon régional unifié, qui définit les orientations, arrête les financements et évalue les réalisations	38
2.1.2.3 Un échelon départemental dont le rôle opérationnel est à renforcer	39
2.1.3 <i>Des adaptations de la réglementation et de l'avenant n°4 sont nécessaires</i>	39
2.1.4 <i>L'harmonisation des financements constitue un facteur d'amélioration de la permanence des soins</i>	41
2.2 LA COOPÉRATION DE TOUS LES ACTEURS DOIT ÊTRE ORGANISÉE LOCALEMENT	43
2.2.1 <i>Le préfet doit pouvoir débloquer rapidement certaines situations</i>	43
2.2.2 <i>Il doit être possible de s'appuyer sur d'autres effecteurs que les libéraux</i>	44
2.2.3 <i>L'organisation d'une régulation commune entre les médecins de ville et l'hôpital est un préalable à toute organisation efficace de la PDS</i>	45
2.2.4 <i>Le rapprochement des points de garde ou des maisons médicales avec les urgences constitue un élément positif pour le patient</i>	46
2.3 GARANTIR LA FIABILITÉ ET LA LISIBILITÉ DU DISPOSITIF	46
2.3.1 <i>Préciser les règles professionnelles et déontologiques minimales de la régulation et de l'effection</i>	46
2.3.1.1 Une régulation professionnalisée	46
2.3.1.2 Des médecins disponibles auprès de la régulation des appels	48
2.3.1.3 Vers l'adoption d'une démarche qualité	48
2.3.2 <i>La mise en œuvre du dispositif doit être évaluée et contrôlée</i>	49
2.3.2.1 L'évaluation locale en continu	49
2.3.2.2 Le suivi national	49
2.3.2.3 L'inscription éventuelle dans un régime d'autorisation	50
2.3.3 <i>L'organisation de la permanence des soins doit être lisible pour le grand public</i>	50
2.3.3.1 L'enjeu de la communication auprès du public	50
2.3.3.2 Retenir un numéro d'appel unique	51
CONCLUSION	52
ANNEXES	

INTRODUCTION

Par note en date du 29 septembre 2005¹, le ministre d'État, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, et le ministre de la santé et des solidarités ont demandé à l'inspection générale de l'administration (IGA) et à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de diligenter une mission commune aux fins d'évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire issu des dispositions des décrets des 15 septembre 2003 et 7 avril 2005 et des stipulations de l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins.

Cette mission s'inscrit dans un contexte bien précis. Traditionnellement l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire relevait de la profession elle-même : la participation au service de garde, tant la nuit que les dimanches et jours fériés, constituait en effet pour les praticiens une obligation déontologique ; il appartenait, par ailleurs, au conseil départemental de l'ordre de procéder, chaque mois, à la constitution du tableau des gardes et de veiller à l'accomplissement de leurs obligations par les praticiens ainsi mobilisés. Cette organisation a volé en éclat voici quelques années pour des motifs qui tiennent à la fois à la démographie médicale, aux revendications du corps médical relatives aux conditions de travail ou encore aux modalités d'indemnisation du service de garde. Dans bien des départements, on a pu assister ainsi, au cours des années 2001-2002 notamment, à un véritable mouvement de refus du service des gardes (abusivement qualifié de « grève des gardes » ou de « grève des urgences »). Le mouvement s'est traduit, le cas échéant, par le refus, parfois spectaculaire², de déférer aux réquisitions individuelles prononcées par le préfet pour garantir la permanence des soins.

D'ailleurs préparée par les réflexions du groupe de travail animé, à la demande du ministre de la santé, par M. Charles Descours, sénateur honoraire³, la réforme de l'organisation de la permanence des soins a donné lieu, successivement, au décret n° 2003-800 du 15 septembre 2003 et au décret n° 2005-328 du 7 avril 2005⁴ ainsi qu'à l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins⁵.

De cet ensemble, on peut déduire quatre principes directeurs quant à l'organisation de la permanence des soins :

1°) La permanence des soins revêt désormais le caractère d'une « mission d'intérêt général » à laquelle les praticiens libéraux sont appelés à participer, sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé (art. L. 6315-1). La participation à la permanence des soins s'opère ainsi sur la base du *volontariat* (art. R. 6315-4, al. 1^{er}) ; il appartient toutefois au conseil départemental de l'ordre des médecins de s'efforcer, en cas d'absence ou

¹ V. Annexe 1

² On a pu voir ainsi des praticiens refuser (voire déchirer) l'ordre de réquisition porté par les soins des services de police ou de gendarmerie ou encore des praticiens venir en groupe brûler devant la préfecture les ordres de réquisition qui leur avaient été notifiés.

³ *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*, rapport remis le 22 janv. 2003.

⁴ Les dispositions de ces deux décrets ont été insérées, depuis lors, sous les art. R. 6315-1 à R. 6315-7 de la nouvelle partie réglementaire du Code de la santé publique (V. Annexe 2).

⁵ Avenant n° 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janv. 2005, signé le 22 avril 2005 et approuvé par arr. du 26 mai 2005 (*J.O.*, 1^{er} juin) (V. Annexe 2).

d'insuffisance de médecins volontaires, de compléter les effectifs⁶ et, en cas d'échec, de saisir le préfet, lequel procède alors aux réquisitions nécessaires (art. R. 6315-4, al. 2)⁷.

2°) La permanence des soins s'exerce de vingt heures à huit heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés (art. R. 6315-1, al. 1^{er}). Elle est normalement assurée, d'une part, par des médecins libéraux de garde ou d'astreinte, d'autre part, par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins (*ibid.*) ; elle peut toutefois faire l'objet de modalités distinctes dans le cadre du cahier des charges départemental en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département (*ibid.*). La permanence des soins se traduit, selon les cas, par une consultation au cabinet du praticien (ou dans tel lieu déterminé : centre de santé, point de garde, maison médicale de garde) ou par une visite au domicile du patient (art. R. 6315-5). L'accès au praticien de garde ou d'astreinte fait l'objet d'une régulation préalable, qui relève normalement du Centre 15 du Service d'aide médicale urgente (SAMU) (art. R. 6315-3, al. 1^{er}) ; la régulation peut toutefois être assurée, dans le cadre d'une convention conclue avec l'établissement hospitalier siège du SAMU, par le centre d'appel des associations de permanence des soins sous réserve que celui-ci soit interconnecté avec le Centre 15 (*ibid.*, al. 2).

3°) La permanence des soins est organisée dans le cadre du département en liaison avec les établissements de soins publics et privés et en fonction des besoins évalués par le CODAMU-PS⁸ (art. R. 6315-1, al. 3)⁹. Le département est divisé en secteurs, dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques et démographiques et de l'offre de soins ; ces limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour tout ou partie de la permanence des soins, de manière à tenir compte des besoins de la population (*ibid.*, al. 4). La sectorisation est arrêtée par le préfet du département après avis du CODAMU-PS ; elle est soumise à un réexamen annuel (*ibid.*, al. 5 et 6). Les modalités d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges départemental arrêté par le préfet après avis du CODAMU-PS ; établi sur la base d'un cahier des charges-type fixé par arrêté du ministre chargé de la santé¹⁰, le cahier des charges départemental doit préciser non seulement les modalités d'organisation de la permanence des soins et, notamment, les modalités particulières qui dérogent à la réglementation nationale, mais également les indicateurs de suivi et modalités d'évaluation du dispositif ainsi que les conditions du recueil et du suivi des incidents (art. R. 6315-6).

⁶ Le conseil départemental doit à cette fin consulter les organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins exerçant en centres de santé représentés au niveau du département, ainsi que les associations de permanence des soins, et peut prendre l'attache des praticiens libéraux qui exercent leur activité dans les secteurs déficitaires.

⁷ Il convient de préciser, d'une part, que les obligations et engagements d'un praticien dans le cadre de la permanence des soins incombent, le cas échéant, au praticien qui le remplace (art. R. 6315-4, al. 3), d'autre part, que le conseil départemental de l'ordre peut exempter de la permanence des soins des praticiens en raison de leur âge, de leur état de santé ou des conditions de leur activité (*ibid.*, al. 4).

⁸ CODAMU-PS : Comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins.

⁹ L'organisation de la permanence des soins relève également des attributions de la mission régionale de santé, qui peut élaborer des propositions d'ensemble compte tenu de l'état de l'offre de soins et de l'évaluation des besoins de la population dans le cadre de la région ; la mission ne peut procéder toutefois qu'à de simples propositions transmises au préfet de chacun des départements composant la région (art. R. 6315-7).

¹⁰ Le ministère de la santé n'a pas procédé, depuis la publication du décret du 7 avril. 2005, à l'élaboration du cahier des charges-type.

4°) La permanence des soins donne lieu enfin à une couverture particulière de l'assurance maladie. Suivant les stipulations de l'avenant n° 4 à la convention nationale du 12 janvier 2005, les régimes d'assurance maladie participent, en premier lieu, au financement de la régulation : le praticien libéral qui concourt à la régulation des appels organisée par le SAMU bénéficie d'une rémunération égale à trois fois la valeur de la consultation (soit 60 €) pour toute heure effectuée la nuit, le dimanche et les jours fériés ; l'assurance maladie concourt également au financement de la formation à la régulation dans le cadre des mesures de formation professionnelle prévues par la convention nationale ainsi qu'au financement, si besoin est, de la responsabilité civile professionnelle encourue par le praticien du fait de son activité de régulation. L'assurance maladie prend en charge, en deuxième lieu, les consultations et visites effectuées dans le cadre de la permanence des soins moyennant l'application de majorations fixées par l'avenant¹¹. Il s'y ajoute une rémunération spécifique de l'astreinte normalement fixée à 150 € pour la nuit, le dimanche ou chaque jour férié¹². L'assurance maladie peut également intervenir, principalement par le canal du FAQSV¹³, pour le financement des autres éléments de la permanence des soins (maisons médicales de garde, organisation régionale de la permanence des soins, etc.).

C'est à l'appréciation de la mise en œuvre de ces mesures et de leur effet sur la continuité et la qualité des soins en dehors des périodes ouvrées que la mission d'inspection devait procéder.

Pour mener à bien sa tâche¹⁴, la mission d'inspection a rencontré, en premier lieu, les administrations centrales intéressées (notamment la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins [DHOS] et la direction de la sécurité sociale [DSS]), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et les organisations représentatives sur le plan national des praticiens libéraux, des médecins urgentistes et des établissements de santé publics et privés¹⁵. La mission a procédé, de même, à des déplacements dans dix départements (dont trois chefs-lieux de région)¹⁶. Dans chacun d'entre eux, elle a rencontré le préfet ainsi que la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, le conseil départemental de l'ordre des médecins, la (ou les) caisse(s) primaire(s) d'assurance maladie, le centre hospitalier siège du SAMU, les représentants des organisations de médecins et des associations de permanence

¹¹ L'avenant donne naissance ainsi à trois majorations : la majoration spécifique de nuit, applicable aux actes effectués de 20 h à 0 h et de 6 h à 8 h (soient 42, 50 € pour la consultation et 46 € pour la visite), la majoration spécifique de milieu de nuit (soient 51, 50 € pour la consultation et 55 € pour la visite) et la majoration spécifique de dimanche et jours fériés (soient 26, 50 € pour la consultation et 30 € pour la visite). Ces majorations s'appliquent aux actes effectués dans le cadre de la permanence de soins par le praticien de garde ou d'astreinte, par le praticien appartenant à une association de permanence des soins et au praticien qui, quoique non inscrit au tableau de permanence, accepte néanmoins d'intervenir à la demande du médecin régulateur.

¹² La rémunération de l'astreinte est fixée, plus précisément, à 50 € pour la première partie de la nuit (20 h à 0 h) et à 100 € pour la seconde partie de la nuit (0 h – 8 h) et à 150 € pour les dimanches et jours fériés pour la période courant de 8 heures à 20 heures. Elle est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence (ou par ensemble de secteurs mutualisés) et de 150 € par période de douze heures.

¹³ FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

¹⁴ On précisera qu'un rapport d'étape a été déposé, à la fin de l'année 2005, à la demande du ministère de la santé et des solidarités, rapport qui, fort des premiers constats opérés par la mission d'inspection, formulait la majorité des hypothèses de travail qui fondent le rapport définitif.

¹⁵ V. Annexe 3.

¹⁶ Soient l'Ardèche, le Calvados, la Haute-Garonne, l'Isère, la Manche, le Nord, l'Oise, le Pas-de-Calais, le Tarn et les Yvelines.

des soins, ainsi que les représentants des usagers¹⁷ ; elle a également pris contact, dans certains d'entre eux, avec le Service départemental d'incendie et de secours¹⁸.

Pour la clarté de l'exposé, on procèdera, dans un premier temps, à une évaluation de la permanence des soins à travers la mise en œuvre des règles issues des décrets des 15 septembre 2003 et 7 avril 2005 et de l'avenant n° 4 à la Convention nationale des médecins, avant de s'interroger plus avant sur les mesures qui peuvent être envisagées aux fins de consolidation et, plus encore, d'amélioration du dispositif.

¹⁷ En pratique, les dirigeants des associations de consommateurs et usagers représentées au sein des CODAMU-PS.

¹⁸ Tel a été le cas dans la Haute-Garonne, dans l'Isère et dans le Tarn.

PREMIERE PARTIE – LE DISPOSITIF EST INACHEVE

Les dispositions issues du décret du 7 avril 2005 et de l'avenant n°4 ont reçu application, au cours de la seconde moitié de l'année 2005, dans l'ensemble des départements de la métropole. Le bilan s'avère toutefois contrasté : l'état d'avancement du nouveau dispositif varie, parfois considérablement, d'un département à l'autre.

La mise en œuvre du nouveau dispositif s'est heurtée, en effet, à nombre de difficultés et s'avère ainsi, pour une part, inachevée. Qu'il s'agisse de la régulation des appels ou de la sectorisation, la réorganisation de la permanence des soins a dû s'accommoder, en pratique, à de multiples contraintes, dont certains acteurs ont su jouer.

La permanence des soins demeure de la sorte pour une large part à la fois complexe et fragile ; son coût, supporté principalement par l'assurance maladie, est élevé.

1.1 L'organisation de la permanence des soins revue en 2005 a dû composer avec le jeu des acteurs

Le nouveau dispositif de permanence des soins est l'objet d'un double pilotage de la part de l'Etat et de l'assurance maladie. Il a donc dû se déployer sous une double contrainte :

- celle de l'Etat qui, tout en préconisant une réduction du nombre de secteurs d'astreintes, souhaitait un aboutissement rapide de la mise en place du dispositif organisé par le décret du 7 avril 2005¹⁹ ;
- celle de l'assurance maladie qui pensait limiter les surcoûts prévus à l'avenant n°4 de la convention médicale à 60M€ par le biais « *d'une diminution drastique du nombre des secteurs ainsi qu'une baisse de 20% du nombre d'interventions la nuit liée au fonctionnement de la régulation* »²⁰.

1.1.1 La sectorisation a été complétée dans la plupart des départements, les nouveaux financements ont pu être mobilisés

A la fin décembre 2005, quatre vingt douze départements disposaient d'un arrêté de sectorisation, quatre étaient en cours de définition de leur arrêté²¹. Le paiement des généralistes dans le cadre de cette nouvelle sectorisation a été effectué de la manière suivante en janvier 2006 en France métropolitaine :

¹⁹ Lettres des 11 et 12 avril 2005 adressées par le ministre de la santé et des solidarités et le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie respectivement aux partenaires conventionnels et aux préfets de département. Les ministres formulaient le souhait d'une diminution des secteurs d'astreinte de moitié en seconde période de nuit (de minuit à huit heures du matin). Par la suite, dans un lettre datant de mai 2005, le ministre incitait les préfets à réunir les CODAMU-PS dans les meilleurs délais pour arrêter ou confirmer la sectorisation de la PDS.

²⁰ Cf : note DSS 2005 portant approbation de l'avenant n°4.

²¹ Source DHOS et CNAMTS. Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), pour sa part, indique au vu des résultats d'une enquête lancée auprès de tous les conseils départementaux en janvier 2006, que 98 départements disposent d'un arrêté de sectorisation

Ces données proviennent d'une enquête de la DHOS auprès des DDASS dont les résultats sont parvenus à la mi-février 2006. Un département n'a pas répondu (l'Aube)..., deux départements avaient « validé » leur sectorisation, mais la parution de l'arrêté n'était pas encore connue (l'Hérault et la Marne), la Guyane n'avait pas répondu à la question sur la date de prise de l'arrêté.

- 85 départements avaient mis en paiement les astreintes ;
- 9 départements étaient en cours de mise en paiement ;
- deux départements (Paris et la Seine-et-Marne) ne bénéficiaient pas de cette mise en paiement²².

Ces données nationales sont confirmées par la mission qui a pu observer dans tous les départements visités l'édiction des arrêtés préfectoraux organisant la permanence des soins et la mise en paiement des astreintes effectuées ainsi que l'illustre le tableau en annexe 4.

La mission relève que le paiement des astreintes est intervenu essentiellement à partir du troisième trimestre de l'année 2005. Elle souligne globalement la réactivité des Préfets et des DDASS qui ont réuni les CODAMU-PS en fin de premier semestre ou durant l'été 2005. Quasiment tout le territoire métropolitain, pour ce qui concerne la sectorisation, est ainsi couvert par le nouveau dispositif. Le règlement des astreintes et des actes régulés est également généralisé²³.

Formellement, le cadre de la permanence des soins est donc en place mais le caractère opérationnel du dispositif n'en est pas pour autant assuré.

1.1.2 L'objectif de réduction du nombre de secteurs n'a été que partiellement atteint

Pour l'instant les résultats observés ne correspondent pas aux objectifs visés par les partenaires conventionnels. Le nombre de secteurs recensés par l'Etat et la CNAMTS qui était de 3198 au 1^{er} janvier 2005²⁴ a en effet été ramené au 1^{er} janvier 2006 à :

- 2847 pour la périodes des dimanches et jours fériés ;
- 2862 en première partie de nuit ;
- 2626 en deuxième partie de nuit.²⁵

La diminution du nombre de secteurs en seconde partie de nuit est de 572 soit un taux de réduction de leur nombre de 18% seulement (ou de l'ordre de 25% si on intègre les toutes dernières données transmises à la mission). Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) estime, lui, que le nombre de secteurs n'a été réduit que de 8% entre le début 2005 et le début 2006²⁶. Cet échec relatif s'explique pour plusieurs raisons ; la réticence des médecins à sortir de leur aire géographique habituelle ou leur volonté de ne pas renoncer à la ressource d'une astreinte revalorisée, la spécificité géographique du secteur...

²² Egalement selon l'assurance maladie, à la mi décembre 2005 :

- 62 départements avaient réglé au moins une astreinte;
- 95 départements avaient remboursé au moins 10 majorations d'actes régulés ;
- 84 départements avaient versé au moins 50 majorations d'actes régulés.

²³ Sauf là où des CPAM contestent l'effectivité de la « re-sectorisation » et où la transmission des tableaux d'astreinte par les conseils de l'ordre est assurée tardivement.

²⁴ En début 2004 la DHOS recensait 3599 secteurs.

²⁵ En fin de mission, la DHOS a communiqué des résultats complémentaires .Sur 99 départements ayant répondu à une enquête de janvier 2006 on dénombrait:

- 2773 secteurs les dimanches et jours fériés,
- 2470 secteurs en soirée de 20H à 24H,
- 2343 secteurs de 24H à 8H.

²⁶ Selon l'enquête mentionnée en note 20. Le CNOM recense 2834 secteurs en début 2006 pour 3077 en début 2005 (3238 secteurs en 2004, 3770 en 2003) Le rapprochement des données de la DHOS et du CNOM est difficile à établir, en raison du léger décalage des enquêtes et du fait d'un découpage en secteurs en 2005 variable selon les périodes de PDS.

Le constat est moins sévère si on compare la situation actuelle avec celle qui prévalait au début 2004, dans ce cas de figure la diminution du nombre de secteurs est de 973.

1.1.3 Le taux de participation des médecins est important

Contrairement au sentiment véhiculé par certaines formes de contestation parfois virulentes, les données qui remontent des départements font apparaître un taux de participation important de médecins généralistes à la permanence des soins. Au 30 septembre 2005, 44 732 généralistes sur 58 516 étaient recensés comme volontaires pour assurer la permanence des soins²⁷, soit un taux de 76%. Ces données sont en partie corroborées par les résultats d'une enquête du Conseil de l'ordre des médecins, précitée et qui fait état d'une participation de 60% des médecins en exercice dans 85% des départements.

Toutefois les taux de participation sont très variables d'un département à l'autre.²⁸

1.1.4 Il n'y a pas de corrélation entre la démographie médicale et l'engagement dans la permanence des soins

On constate que le taux de participation des médecins à la permanence des soins dans un département n'est pas lié à la situation de la démographie médicale.

Comparaison entre le taux de participation des médecins et la densité médicale

Département Année	Population (Données Insee 2003)	Nombre de médecins en exercice	Nombre habitants par médecins	Taux de participation à la PDS.
Ardèche	294 933	259	1 139	91%
Calvados	659 893	588	1 122	99%
Haute-Garonne	1 102 913	1 652	668	42%
Isère	1 198 755	1 011	731	72%
Manche	484 967	421	1 152	63%
Nord	2 561 800	2 602	985	90%
Oise	776 999	664	1 170	49%
Pas de Calais	1 451 307	1 426	1 018	92%
Yvelines	1 370 443	1 155	1186	35%
Tarn	350 477	380	922	95%
Total France	61 309 920	58 516	1 047	76%

Source : DHOS et directions départementales des affaires sanitaires et sociales : retraitement IGAS.

1.1.5 On observe des disparités importantes quant à la taille des secteurs et au nombre de médecins par secteur

La sectorisation est très différente d'un département à l'autre et s'appuie sur des effectifs de médecins variant de manière importante par secteur.

²⁷ Source DHOS.

²⁸ Cela est développé dans le paragraphe 1.2.2 du présent rapport.

Taille des secteurs et nombre moyen de médecins par secteur

Département	Nombre moyen d'habitants par secteurs Dimanche et jours fériés	Superficie moyenne des secteurs en Km ² Dimanche et jours fériés	Nombre moyen de médecins par secteur Dimanche et jours fériés
Ardèche	7 562	143	6
Calvados	31 423	266	28
Haute-Garonne	20 053	115	13
Isère	15 462	108	16
Manche	23 094	286	13
Nord	21 710	49	20
Oise	24 281	184	10
Pas-de-Calais	19 612	90	18
Yvelines	58 818	90	16
Tarn	10 621	174	11
Total France	21 273	222	16

Source : DHOS, données de décembre 2005.

Ce tableau montre que le découpage ne se fonde pas uniquement sur des critères sanitaires et/ou socio-démographiques. Le nombre des secteurs est bien davantage le résultat du jeu des acteurs locaux de la permanence des soins qui peut être différent d'un département à l'autre.

D'autres considérations légitimes peuvent influencer sur ce découpage comme l'accessibilité de certains territoires enclavés et (ou) le caractère saisonnier de leur peuplement.

1.1.6 La mise en place de la régulation libérale progresse

Dans 76 départements²⁹, à la fin 2005, les médecins libéraux organisent ou participent à la régulation de l'activité de permanence des soins. Au 30 avril 2004, les médecins libéraux ne participaient à la régulation que dans 69 départements.³⁰

De nouvelles implantations ont vu le jour (comme dans le département du Nord) ou des organisations existantes ont été renforcées (comme dans la Manche par déport sur le standard de « SOS-médecins » à Cherbourg). Huit départements sont par ailleurs en cours de réflexion sur la relance³¹ ou la mise en place d'une régulation faisant appel à des généralistes. Il faut ajouter à ces départements, ceux de Midi-Pyrénées qui sont partiellement régulés par un dispositif à vocation régionale³².

Les effets de l'avenant n°4 commencent à se faire sentir en termes de financement de la régulation en 2005 à partir de la fin de l'année, comme l'illustre le tableau joint.

²⁹ Le CNOM estime, lui, le nombre de départements concernés à 74. Source enquête nationale, février 2006.

³⁰ Source DHOS.

³¹ En Dordogne pour la réactivation de la régulation libérale. Les départements en projet sont : l'Ardèche, le Cantal, les Landes, Le Loir-et-Cher, Le Loiret, la Haute-Saône, l'Yonne.

³² Notamment l'Ariège, l'Aveyron, le Lot, le Tarn régulés partiellement par une association : l'ARMEL qui indique couvrir 70% de la population de la région Midi-Pyrénées.

Evolution du financement de la régulation libérale en 2005

Mois de règlement.	Nombre de forfaits REG payés en 2005
De janv-05 à juil-05	0
août-05	327
sept-05	2 536
oct-05	2 830
nov-05	5 753
déc-05	12 307
TOTAL	23 753

Source : CNAMTS, données de février 2006.

La régulation libérale étant encore largement financée, jusqu'à la fin 2005, par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville [FAQSV] (et plus rarement par la dotation nationale des réseaux [DNDR]), ces données doivent être appréciées à l'aune du changement de système de rémunération³³.

La régulation, qui existe dans tous les départements visités jusqu'à présent par la mission, est un point fort de la permanence des soins. Elle évite une mobilisation intempestive des effecteurs de terrain, elle permet d'orienter l'usager et, lorsqu'elle s'effectue en pleine coopération avec les SAMU, elle contribue à répartir de façon optimale les appels. En raison de son mode de financement, la régulation demeure toutefois fragile et suscite fréquemment une vive inquiétude chez les partenaires locaux.

1.1.7 La réunion des CODAMU-PS a été parfois laborieuse et les cahiers des charges semblent avoir été difficiles à établir

Le positionnement et le jeu des acteurs ont eu un impact sur l'organisation des CODAMU-PS qui, dans certains départements, n'ont pu être réunis facilement.

Il en est découlé une publication des cahiers des charges variable dans le temps ; au 1^{er} janvier 2006, 74 cahiers des charges avaient fait l'objet d'un arrêté. A la même date, 89 départements avaient élaboré leur cahier des charges et 86 d'entre eux avaient validé ces cahiers des charges³⁴. Par ailleurs, l'observation du contenu des cahiers des charges dans les départements visités révèle une grande hétérogénéité des pratiques. Souvent ce document présente un aspect plus formel qu'opérationnel.

Concernant la régulation, il existe des protocoles communs aux SAMU³⁵, en revanche il n'y a pas de support méthodologique équivalent commun à l'ensemble des régulations libérales.

³³ Comme dans le Pas-de-Calais ou en région Midi-Pyrénées.

³⁴ Source DHOS, février 2006. Le CNOM lui, au vu des résultats de son enquête de janvier 2006, indique que 13 départements n'ont pas encore de cahiers des charges.

³⁵ SAMU de France a remis à la mission un exemplaire de son guide des bonnes pratiques.

1.2 Mais en réalité la permanence des soins n'est pas encore consolidée

Malgré d'incontestables avancées, permises par le décret du 7 avril 2005 et par l'avenant n°4 de la convention médicale et bien que des progrès réels aient été observés par la mission en matière d'organisation du dispositif, on constate un désengagement partiel de la médecine libérale. En dépit d'apports financiers non négligeables et d'une très forte implication des services de l'Etat et de l'assurance maladie, bien souvent, le cadre réglementaire et conventionnel prévu pour la permanence libérale des soins n'est pas respecté dans sa totalité. Partout des adaptations ont dû être négociées avec les acteurs locaux. Le dispositif local est souvent fragile.

Les bénéfices attendus (désengorgement des urgences hospitalières, service médical rendu à la population, coût pour la collectivité) de la bonne marche de ce dispositif, là où il est en place, sont encore incertains. Schématiquement, dans les 10 départements visités, deux fonctionnaient correctement, deux rencontraient des difficultés importantes et les six autres présentaient une situation variable selon les secteurs d'astreinte.

1.2.1 La réalité de l'astreinte médicale est très contrastée

Dans la plupart des départements visités, la couverture des secteurs n'est pas complète.

On rencontre les principaux cas de figure suivants :

- La présence de secteurs qualifiés de « zones blanches » où il n'y a aucun effecteur participant à l'astreinte, qui peuvent couvrir la quasi totalité du département (Seine-Saint-Denis) ou n'en concerner qu'une partie (comme dans le Tarn ou en Haute Garonne) ;
- Des secteurs où la permanence des soins n'est pas assurée à certaines périodes, comme dans la Manche, les Yvelines ou l'Oise (en soirée, certains jours de la semaine ou à certains moments de l'année) ;
- Des tableaux d'astreinte structurellement incomplets ; ce phénomène a d'ailleurs été souligné par le Conseil national de l'ordre des médecins qui, dans une enquête de février 2006, recensait dans 17 départements³⁶ l'incomplétude des tableaux d'astreinte.

Le taux de couverture des astreintes peut ainsi être très variable. Dans une région comme celle du Nord-Pas-de-Calais la couverture des tableaux d'astreinte est de 45% dans le Nord et de 75% dans le Pas-de-Calais³⁷. En sens inverse certains médecins ne s'inscrivent pas sur un tableau de garde mais sont bien présents et disponibles pour leur clientèle etc.

Quelques exemples dans des départements visités confirment cette appréciation :

- en Haute-Garonne, le week-end du 19 au 21 novembre 2005, 39 astreintes ont été réglées pour 52 secteurs³⁸ ;
- dans l'Oise, le tableau prévisionnel des astreintes ne concerne qu'un seul secteur la soirée du samedi 7 janvier 2006, il prévoit la couverture de 10 astreintes la journée du dimanche 8 janvier 2006 et passe à une prévision de deux astreintes pour la soirée du même jour ;

³⁶ 22 en 2005 selon une enquête réalisée cette année là.

³⁷ Source DDASS et documents MRS ; calcul effectué en comparant le nombre d'astreintes versées et le nombre d'astreintes prévisionnelles. Un autre tableau de la MRS fait état d'un taux de participation de l'ensemble des généralistes de 31% dans le Nord et de 61% dans le Pas de Calais.

³⁸ La CPAM indique qu'en 2005, 346 médecins ont perçu des astreintes en couvrant en moyenne 47 secteurs sur 52.

- dans le Tarn, pour le week-end du 19 au 21 novembre 2005, 27 astreintes pour 32 secteurs ont été remboursées en journée et 18 pour 22 secteurs en seconde partie de nuit ;
- dans la Manche, le montant des astreintes versées a diminué de moitié entre 2005 et 2004 pour la période d'août à septembre, un seul secteur étant organisé selon la CPAM de ce département.

La mission s'inquiète de cet état de fait. La régulation libérale ou les SAMU- centres 15 ne sont pas assurés de trouver, dans certains secteurs, un praticien disponible pour assurer la couverture de la permanence des soins sans que pour autant des solutions alternatives à l'absence d'un généraliste aient été adoptées. Il y a là un risque pour le patient, et les régulateurs se trouvent placés dans une situation inconfortable voire périlleuse. Par ailleurs, l'Etat pourrait être tenu responsable d'éventuels dysfonctionnements liés aux carences de l'organisation.

1.2.2 L'engagement des généralistes est variable selon les territoires

Il subsiste encore une différence, qui tend à s'estomper, entre la pratique de la médecine rurale et de la médecine urbaine³⁹.

Dans les villes importantes, les généralistes ont largement déserté la permanence des soins, cet état de fait n'est pas nouveau. On prendra l'exemple des villes de Grenoble et de Toulouse, largement suivi dans les grandes agglomérations, où 20 médecins sur 244 installés pour la première et 13 médecins sur 548 installés pour la seconde participent à la permanence des soins.⁴⁰Certains départements de la région parisienne offrent des exemples analogues.

En milieu rural, la participation aux astreintes est une référence d'autant plus forte que les patients ont peu de solutions alternatives. Ce constat effectué dans quelques départements, n'est cependant pas général. Ainsi en Savoie le taux de participation est homogène sur l'ensemble du département⁴¹.Le renouvellement des générations va modifier cet état de fait.

Il faut aussi tenir compte de l'effet d'entraînement joué par les « leaders » d'opinion. Dans les départements où des responsables des coordinations de médecins ou d'organisations syndicales ont été particulièrement actifs (comme la Manche), le paysage de la permanence des soins a été fortement remanié, voire bouleversé ; dans d'autres (comme le Tarn), sous la houlette du Conseil départemental de l'ordre des médecins, le corps médical ne conçoit pas qu'il puisse s'exonérer, au moins partiellement, de cette responsabilité.

Quelle que soit l'analyse par secteurs, on observe une différence entre le nombre de médecins participant réellement à la permanence des soins et le nombre de médecins en exercice.

³⁹ L'enquête « astreintes » de la CNAMTS du 16 avril 2004 mentionne que « 52,5% des généralistes qui ont été d'astreinte la nuit du 16 octobre, du 18 octobre ou le dimanche 19 octobre 2003 sont installés en zone rurale alors que c'est le cas seulement de 24,8% des généralistes ». Ou indiqué autrement, sur les 75,2% des généralistes exercent en zone urbaine 47,5% d'entre eux ont été d'astreinte aux périodes indiquées.

⁴⁰ En rappelant, que dans les grandes agglomérations, l'existence d'associations de type « SOS-médecins » permet à la population de disposer d'une offre libérale aux horaires de permanence des soins.

⁴¹ Source : Résultat d'une enquête réalisée par l'URML de Rhône-Alpes en 2004 et l'URCAM de Midi-Pyrénées en 2005 (données 2004).

Répartition du nombre de médecins ayant perçu au moins une astreinte en 2005 par département

Département Année 2005	Nombre de médecins en exercice	Nombre de médecins ayant perçu au moins une astreinte du régime général	Nombre habitants par médecin généraliste.	Taux déduit de participation à la PDS en fonction des astreintes versées.	Taux de participation à la PDS déclaré par les DDASS.
Ardèche	259	98	1 139	37,8%	91%
Calvados	588	242	1 122	41,16%	99%
Haute-Garonne	1 652	447	668	27%	42%
Isère	1 011	652	731	64,5%	72%
Manche	421	234	1 152	55,6%	63%
Nord	2 602	1245	985	47,8%	90%
Oise	664	261	1 170	39,3%	49%
Pas de Calais	1 426	969	1 018	68%	92%
Yvelines	1 155	61	1 186	5,3%	35%
Tarn	380	304	922	80%	95%
France entière.	58 516	27340	1 047	46,7%	76%

Source : CNAMTS et DHOS ; retraitement mission IGAS

Dans l'interprétation de ce tableau, il faut prendre en compte le fait que :

- toutes les astreintes n'ont probablement pas été présentées au remboursement⁴² ;
- des généralistes ne demandent pas le versement d'astreintes tout en participant à la permanence des soins⁴³ ;
- des départements n'ont bénéficié du remboursement des astreintes qu'à partir du quatrième trimestre 2005.

1.2.3 On observe partout une forte tendance au désengagement de la médecine libérale en seconde partie de nuit

1.2.3.1 Un désengagement croissant en seconde période de nuit

Le fonctionnement de la permanence des soins est différent selon qu'elle est assurée les nuits, les week-end ou les jours fériés. Dans tous les départements visités, la tendance est au désengagement de la médecine libérale en seconde période de nuit⁴⁴. Selon les remontées d'information nationales, sur 88 départements ayant renseigné cette rubrique, 468 secteurs sur 2186 n'étaient pas couverts par un médecin libéral d'astreinte en seconde période de nuit⁴⁵.

Comme cela a été relevé dans l'observation du fonctionnement du dispositif, des tensions peuvent exister aussi dans l'exercice de la permanence des soins en début de nuit⁴⁶.

⁴² Dans l'enquête « astreintes » du 16 avril 2004 de la CNAMTS déjà citée, il est indiqué que 65 à 69% des médecins avaient demandé le paiement des astreintes au 15 janvier pour des astreintes réalisées en octobre.

⁴³ Les données de la note de bas de page précédentes peuvent aussi concerner ce cas de figure.

⁴⁴ Même dans un département comme le Pas-de-Calais où subsiste une couverture complète de la permanence des soins dans beaucoup de secteurs, les généralistes rencontrés formulent le souhait de ne plus être mobilisés la nuit.

⁴⁵ Source DHOS. Ce constat est fait aussi par les SAMU. Dans une réponse à une enquête réalisée par un prestataire externe à la demande de la DHOS en fin 2005, 21% des SAMU interrogés indiquent que « plus de la moitié des secteurs médicaux existent sans effecteur de la PDS à partir de minuit ».

⁴⁶ Comme dans la Manche en particulier dans le secteur de Saint-Lô.

Par contre les samedis, dimanches et jours fériés on observe généralement une implication plus importante de la médecine libérale.

1.2.3.2 L'activité en seconde période de nuit est faible

Parmi les raisons justifiant ce désengagement par certains représentants des généralistes, la faible activité constatée en seconde période de nuit est un argument réel. (cf. *infra* 1.3.2) La mission régionale et interdépartementale de contrôle et d'évaluation (MRIICE)⁴⁷ de Basse-Normandie pour l'année 2003 avait mis en parallèle les actes effectués la nuit et le nombre d'effecteurs ainsi que cette activité avec celle des urgences. Au total on peut estimer avec elle que des moyens importants sont mobilisés de nuit pour une activité plutôt faible.

Le tableau joint présente la situation de l'époque dans le département du Calvados.

Activité moyenne nocturne des urgences et des médecins généralistes dans le Calvados en 2003

Secteurs/périodes	Moyenne sur un mois pour les urgences et moyenne annuelle pour les généralistes	Début et fin de nuit 20h-23h : urgences 20h-24h et 6H-8H : généralistes	Nuit profonde. 23h-8h : urgences 0h-6H :généralistes
Plateau Caennais et zone SOS médecins	Nombre de passages. (4 services d'urgences et 5 urgentistes minimum)	37	26
	Consultations et visites : (de 3 à 10 généralistes)	34	10
Secteur hors Caen et SOS	Nombre de passages. (6 services d'urgence)	37	19
	Consultations et visites. (25 généralistes)	30	6

Source : Bilan d'évaluation de la permanence des soins en médecine ambulatoire-30 juin 2004. MRIICE.

1.2.3.3 Les effets de ce désengagement nocturne sont partiellement atténués

Les effets de ce désengagement sont partiellement atténués au yeux de la population pour trois raisons principales :

- *des organisations d'effecteurs du type « SOS-médecins » couvrent une partie non négligeable de la population la nuit, le week-end et les jours fériés en zone urbaine.*

Le tableau joint et portant sur les données 2004 illustre le phénomène pour ce qui concerne les visites à domicile.

⁴⁷ Mission régionale et interdépartementale de contrôle et d'évaluation.

Bilan des visites effectuées en 2004 (SOS médecins présumés versus autres omnipraticiens)

	Majorations de début et fin de nuit		Majorations de milieu de nuit		Majorations de dimanches et jours fériés	
	Effectif de médecins*	Nombre de majorations	Effectif de médecins	Nombre de majorations	Effectif de médecins	Nombre de majorations
Autres omnipraticiens	40 526	767 512	29 343	265 522	43 980	1 144 675
SOS médecins présumés	803	481 185	779	205 634	802	461 436
Total	41 329	1 248 697	30 122	471 156	44 782	1 606 111
Part de SOS médecins présumés	1,9%	38,5%	2,6%	43,6%	1,8%	28,7%

Source : CNAMTS, champ d'études : SNIR-PS 2004, omnipraticiens actifs au 31/12/2004 en France métropolitaine

- Nombre de médecins ayant effectué au moins une majoration de ce type en 2004.

Ainsi selon les services de la CNAMTS en 2004, alors qu'ils représentent moins de 3% des effectifs de médecins, les « médecins de SOS » ont pris en charge :

- ❖ 38,5% des visites de début ou fin de nuit (20h-24h et 6h-8h)
- ❖ 43,6% des visites de milieu de nuit (0h-6h)
- ❖ 28,7% des visites de dimanches et jours fériés.

➤ *Un certain nombre de généralistes restent disponibles pour leurs patients.*

Cette affirmation de représentants des praticiens auprès de la mission est corroborée par des données récentes ainsi que par une étude de la CNAMTS datant de 2003⁴⁸. Selon les données recueillies par le régime général auprès des 49 départements ayant versé des astreintes revalorisées les dimanche d'octobre 2005 :

- la part des consultations régulées est de près de 30% (8 373 consultations régulées pour 19 603 consultations non régulées) ;
- la part des visites régulées est de 40%.

Ces données recourent les propres informations de la mission comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Actes régulés par la PDS et non régulés (hors PDS) effectués le dimanche 20 novembre 2005

Département	Actes régulés		Actes non régulés		Pourcentage d'actes non régulés
	Total	Dont visites	Total	Dont visites	
Haute-Garonne	68	60	66	66	49%
Isère	109	96	135	79	55,5%
Oise*	91		93	63	50,5%
Tarn	43	19	67	37	60,9%

(Source CPAM des départements visés. Actes remboursés au titre des majorations servies hors ou au titre de la régulation de la PdS, activité de SOS médecins incluse).

- Les données de ce département sont à interpréter avec prudence car la période 0H-8H n'est pas précisément rapportée au dimanche matin pour une CPAM.

⁴⁸ Point de conjoncture n°16-17 Septembre 2003. Cette étude mentionnait la production en nombre non négligeables d'actes réalisés pendant la période de permanence des soins par des omnipraticiens ne participant pas à la permanence des soins. Ainsi le dimanche 16 mars 2003, la part des actes était effectuée par les médecins d'astreinte était seulement de 36,9% de l'ensemble des actes pratiqués et de 35,4% le dimanche 23 mars 2003.

Ce constat laisse à penser que l'intervention non régulée de généralistes auprès de leurs patients habituels joue un rôle d'amortisseur des problèmes de la PDS observés, en particulier, en milieu de nuit.

➤ *Partout l'hôpital reste le dernier recours des patients sans autre réponse médicale.*

Cette solution est ici organisée, là, subie selon les départements.

1.2.3.4 *La tendance semble être à la stabilisation du nombre des intervenants et à une diminution des astreintes réalisées par médecin*

Les deux tableaux joints présentent l'évolution du nombre de généralistes indemnisés pour les astreintes effectuées ainsi que le nombre total d'astreintes rémunérées.

Nombre de praticiens ayant perçu des astreintes et nombre d'astreintes versées de 2003 à 2005

Année	Nombre d'omnipraticiens ayant touché au moins une astreinte.	Omnipraticiens ayant touché de 1 à 4 astreintes	Omnipraticiens ayant touché de 5 à 29 astreintes	Omnipraticiens ayant touché de 30 à 99 astreintes	Omnipraticiens ayant touché 100 astreintes et plus
2003	26 608	3 092	10 599	10 447	2 470
2004	27 175	3 350	10 755	11 105	1 965
2005	27 340	4 180	11 607	9 937	1 616

Source : CNAMTS. Situation au 1^{er} février 2006 concernant les astreintes rémunérées en 2005

Nombre d'astreintes rémunérées

Années	Nombre total d'astreintes rémunérées	Nombre moyen d'astreintes rémunérées par omnipraticien
2003	1 121 869	42,2
2004	1 071 316	39,4
2005	958 313	35

Source : CNAMTS : Situation au 1^{er} février 2006 concernant les astreintes rémunérées en 2005

Le nombre de médecins participant à la permanence des soins en 2005 n'a pas baissé par rapport aux années précédentes. Si l'on observe entre 2004 et 2005 à la fois une diminution du nombre de médecins qui assurent des astreintes (moins 10% entre 2004 et 2005) et une diminution du nombre moyen d'astreintes assurées par médecin, il faut rester prudent sur l'interprétation de ces chiffres encore provisoires.

En raison des retards de transmission de leurs états par les médecins libéraux à l'assurance maladie, les comparaisons ne peuvent être effectuées à ce stade. Il faudra attendre les résultats enregistrés en année pleine en 2006 par rapport à ceux de 2004 et 2003 pour mesurer exactement l'engagement des médecins. Les données devront alors être croisées avec l'état de la sectorisation. Une diminution du nombre de secteurs devrait conduire à une réduction de la fréquence des astreintes par médecin.

C'est avec ce recul nécessaire qu'il sera possible d'apprécier le degré de réinvestissement des généralistes dans la permanence des soins, comme l'ont évoqué certains interlocuteurs médicaux de la mission. A ce stade, si l'on rapproche les données propres à la PDS ci-dessus de l'ensemble de l'activité des médecins, on conclut à une grande stabilité de

la pratique médicale ces deux dernières années en dépit de l'impression de bouleversements que l'on pourrait avoir par ailleurs.

Nombre moyen d'omnipraticiens exerçant certains jours de la semaine en 2004 et 2005

Situation France entière	Nombre moyen omnipraticiens ayant effectué au moins un acte en 2004	Nombre moyen omnipraticiens ayant effectué au moins un acte en 2005	Nombre moyen d'actes par médecin en 2004	Nombre moyen d'actes par médecin en 2005
Samedi	38 543	39 113	10,2	10,5
Dimanche	9 196	9 093	4,4	4,9
Jour férié	8 566	9 444	4,9	4,5

Source : CNAMTS

Cette similitude de l'activité et du nombre de médecins ayant réalisé au moins un acte se retrouve dans quasiment tous les départements et en particulier ceux visités par la mission⁴⁹. Si la tendance observée en 2005 le dimanche et jours fériés se poursuivait en 2006 on constaterait alors une stabilisation de l'activité des généralistes à ces périodes de permanence des soins alors que depuis l'année 2000 elle tendait à la baisse.⁵⁰

1.2.4 Certains modes d'organisation de régulation des appels posent question

1.2.4.1 L'organisation de la régulation et l'orientation des appels sont diversifiés

➤ Il existe plusieurs types de régulation.

La mission a observé plusieurs modalités d'organisation de la régulation, le tableau joint décrit le type de régulation rencontrée dans les départements visités.

Nature des régulations des appels observées par la mission dans les départements visités

Département	Régulation commune 15/libéraux	Régulation éclatée entre divers opérateurs	Régulation libérale autonome	Commentaires
Ardèche				Régulation mixte en projet en 2006.
Calvados	OUI			
Haute-Garonne		OUI	OUI	Trois régulations libérales coexistent .
Isère	OUI			Difficultés Responsable SAMU/libéraux.
Manche	OUI			La régulation la nuit est prévue au standard SOS à Cherbourg.
Nord	OUI			Projet opérationnel depuis décembre 2005.
Oise	OUI			
Pas-de-Calais			OUI	
Yvelines	OUI			Régulation mixte existant depuis les années 1980.
Tarn		OUI	OUI	Les généralistes peuvent recourir soit au 15 soit à une association de libéraux.

Source : IGAS

⁴⁹ Voir en annexe , l'activité réalisée les dimanche et jours fériés par les généralistes dans les départements visités par la mission.

⁵⁰ Le nombre moyen de généralistes ayant au moins exécuté un acte les dimanche et jours fériés était de 15 714 en 2000, 12 862 en 2001, 11 827 en 2002, 9 978 en 2003. Source, mission de l'IGAS « Continuité et permanence des soins des médecins libéraux pendant la canicule de l'été 2003 » d'après les statistiques transmises par la CNAMTS.

- *La réponse aux appels est tributaire des moyens de terrain existants et de leur degré d'organisation.*

Cette affirmation est une évidence, mais il est intéressant à travers le tableau joint d'illustrer la réalité observée.

Nature du traitement des appels par la régulation le week-end du 7 au 9 janvier dans trois départements visités par la mission

Département.	Oise	Pas de Calais		Tarn	
	SAMU et régulation libérale	SAMU	Régulation libérale : « CRRAL »	SAMU	Régulation libérale : « ARMEL »
Conseil téléphonique	441	266	484	75	122
Orientation vers consultations PDS	70	13	596	183	41
Déclenchement d'une visite PDS			105		45
Orientation vers les urgences	426		31		3
Transports sanitaires privés PDS	181	244		97	
Moyens du SDIS	315	555		100	
SMUR	112	212		39	
Transfert appel vers autre régulation			67		3
Autres		94		203	
Total	1545	1384	1283	697	214

Source : DDASS, retraitement IGAS.

1.2.4.2 La situation est insatisfaisante dans certains cas

La mission, a relevé, à partir des constats de terrain, une série de problèmes et d'incohérences qui affectent le bon fonctionnement de la régulation et partant, amoindrissent la lisibilité du système de permanence des soins pour l'utilisateur et les professionnels.

- *L'existence de plusieurs types de régulation libérale dans un même département.*

Cette situation est rencontrée en Midi-Pyrénées dans les deux départements visités par la mission.

Dans le Tarn, selon la DDASS, une moitié des généralistes a opté pour une régulation de l'orientation des appels par le SAMU-centre 15, l'autre a opté en faveur de l'association de libéraux « ARMEL ». Le SAMU-centre 15 est amené à réguler des appels libéraux sans moyens médicaux complémentaires. Le comble de la confusion (pour les usagers) est atteint en Haute-Garonne ; une association de libéraux « Régul 31 » fonctionne dans les locaux du SAMU-centre 15 ; l'association « ARMEL » déjà mentionnée régule, dans ses propres locaux, pour les généralistes avec qui elle a passé convention. Enfin « SOS-médecins » assure sa propre régulation.

Ce type d'organisations éclatées ne peut qu'être source de difficultés. La mission s'étonne que ces montages incohérents aient été autorisés et, qui plus est, financés.

➤ *Le paiement d'astreintes de régulation non justifiées.*

La mission, dans le même département de Haute-Garonne ainsi qu'en Isère, a constaté que la structure « SOS-médecins » bénéficiait du financement d'astreintes pour assurer en fait sa propre régulation en échange d'une interconnexion avec le SAMU. Dans ce cas de figure, cette organisation a bénéficié d'un véritable effet d'aubaine

Par contre, la situation de la Manche, où le standard de « SOS médecins » est mis à disposition de généralistes qui assurent la régulation libérale en interconnexion avec le centre 15, est conforme à la lettre et à l'esprit de la réglementation.

➤ *Le signalement de pratiques qui posent question.*

L'absence de protocoles communs à l'ensemble de la régulation libérale, à la différence du réseau des SAMU de France a pour corollaire des pratiques hétérogènes d'une équipe de régulation à l'autre.

Certaines situations, peuvent être critiquées. Parmi les problèmes évoqués par plusieurs interlocuteurs de la mission, surtout lorsque les régulations hospitalières et libérales fonctionnent séparément, on peut noter :

- les divergences entre les régulations (ce que les responsables de SAMU appellent la contre régulation) ;
- la non transmission au SAMU des coordonnées des généralistes d'astreinte par certaines régulations libérales ;
- une régulation « à la carte » conduisant, selon le vœu du médecin, soit à ne jamais être mobilisé soit au contraire à se faire adresser tous les patients qui appellent ;
- des prescriptions téléphoniques sans transmission d'informations suffisantes par le régulateur au pharmacien de garde ;
- la réticence, voire le refus d'assurer des visites après minuit ;
- la pratique justement stigmatisée par l'ordre national des médecins de certains centres de régulation qui se contentent de donner au patient le numéro de téléphone du médecin supposé être d'astreinte ;
- les modes de choix qui peuvent être arbitraires dans la désignation des régulateurs libéraux ;

➤ *L'engorgement de certaines régulations est un sujet de préoccupation.*

Qu'il s'agisse d'une régulation libérale autonome, d'une régulation mixte ou d'une régulation assurée exclusivement par le SAMU, des interlocuteurs de la mission, dans certains départements⁵¹, ont évoqué le problème de l'engorgement de la régulation qui n'est pas en

⁵¹ Il s'agit notamment de la régulation libérale dans le Pas-de-Calais, du centre 15 dans le Tarn. Egalement au vu des résultats de l'enquête (déjà citée dans le rapport) et réalisée par un prestataire extérieur à la demande de la DHOS auprès des SAMU, on notera que ces structures :

- pour 93% d'entre elles, indiquent avoir observé une augmentation de l'activité au cours des trois dernières années notamment du fait de « l'absorption de la PDS de médecine ambulatoire » ;

mesure de traiter tous les appels rapidement. Il est fait état d'une attente parfois de dix, voire, vingt minutes. C'est un vrai sujet de santé publique.

L'origine des difficultés observées serait liée à un sous-effectif de permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) (exemple du Pas de Calais) et (ou) de médecins régulateurs (exemple du Tarn). Les difficultés peuvent provenir également de l'insuffisance de l'outil technique (autocommutateur vétuste ou fonctionnalité inadaptée, locaux etc). Cela explique par exemple que la mission n'ait qu'occasionnellement pu disposer des données du 15 (par exemple celle relatives aux « appels perdus »).

Ces difficultés s'expriment, qui plus est, dans un contexte de sollicitation croissante de ces deux types de régulation⁵².

➤ *Des problèmes de financement subsistent*⁵³.

L'avenant n° 4 à la convention médicale, prévoit que la régulation est financée par l'assurance maladie pour les périodes de permanence des soins. Le passage du financement sur le risque est un élément de pérennité de la régulation.

Toutefois, les dispositions conventionnelles et en partie réglementaires sont venues dans certains cas contrecarrer des pratiques antérieures à l'adoption de l'avenant n° 4 et qui étaient, pour certaines, acceptées par le FAQSV. Il s'agit :

- de l'absence de financement de la régulation les samedis après-midi et à fortiori lorsqu'elle fonctionne 24H/24 ;
- du versement du montant des astreintes horaires aux seuls médecins libéraux en excluant des médecins salariés ;
- de l'absence de possibilité de financement des permanenciers auxiliaires régulateurs médicaux (PARM) sur le risque ;
- de la question posée par une interprétation très stricte de l'avenant conventionnel et visant à limiter le nombre de régulateurs libéraux présents simultanément.

Le risque d'interruption en 2006 de la couverture par le FAQSV de postes de dépenses non reconnus par l'avenant n° 4 a suscité de nombreuses inquiétudes parmi les interlocuteurs de la mission⁵⁴. Par ailleurs, certains médecins voudraient voir considérée comme une période de permanence des soins l'interruption de leur activité au moment des repas ou à d'autres moments de la journée. Sur le bien fondé de ces attentes, la mission tient à opérer une distinction entre ce qui relève de la permanence des soins et de la continuité des soins.

-
- pour 75% d'entre elles, estiment que l'activité continuera à augmenter en raison de la prise en charge de la PDS et de la croissance de la population ;
 - estiment pour 20% d'entre elles que l'activité a atteint un seuil et va se stabiliser ;
 - mentionnent que le conseil médical et la permanence des soins représentent près de la moitié des affaires.

⁵² Se reporter à l'annexe 5 du rapport.

⁵³ Cette question relative à certains blocages persistants malgré les apports du décret du 7 avril 2005 et de l'avenant n° 4 à la convention médicale est reprise en partie 1.4 du rapport.

⁵⁴ Néanmoins lors d'une réunion du 21 décembre 2005, le comité national de gestion du FAQSV s'est prononcé pour la poursuite en 2006 « du financement de ces dispositifs en proposant de limiter cette aide aux seules activités de régulation libérale organisée par le SAMU...tout en complétant le maillage des dispositifs de façon à disposer d'une régulation libérale sur l'ensemble du territoire, courant 2006 »

1.2.4.3 La mise en place de régulations mixtes est bénéfique tant pour l'usager que pour les généralistes

L'existence d'une régulation mixte (ou au moins réellement coordonnée) entre le SAMU et les libéraux est un gage d'efficacité de la permanence des soins. Elle permet de la souplesse, de la coordination et de la transparence dans toute la palette des réponses qui peuvent être apportées aux demandes de l'usager.

La mise en place de la régulation est appréciée par les médecins exerçant en zone rurale. Pour ces praticiens, la nouvelle organisation de la permanence des soins est vécue comme un allègement réel des contraintes. La réduction de la pénibilité de l'astreinte liée à une régulation efficace aurait aussi un impact sur la démographie médicale (installations de nouveaux médecins, y compris en zone rurale) et procurerait une plus grande facilité à trouver des remplaçants. Ce point a été notamment mis en exergue par les syndicats médicaux et associations d'astreinte du Calvados et du Pas-de-Calais⁵⁵.

Trois types majeurs d'avantages de la régulation conjointe apparaissent :

- un avantage pour les pouvoirs publics, qui disposent d'un système regroupé de mise en relations des moyens publics et libéraux, utile dans la gestion d'événements de crise ;
- un avantage pour les usagers qui n'ont qu'un interlocuteur dans la réponse à une demande de soin non programmée ;
- un avantage pour tous les médecins et professionnels qui ont l'assurance de bénéficier rapidement de tout le dispositif disponible d'urgence et de soins, notamment sous forme d'avis d'un confrère.

1.2.5 Les premiers résultats sont contrastés

1.2.5.1 L'organisation pour faire face aux pics d'activité est encore défaillante

Les départements ne disposent souvent pas d'une organisation leur permettant de mobiliser des effecteurs supplémentaires pour faire face aux pics d'activité (saisonniers, épidémiologiques...) et limiter le recours aux urgences.

Le Calvados fait l'expérience d'un deuxième médecin en suppléance sur chaque secteur d'astreinte, mobilisable par son confrère en cas de surcharge de travail. Le CODAMU-PS a prévu l'évaluation de ce dispositif dont il faudra notamment vérifier que le surcoût dérogatoire à l'avenant n°4 est plus que compensé par l'amélioration du service rendu. La présence de régulations mixtes où le régulateur peut contacter des correspondants de secteur constitue aussi un début de réponse à la question posée.

1.2.5.2 Le bilan des maisons médicales est mitigé

Compte tenu de la publication quasi-simultanée au présent rapport d'une évaluation par l'IGAS plus particulièrement consacrée aux maisons médicales de garde (MMG)⁵⁶, la mission ne consacrera pas de développements à ce mode d'exercice de la permanence des soins. Elle retient notamment une des conclusions du rapport de l'IGAS évoqué et qui indique

⁵⁵ Même si dans ce département la régulation n'est pas commune, elle est cependant interconnectée avec le SAMU.

⁵⁶ « Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DNDR »

« Ainsi, au total, si les MMG étudiées par la mission ont un impact positif sur la ré-implication des médecins dans la garde et l'accès aux soins, leur impact sur les visites à domicile et le flux aux urgences sont peu mesurés et pas toujours significatifs. »

La mission tient à souligner le caractère évidemment positif du rapprochement MMG/Urgences hospitalières. Elle remarque que l'activité des maisons médicales est la plus importante les samedi et dimanche. En conséquence on peut, le cas échéant, s'interroger sur l'utilité d'ouvrir certaines de ces MMG tous les jours de la semaine, surtout en nuit profonde.

Elle s'est interrogée aussi sur l'efficacité de structures fortement consommatrices de ressources au regard de l'activité observée.

1.2.6 La mobilisation d'autres acteurs que les généralistes est importante

Parallèlement aux médecins libéraux dont c'est une mission de droit commun, d'autres médecins participent de fait à la permanence des soins.

L'hôpital est partout un effecteur essentiel de la permanence des soins. Là où elle dysfonctionne, il constitue le principal « filet de sécurité ». Il n'est pas toujours en situation de couvrir les besoins. En l'état, il lui est parfois difficile de se substituer à la médecine libérale en termes de présence médicale que ce soit pour la régulation ou la prise en charge des patients du fait de ses propres contraintes d'effectifs ou de démographie médicale. Des impératifs de distance à parcourir peuvent lui interdire aussi d'intervenir.

Le service départemental d'incendie et de secours est également mis à contribution. Selon les services rencontrés par la mission (Haute-Garonne, Isère, Tarn), les insuffisances de la permanence de soins se traduisent par un accroissement des interventions soit pour transporter le patient à l'hôpital en l'absence de médecin, soit même pour effectuer une première prise en charge. Outre qu'elles s'inscrivent en dehors des missions statutaires des SDIS, de telles interventions pénalisent leurs capacités d'intervention et pèsent négativement, en particulier en zone rurale, sur la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires.

Enfin l'appui d'autres médecins salariés (centres de santé, sociétés de secours minières..) peut se rencontrer sans qu'il soit possible à ce stade d'en mesurer l'importance.

Toute réflexion sur l'amélioration de la PDS devrait donc inclure ces acteurs.

1.2.7 Les liens entre l'activité de la permanence des soins et l'activité des urgences sont difficiles à mettre en évidence

De façon générale, les systèmes actuels d'information de l'ensemble des acteurs de la PDS⁵⁷ ne permettent pas de démontrer le lien que d'aucuns présupposent entre la situation des services d'urgence et le bon fonctionnement de la PDS.

⁵⁷ Etablissements de santé, CPAM, URML, URCAM, DDASS, CDOM, associations de généralistes....

Il convient aussi d'appréhender le phénomène dans un contexte de faible progression de l'activité observée des urgences⁵⁸. Les acteurs hospitaliers rencontrés ont davantage évoqué d'autres motifs d'engorgement des urgences (absence de solution d'aval internes et externes).

Mais il faut faire la distinction entre les difficultés de la régulation hospitalière qui, elle, paraît bien souffrir des manques de la PDS⁵⁹ et les autres problèmes rencontrés par les urgences.

➤ *La compensation par les SMUR des difficultés de la PDS*

Le tableau joint présente l'activité renseignée des SMUR de départements visités par la mission ayant répondu à une enquête sur l'activité réalisée pour les journées des samedi au dimanche matin 7-8 janvier et du dimanche au lundi matin 8-9 janvier 2006.

Sorties SMUR lors du week-end du 7 au 9 janvier 2006 et patients relevant de la CCMU1⁶⁰.

Localité	Nombre de sorties primaires	Sorties pour patients classés en CCMU 1
Caen	40	Non renseigné
Toulouse (SMUR adultes)	37	1
Grenoble	28	0
Saint-Lô	10	1
Beauvais	38	9

Source : Enquête IGAS lancée auprès des DDASS des départements visités.

A la lecture de ce tableau, on relève un seul cas où la corrélation pourrait être établie entre la faiblesse de la PDS et l'activité des SMUR : celui de Beauvais qui paraît très sollicité et qui assure la prise en charge d'un nombre important de patients qui relèveraient normalement de la PDS, alors que celle-ci connaît de graves difficultés d'organisation dans le département⁶¹.

➤ *Activité des urgences et activité de PDS*

La mission présente en annexe 6, des tableaux d'activité des urgences et de la médecine libérale pendant la période de permanence des soins. Il est difficile d'extraire de ces données des corrélations entre les deux types de prise en charge non programmée. Une des tentatives de la mission pour approcher le phénomène a porté sur l'observation de la nature

⁵⁸ 14,734M de passages en 2004, 14,630M en 2003, 14,274M en 2002, 13,394M en 2001 et 12,893M en 2000. Source SAE. Selon les membres d'une mission de la Cour des Comptes qui évalue le fonctionnement des urgences, ces données diffèrent sensiblement de celles fournies par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

⁵⁹ Se reporter en annexe à l'exemple des incidents recensés par un centre 15. Par ailleurs selon les résultats d'une enquête de février 2006 réalisée par un prestataire extérieur à la demande de la DHOS, 85% des 40 SAMU ayant répondu à cette enquête indiquent rencontrer des difficultés avec les médecins effecteurs

⁶⁰ Classification clinique des malades des urgences élaborée par l'association pour la recherche en urgence (ARU) comprenant cinq niveaux de gravité. La CCMU 1 et la CCMU 2 non traumatique peuvent relever de la permanence des soins libérale.

⁶¹ Les urgences du centre hospitalier de Castres-Mazamet ont aussi mentionné une majoration du nombre de sorties du SMUR depuis le désengagement d'une partie des médecins de la permanence des soins en milieu de nuit.

Cette observation irait dans le même sens que le constat dressé de l'activité du SMUR de Beauvais.

des passages aux urgences selon la classification clinique des malades en urgences (CCMU). Les tableaux en annexe indiquent que des patients relevant de la permanence des soins sont aussi pris en charge par les urgences, c'est plus particulièrement le cas pour les enfants.

En tout état de cause, une proportion constante de la population qui pourrait recourir à la permanence des soins s'adresse aux urgences hospitalières. La DREES⁶² dans une enquête de janvier 2002 mentionnait que pour 18% des usagers des urgences (hors traumatismes), celles-ci constituaient une alternative à la médecine de ville.

Les modes de recours aux urgences peuvent être aussi liés aux conditions socio-économiques d'un territoire⁶³.

Toutefois il paraît bien y avoir un lien entre l'organisation de la permanence des soins et l'activité des urgences dans deux cas de figure :

- une relation négative lorsque la permanence des soins semble désorganisée comme dans l'Oise, où par exemple le centre 15, le week-end du 7 au 9 janvier 2006, sur 1545 affaires traitées, en a orienté 426 vers les urgences et 70 vers la médecine générale ;
- une relation positive lorsque les deux secteurs mettent en place une organisation conjointe, ce qui peut infléchir la courbe des passages aux urgences⁶⁴.

1.3 Un coût plus élevé

La détermination du coût de la PDS n'est pas chose aisée. A terme, elle devrait découler en grande partie des coûts afférents à l'avenant n°4, qui tend à couvrir la permanence des soins dans l'ensemble de ses applications (régulation y compris la formation et l'assurance des médecins, astreintes, majorations d'actes.) Tel n'a pas été le cas jusqu'à présent, les financements de la PDS s'étant avérés multiples ; assurance maladie (risque, FAQSV, parfois même dotation nationale des réseaux), hôpital (maisons médicales de garde « adossées » aux établissements de santé, régulation libérale associée au 15 et « divers »), Etat (politique de la ville pour certaines maisons médicales de garde), collectivités locales (maisons médicales de garde), etc.

Par ailleurs, tant les délais de transmission des états des médecins aux caisses d'assurance maladie que les erreurs dans les données ainsi communiquées au payeur en raison des changements de tarifs ne permettent pas, pour les seules informations relevant de la CNAMTS, d'avoir une confiance très élevée dans les chiffres actuellement connus. Les chiffres de 2005 sont donc, à ce stade, encore très provisoires.

Au plan départemental (CPAM) et régional (URCAM) les données communiquées à la mission sont plus récentes et complètes mais demeurent sujettes à caution pour les mêmes raisons que ci-dessus. Pour 2006 les données disponibles ne peuvent indiquer qu'une

⁶² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

⁶³ L'observatoire des urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP) dans la publication d'une enquête de 2004 met en évidence une disparité de situations. Le centre 15 de Versailles indiquait que la part des patients relevant de la CCMU 1 était de l'ordre de 15% aux urgences de cette ville, alors qu'elle était plus forte dans des villes des Yvelines où réside une population défavorisée.

⁶⁴ Voir en annexe l'évolution des chiffres de fréquentation des urgences du centre hospitalier de Guingamp (Côtes d'Armor) qui a vu baisser le nombre de patients relevant de la CCMU 1 et 2 depuis l'implantation d'une maison médicale de garde dans les locaux de l'établissement. La FHF a aussi mentionné les résultats de l'hôpital de Gonesse en ce domaine. La FEHAP a transmis également à la mission un diaporama relatant l'expérience des urgences de l'hôpital du Creusot qui a créé un groupement de coopération sanitaire avec des libéraux (GCS). L'activité des urgences s'est alors infléchie au point qu'il a été possible de diminuer l'effectif d'urgentistes. On ne rencontre pas fréquemment ce cas de figure....

tendance. Enfin, les règles de financement ayant changé en deuxième moitié de l'année 2005, aucune des trois années de 2004 à 2006 n'est directement comparable l'une aux autres. Malgré ces biais relatifs, il est quand même possible de formuler quelques observations simples quant à l'évolution du dispositif.

1.3.1 Les dispositions conventionnelles de 2005 ont sensiblement renchéri le dispositif

L'avenant n° 4, par le jeu de la revalorisation du tarif des actes effectués pendant la permanence des soins mais surtout par le triplement du barème des astreintes, est à l'origine d'une dérive importante du coût de la PDS. Seules des diminutions importantes du nombre des secteurs de garde auraient pu en limiter les effets. Tel n'a pas été le cas à ce jour comme il a déjà été démontré (cf supra).

Pour la direction de la sécurité sociale (DSS), l'hypothèse d'un surcoût est de 60 millions d'euros en année pleine. Si elle se vérifie, la PDS devrait donc se situer autour de 320 millions d'euros en 2006.

Les éléments connus à ce jour sont les suivants ;

Evolution du coût de la PDS pour l'assurance maladie selon la DSS

	2004	2005*
Nombre d'actes	5 626 607	5 492 965
Dont consultations	3 402 814	3 868 36
Dont visites		3 106 129
Montant en millions d'€ des actes (tous régimes SS) et des astreintes	267	293

Source : DSS

Aucun élément de prévision d'activité pour 2006 n'a été communiqué par la Direction de la sécurité sociale.

Evolution du coût de la PDS pour l'assurance maladie selon la CNAMTS

Montants en millions d'€	2004	2005	2006 (tendance observée)	2006 (hypothèse basse)
Astreintes	53,6	82,1	149,7	123,3
Régulation	0	2,7	30,3	30,3
Actes	212,2	207,6	184,9	184,9
FAQSV hors MMG	0	10	0	0
TOTAL	265,8	302,4	363,2	338,5

Sources SNIR-PS, ERASME VI et PSS

Ce tableau n'intègre ni les coûts liés à la PDS financés par d'autres enveloppes comme la dotation nationale des réseaux (DNDR, 3 M€ en 2005) ni le coût des maisons médicales de garde (MMG) financées par le FAQSV (25 M€ en 2004). Pour la seule assurance maladie (hors financements complémentaires de l'hôpital et de l'Etat) le « coût complet » s'établit aux environs de 300 M€ en 2004. Pour les années suivantes, du fait des délais de transmission des états de frais déjà évoqués, on est encore dans une relative imprécision pour 2005 (le coût total y compris DNDR et FAQSV serait de l'ordre de 320 M€) et dans la prospective pour 2006 sur la base d'hypothèses de comportement tant des généralistes que des usagers qui restent à vérifier.

Les astreintes constituent la principale évolution sur la période concernée. Selon les hypothèses de travail de la CNAMTS (cf tableau commenté en annexe n°8) elles vont passer d'environ un cinquième du coût total en 2004 à 40% en 2006 par le jeu combiné des revalorisations tarifaires et de la diminution du nombre de secteurs.

Les remontées statistiques vers le niveau national semblent en décalage par rapport aux données communiquées localement à la mission par les URCAM qui sont, elles, beaucoup plus préoccupantes

Evolution du coût de la PDS évalué par les URCAM rencontrées par la mission

Montant en € de la PDS/année	2004	Prévision 2005 (+ évolution n/n-1)	Estimation 2006	Evolution 2006/2004
Région Rhone-Alpes	23 886 684	31 549 430 (+32,08%)	39 091 175* 42 945 119 **	+63,65%* +79,79%**
Région de Midi-Pyrénées***	4 619 831	8 077 739 (+78,85%)	15 211 536	+229,26%
Région Picardie****	2 103 750	2 674 317	5 527 750	+ 162,75%

*hypothèse basse

** hypothèse haute

***coût non complet (certaines régulations libérales et les actes majorés ne figurent pas dans les données transmises par l'URCAM)

****L'URCAM de Picardie s'est livrée au calcul, France entière, de l'évolution du coût des seules astreintes

Evolution du coût des astreintes estimées par l'URCAM de Picardie

France		Situation au 1 ^{er} janvier 2005 Moyenne nationale (astreinte = 50 €)	Situation après sectorisation au 10 octobre 2005	% de diminution des secteurs et évolution du coût
Nombre de secteurs les nuits	avant minuit	3 198	2 876	- 10,07%
	après minuit		2 674	- 16,39%
Nombre de secteurs les dimanches et jours fériés			2 895	- 9,47%
Coût des astreintes par an		68 117 400 €	176 577 250 €	159,22%
Coût des astreintes par an et par habitant		1,12€	2,91€	+159,8%

L'estimation haute de l'URCAM de Rhône-Alpes comme celles des autres URCAM se fonde sur l'hypothèse que tous les secteurs de gardes sont pourvus, ce qui n'est pas le cas partout, loin s'en faut comme on l'a vu supra. Dans la configuration actuelle de forte rigidité de la sectorisation, la limitation de la dérive financière de la PDS ne peut donc provenir que d'un refus des médecins à prendre les gardes (actuellement environ 20% des secteurs ne sont pas couverts la nuit, selon les données de la DHOS), ce qui n'est pas non plus souhaitable.

Compte tenu des hypothèses qui peuvent être faites (faible diminution du nombre de secteurs, pourcentage de secteurs non couverts autour de 20%, stabilisation du nombre d'actes...), le coût total de la PDS, que l'on peut estimer à 320 millions (300 millions sur le risque, une vingtaine sur le FAQSV et la DNDR) pour un peu moins de six millions d'actes en 2005, pourrait atteindre, voire dépasser, les 400 millions d'euros en 2006 à activité inchangée. L'éventuelle fléchissement de la demande de soins non programmés du fait de la mise en place des régulations libérales reste à confirmer, de même que les perspectives de

diminution du nombre de secteurs. Dans cette hypothèse, le coût moyen de l'acte bondirait de 48 à 73 euros (+52%). Il conviendra sans doute de vérifier à l'usage que l'évolution à la baisse, si elle se confirme, du nombre d'actes facturés en PDS n'est pas compensée voire d'avantage par une hausse d'autres offreurs de soins (hôpital, SOS non régulés etc.).

1.3.2 Certains coûts devraient conduire à revoir des éléments du dispositif

1.3.2.1 Les astreintes en nuit profonde

L'avenant n°4, en ce qui concerne l'astreinte, distingue deux parties de la nuit :

- les débuts de nuit (20 heures/24 heures) dont le tarif forfaitaire est de 50 euros. Cette période de la nuit connaît un peu d'activité.
- Le milieu de nuit ou « nuit profonde » (de minuit à 8 heures du matin) dont le tarif est fixé à 100 euros. Il y a d'autant moins d'activité à ce moment de la nuit que les régulations libérales, lorsqu'elles existent, militent le plus souvent pour que les patients attendent l'ouverture des cabinets pour voir leur médecin ou se rendent aux urgences si la nécessité est forte.

Dans certains secteurs le coût de revient de l'acte en « nuit profonde » (nombre de secteurs de garde x 100 euros/nombre d'actes réalisés), lorsqu'il vient à survenir, heurte le bon sens.

Exemples de coût en euros des actes « en nuit profonde »

Département	Nombre de secteurs	Nombre d'actes par période de nuit profonde, ensemble du département.	Coût moyen d'une astreinte par acte
Ain	35	0,94	3723,4
Ardèche	41	3,8	1078,94
Drôme	40	3,8	1052,63
Isère	62	18,3	338,80
Loire	25	14,7	170,06
Rhône	48	24,06	199,50
Savoie	56	5,3	1056,6
Haute Savoie	36	7,63	471,82
Tarn	34	3	1 133
Pas de Calais*	73	3,08	2370,13
Nord*	122	14,05	868,33
Oise	37	1,2	3083,33

Source : URCAM

- une autre présentation de cette réalité est de rapporter qu'en région Nord-Pas-de-Calais, le médecin d'astreinte en nuit profonde effectue 0,14 acte par nuit profonde ou bien qu'il ne sera « dérangé » qu'une permanence sur neuf, après minuit.

Dans la France entière, le nombre des actes accomplis en nuit profonde dans le cadre de la PDS s'établit comme suit depuis août 2005, date des premiers effets comptabilisés de l'avenant n°4 (source UNCAM) ;

Actes de PDS en nuit profonde depuis août 2005

	Visites nuit profonde	Consultations nuit profonde	Nombre total mensuel des actes en nuit profonde
Août	1 022	173	1 195
Septembre	4 041	292	4 333
Octobre	6 256	336	6 592
Novembre	8 606	447	9 053
Décembre	n.c	n.c	n.c

La montée en puissance du dispositif n'est pas achevée et l'on peut tabler sur une poursuite de l'augmentation du nombre des actes comptabilisés. Toutefois, en novembre 2005 on commence sans doute à approcher l'activité « normale » de la PDS, soit environ 300 actes par nuit profonde pour un coût total de 296 756 euros (29 356 euros en actes et 267 400 euros en astreintes) soit un coût moyen de 990 euros par acte, hors coût des régulations, MMG etc, même si le délai d'établissement des comptes de la CNAM incite à quelque prudence.

Sans doute convient-il, dès lors, de considérer, dans chaque territoire de santé, l'efficacité d'une PDS libérale en nuit profonde et favoriser le remplacement des médecins effecteurs libéraux par l'hôpital après minuit partout là où les coûts sont déraisonnables. Dans le contexte de la tarification à l'activité, les gestionnaires d'établissements de santé ne voient d'ailleurs pas forcément cet apport de recettes d'un mauvais œil, d'autant plus qu'à cette période de la nuit les équipes sont rarement surchargées.

1.3.2.2 *Le coût de certaines maisons médicales de garde*

Le rapport 2006 de l'IGAS relatif au contrôle et à l'évaluation du FAQSV et de la DNDR⁶⁵ a détaillé le cas de certaines MMG qu'il était souhaitable de ne pas reproduire, comme celles de Reims ou de Gap, sans qu'il soit nécessaire d'y revenir dans le présent rapport.

Contrairement aux espoirs qu'elles ont pu à un moment susciter, ces structures, dont certaines obtiennent de bons résultats, ne constituent pourtant pas une panacée.

1.4 **Le dispositif s'avère complexe et fragile**

Pour s'engager dans la PDS, les partenaires ont besoin de lisibilité ; de même pour communiquer auprès du public, il est nécessaire d'avoir au préalable stabilisé le dispositif ; or le système en vigueur laisse en suspens un certain nombre de questions qui conditionnent sa pérennité

1.4.1 *Certains risques de blocage du fait du cadre réglementaire et contractuel subsistent*

1.4.1.1 *Des points de blocages ponctuels*

Des problèmes sont identifiés à trois niveaux⁶⁶ : celui de l'amplitude de la période officielle de permanence des soins, celui du statut des intervenants et celui du montant de l'astreinte.

- S'agissant de la période réglementaire de permanence des soins, l'exclusion des samedis après midi remet en cause le financement de la régulation là où elle était déjà organisée pour couvrir cette plage horaire ; par ailleurs le début de la permanence des soins est fixé en soirée à 20H00, mais dans la pratique certains départements ont été conduits à la mettre en place dès 19H00 faute de prolongation au-delà de cette heure de l'activité des cabinets médicaux ;
- Le statut des régulateurs, évoqué précédemment, soulève plusieurs difficultés : en prévoyant de financer les « régulateurs libéraux », l'avenant 4 semble exclure les médecins n'ayant pas ce statut (médecins salariés notamment) alors que ceux-ci étaient, dans certains départements, associés au dispositif ; d'autre part, le financement des régulations mixtes et des personnels auxiliaires de régulation médicale (PARM) reste à préciser ; enfin la couverture des risques professionnels doit être mieux garantie aux régulateurs.
- le montant des astreintes effectivement versées est contesté dans certains départements. Là où le nombre de secteurs de gardes a été diminué, certains médecins estiment parfois que les effecteurs restant ont « droit » au versement des forfaits des secteurs supprimés.

⁶⁵ Dotation Régionale des Réseaux, enveloppe de la dotation nationale des réseaux (DNDR) déléguée annuellement à chaque région .

⁶⁶ Il s'agit de problèmes soulevés par les interlocuteurs rencontrés sans pour autant que la mission rejoigne leur point de vue , notamment pour ce qui concerne la question d'une meilleure indemnisation des astreintes.

Ainsi l'avenant n° 4 a pu, dans certains départements, se traduire chez les médecins par le sentiment d'une dégradation relative de leurs conditions de rémunération par rapport à la situation antérieure et donc de « remise en cause » des « engagements pris par les tutelles ». Cela a parfois conduit les acteurs locaux à « adapter » les conditions prévues par l'avenant n°4 à la réalité des modes d'exercice mis en place avant sa survenance de façon à ne pas remettre en cause des équilibres financiers déjà entérinés : pour ne citer qu'un exemple de ces adaptations, on évoquera certains montages « innovants » qui permettent à un seul médecin de couvrir plusieurs secteurs ... et de percevoir plusieurs astreintes.

Ces accommodements avec la règle, qui ont souvent été consentis pour des raisons tactiques afin de débloquent localement la mise en place du dispositif, devraient être progressivement ramenés dans les normes conventionnelles.

1.4.1.2 La rigidité du cadre conventionnel

La superposition de la réglementation et des textes conventionnels rend la mise en œuvre du dispositif délicate : les discours convergent pour considérer que l'avenant n° 4 enferme le dispositif là où le décret lui donnait plus de souplesse, en particulier s'agissant de l'adaptation du dispositif aux besoins locaux et de l'association de nouveaux acteurs à la PDS.

Au-delà des points de blocage identifiés, l'encadrement conventionnel, s'il permet de mettre un terme à certaines revendications « inflationnistes », apparaît contradictoire avec la nécessité d'adapter les dispositifs aux contextes locaux en termes d'offre et de demande de soins. Les difficultés d'application de la convention favorisent les jeux d'acteurs qui se sont cristallisés autour de ce sujet.

Le cadre conventionnel uniforme s'accompagne paradoxalement de distorsions de traitement entre départements, certaines caisses d'assurance maladie acceptant des assouplissements que d'autres refusent catégoriquement.

1.4.2 Le système de financement est complexe

La diversité des sources de financement (ceux de l'assurance maladie, de l'Etat et des collectivités locales), qui n'obéissent pas toutes aux mêmes règles de gestion, alourdit les procédures et fragilise les dispositifs locaux.

Pour ce qui est uniquement de l'assurance maladie, les modes de financement sont complexes (sur le risque, sur le FAQSV, au titre de la DNDR...). Certains comme le FAQSV ont un caractère expérimental ou provisoire, ce qui ne rassure pas les promoteurs des maisons médicales de garde ou de la régulation. Par ailleurs certains promoteurs réfutent les conditions imposées du strict respect du cahier des charges national et de l'obligation d'évaluation.

Les conditions de mise en œuvre de ces financements, précises et contraignantes, doivent être souvent adaptées pour permettre un début d'exécution. Mais s'ils en apprécient de ce fait les marges d'interprétation, les acteurs du corps médical récusent l'intervention des payeurs dans l'appréciation du fonctionnement de la PDS.

Dans certains départements, qui n'avaient pas jugé indispensable de prendre un nouvel arrêté de sectorisation après l'avenant n°4, des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont bloqué le paiement des astreintes. De telles décisions sont fortement critiquées.

Dans le même sens, la légitimité des caisses à contrôler les activités de permanence des soins, qu'il s'agisse de celles des effecteurs et des MMG ou du fonctionnement des associations de régulation, n'est pas toujours reconnue par les médecins libéraux. Tel n'est pas l'avis de la mission qui estime au contraire nécessaires une évaluation et des contrôles réguliers du dispositif par l'Etat et par l'assurance maladie (cf. infra).

1.4.3 La multiplicité des acteurs institutionnels complique la prise de décision

La multiplicité des acteurs de l'organisation de la PDS est source de confusion dans la répartition des rôles. Elle complique inutilement la prise de décision et donne lieu localement à des pratiques divergentes.

L'articulation entre des instances régionales et départementales, encore plus indispensable depuis la constitution des missions régionales de santé (MRS) en 2005, recèle une première difficulté. L'arrivée de ce nouvel acteur dans un contexte déjà complexe n'a pas contribué à clarifier la gouvernance du dispositif.

Tenus de pourvoir à l'organisation de la PDS dans leur département, les préfets ne manquent pas de souligner le caractère limité de leurs moyens d'action pour prévenir les difficultés. Leur autorité, lorsqu'ils se résolvent à réquisitionner, est aussi fréquemment contestée par les partenaires médicaux.

Le rôle des conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) est lui aussi sujet à interprétation entre les divers acteurs de la PDS, ce qui conduit à des pratiques hétérogènes malgré les précisions apportées sur ce point par le décret du 7 avril 2005. Ainsi, bien que ce texte ait clarifié la responsabilité des CDOM en cas de difficulté pour compléter les tableaux de garde, certains conseils départementaux se voient reprocher, selon des témoignages recueillis par la mission, d'inscrire des médecins sans concertation préalable. D'autres en revanche paraissent moins impliqués dans la mobilisation de leurs confrères et renvoient à l'Etat la responsabilité de convaincre les généralistes de participer à la PDS. Les caisses primaires d'assurance maladie, de leur côté, comptent sur un investissement des CDOM dans la gestion des tableaux d'astreinte et déplorent devoir croiser les listes prévisionnelles de médecins d'astreintes avec celles des « centres 15 » mieux informés des remplacements de dernière heure. Mais beaucoup de CDOM expliquent ne pouvoir effectuer ces ajustements faute de temps suffisant. D'une manière générale, la profession ne se reconnaît plus de porte parole unique ce qui fragilise la position d'arbitre et l'autorité morale des CDOM.

La multiplicité des acteurs ralentit d'autant plus la construction de l'édifice que la construction d'un système d'informations propre au pilotage de cet ensemble n'est pas réalisée.

1.4.4 La coordination de la PDS avec les autres dispositifs reste à construire

La PDS n'est qu'exceptionnellement articulée avec les autres dispositifs qui la complètent : garde ambulancière, pharmacies et réseau des spécialistes. Cette carence est source de difficultés pratiques pour les usagers et de surcoûts multiples pour l'assurance maladie.

1.4.5 Des ambiguïtés sémantiques entretiennent des pratiques hétérogènes

La confusion sémantique parfois entretenue entre « urgences médicales », « permanence des soins » et « continuité des soins » favorise les surenchères ou les désengagements de certains médecins généralistes libéraux.

D'après certains des interlocuteurs de la mission, la PDS couvre par définition des actes non urgents dont la réalisation peut être différée ou relever d'un conseil téléphonique délivré par la régulation médicale, toute autre situation conduisant à suspecter un cas problématique et donc nécessairement à mobiliser les services dédiés à l'urgence.

Certains médecins rencontrés par la mission affirment ouvertement refuser toutes visites pendant leur astreinte et contestent l'existence de « visites incompressibles » que l'on ne peut éviter. Cette position touche aussi au domaine des actes médico-légaux (certificat de décès et examen des gardés à vue). Les soins à prodiguer aux patients des maisons de retraite ou aux personnes soignées à domicile dans divers cadres font de la même manière l'objet de controverses et de pratiques divergentes. Les tenants du « zéro visite » voient des arguments supplémentaires à l'appui de leur thèse dans « l'incompétence » qui est prêtée aux nouveaux médecins de ville à donner des soins urgents ne mettant pas en jeu de diagnostic vital, faute de pratique et d'appareillage suffisants. Enfin la possibilité, pour certains admise voire d'ores et déjà pratiquée, de réaliser des prescriptions téléphoniques et de télécopier des ordonnances dans les pharmacies conduit à évacuer vers une consultation à distance les actes de médecine de ville nécessitant un traitement immédiat.

A l'opposé de ce type de raisonnement, « SOS-médecins » soutient que l'urgence s'apprécie au chevet du malade, ce qui tend à limiter pour partie la portée de la régulation médicale.

Un autre point de vue développé le plus souvent par des médecins exerçant en milieu rural consiste à considérer que le généraliste au titre de ses obligations déontologiques doit rester disponible pour les patients en particulier pendant les heures de permanence des soins. Toutefois certains n'y consentent que pour leur seule « patientèle ». Cette situation peut freiner le regroupement des secteurs ou entraîner, en cas de regroupement forcé, le désengagement des praticiens restés jusqu'alors spontanément mobilisés après la fermeture de leur cabinet.

Ces ambiguïtés sémantiques sur les besoins que recouvre précisément la PDS conduisent à des pratiques hétérogènes et peuvent entretenir un climat de tension confraternelle préjudiciable à la résolution des difficultés locales. Elles peuvent être à l'origine de certaines dérives des coûts.

1.4.6 Le problème de la répartition des effectifs de médecins peut fragiliser le système à moyen terme

Au-delà du désengagement progressif de la médecine générale en seconde partie de nuit, la mission observe selon les territoires une mobilisation difficile des médecins pendant les périodes de PDS :

- en milieu urbain, lorsque la présence de « SOS médecins » conduit des généralistes à ne pas se déclarer volontaires ;
- et en milieu rural, quand la disponibilité physique des médecins est menacée par des conditions d'exercice rendues difficiles faute de médecins en nombre suffisant. Ce n'est pas le cas plus général mais c'est une situation rencontrée par la mission notamment en Basse Normandie et dans le Nord-Pas-de-Calais.

S'il est sans doute très exagéré de parler de « déserts médicaux » en France⁶⁷, il n'en demeure pas moins que les médecins sont très inégalement répartis sur le territoire national. A certaines concentrations, comme sur l'arc méditerranéen, font écho des zones rurales et/ou enclavées. Dans ces territoires, certains médecins témoignent d'ores et déjà de leur difficulté à assurer, même en journée, des visites au domicile de leurs patients faute de temps suffisant pour satisfaire toute la demande. Là où les départs en retraite sont difficilement remplacés faute d'attractivité de la zone, les impératifs de la permanence des soins sont perçus comme très contraignants et rendent encore plus aléatoire l'installation de jeunes médecins.

En milieu urbain, le développement des activités de « SOS médecins » pendant les heures d'ouverture des cabinets (40 à 45% de son total d'actes) révèle l'importance des demandes non satisfaites. « SOS médecins » rencontre désormais des difficultés de recrutement. Si cette situation devait se poursuivre, la mobilisation de ce type d'effecteur pour assurer la PDS serait plus difficile à organiser alors même que leur concours pour couvrir la période de « nuit profonde » est indispensable.

Parallèlement aux déséquilibres de l'offre de soins libéraux, le flux de demande pendant les horaires de PDS est mécaniquement appelé à s'amplifier ne serait ce qu'en raison du vieillissement de la population et de la politique de maintien à domicile des personnes dépendantes. Mais intervient également le développement du travail des deux conjoints dans un foyer et l'allongement des temps de transports domicile travail, qui déplacent vers le début de soirée les demandes de consultation, ainsi que, dans un contexte de « déprise médicale », les demandes qui n'auront pas pu être satisfaites en journée.

Ainsi, l'accentuation des problèmes de répartition médicale peut précariser un dispositif qui s'appuie sur les seuls médecins libéraux.

Face à ce risque, les services publics qu'il s'agisse des services hospitaliers ou des services d'incendie et de secours confrontés à leur propres contraintes d'effectifs et de moyens, ne pourront pas systématiquement servir de variable d'ajustement, sauf si le phénomène est anticipé. Les représentants des services hospitaliers rencontrés par la mission insistent pour que leur rôle en matière de PDS soit clarifié et acceptent difficilement un déport de tâches non concerté au préalable, et non accompagné des moyens indispensables.

⁶⁷ Enquête CNAMTS : point de conjoncture n°35-36-avril 2006. La population concernée par la désertification médicale se situait entre 0,6 et 4,1% de la population totale selon la méthode utilisée.

De leur côté les SDIS qui rencontrent des difficultés pour mobiliser des sapeurs pompiers volontaires, dont des médecins, concentrent progressivement leurs interventions sur les secours à personnes et sont déjà pour certains amenés à « para médicaliser » un certain nombre de leur missions.

Au delà des jeux d'acteurs, la mission considère donc que le système porte en lui-même des faiblesses qui en menacent la pérennité

DEUXIEME PARTIE – CONSOLIDER ET PERENNISER LA PERMANENCE DES SOINS.

Telle qu'issue des dispositions des décrets des 15 septembre 2003 et 7 avril 2005 et des stipulations de l'avenant n° 4, l'organisation de la permanence des soins s'inscrit désormais dans un contexte bien précis : la permanence des soins ne constitue plus une obligation propre à la médecine libérale dont il lui appartient de s'acquitter dans les conditions définies par le conseil départemental de l'ordre, mais une mission d'intérêt général dont l'organisation est définie, après concertation, par le préfet, et dont la mise en œuvre associe l'hôpital public et les médecins libéraux, moyennant l'application de règles spécifiques de tarification et de prise en charge par l'assurance maladie.

Le parti ainsi retenu par les pouvoirs publics ne se heurte, dans son principe, à aucune critique. Encore convient-il que les conséquences en soient, dans leur ensemble, effectivement tirées, les constats opérés par la mission d'inspection témoignant, si besoin était, de l'ambiguïté persistante d'un dispositif dont les différents acteurs jouent, le cas échéant, pour défendre et promouvoir leurs intérêts propres.

Face à un tel constat, la question peut se poser d'avoir à choisir entre la consolidation du dispositif actuel et un changement d'orientation stratégique assez radical. Après tout, cette forme d'organisation de la médecine de ville est aussi une particularité française qui mérite donc d'être justifiée avant d'être confortée.

L'opinion de la mission est que la PDS doit être défendue et consolidée, mais pas à n'importe quelles conditions, pour les raisons suivantes :

- Pour des motifs d'accès aux soins, notamment pour les personnes en situation sociale difficiles ou les publics fragiles ;⁶⁸
- Du fait du vieillissement général de la population et l'orientation de l'offre de soins, comme de l'offre médico-sociale vers le maintien à domicile qui ont pour corollaire l'accroissement de l'intervention à domicile, notamment des médecins généralistes.

⁶⁸ Les utilisateurs de la PDS se distinguent sensiblement de la moyenne de la consommation des soins. Sans qu'il s'agisse aucunement d'apporter un jugement de valeur sur les pratiques de ses utilisateurs, on peut néanmoins faire quelques observations objectives ;

Comme le montre très clairement une étude de l'URCAM Nord-Pas-de-Calais conduite en 2004, la population ayant recours au médecin d'astreinte appartient très majoritairement à *des catégories fragiles* dont les politiques de santé publique cherchent par ailleurs à améliorer l'accès aux soins. La part de la population totale de la région ayant recours au médecin de garde est de 1,2%.

- Elle est de 3,2% pour la *population couverte par la CMU* . qui a donc une propension 3 fois plus élevée à utiliser le dispositif. Alors que les personnes affiliées à la CMU représentent 10% de la population des bénéficiaires, 24% du total des actes ont été effectués à leur profit. Cette différence est encore plus forte chez les moins de quinze ans ; les enfants couverts par la CMU représentent 44% des actes réalisés pour l'ensemble de cette classe d'âge.
- *Les enfants* (moins de 10 ans) représentent 35% des actes (6% des moins de 5 ans de la région ont bénéficié du dispositif).
- *Les « jeunes femmes »* (15 à 35 ans) constituent également un public très utilisateur du dispositif (15% des actes).
- Enfin, *les personnes âgées* sont également d'importants utilisateurs du dispositif ; 2,7% des 80 ans et plus et 2,4% des patients en ALD (allocation de longue durée, régime concernant surtout des personnes âgées), soit 2 fois la proportion de l'ensemble de la population, utilisent le dispositif.

Pour ces motifs il apparaît indispensable de continuer à proposer une réponse médicale libérale non programmée. Dans cette perspective, ce n'est qu'en clarifiant, dans ses termes constitutifs mêmes, la permanence des soins, qu'on parviendra à en consolider et à en pérenniser véritablement l'organisation.

2.1 Le cadrage national doit être clarifié et adapté

La PDS est l'un des domaines où le bicéphalisme (Etat et assurance maladie) des interventions dans le domaine de l'offre de soins démontre le plus clairement ses limites. Pour autant il n'appartient pas à la présente mission de proposer une réforme générale du système de santé. Les propositions qui suivent s'inscrivent donc dans le cadre institutionnel d'ensemble, que la mission n'a pas instruction de reconsidérer. Elles prennent notamment acte de la création d'une nouvelle modalité de coopération entre les URCAM et les ARH, les missions régionales de santé (MRS) prévues par la loi du 13 août 2004.

2.1.1 Il convient de s'en tenir à une définition précise de la permanence des soins

La définition de la permanence des soins repose sur deux éléments ; d'une part elle se rapporte à des actes qui relèvent de la médecine de ville ; d'autre part, elle intervient en dehors des heures ouvrées (soient de 20 heures à 8 heures et les dimanche et jours fériés comme le précisent les dispositions issues des décrets de 2003 et 2005, sauf à admettre que les partenaires locaux puissent étendre le champ d'application de la PDS, par exemple pour la régulation le samedi après midi). Dès lors, dans la mesure où la permanence des soins implique la mobilisation d'un effecteur (en principe libéral) en dehors des heures ouvrées, elle ne saurait couvrir que les actes médicalement indispensables. Dans ces conditions, il n'y a pas de permanence des soins sans régulation.

La permanence des soins se distingue :

- de la continuité des soins ;
- des urgences hospitalières ;
- de l'aide médicale urgente, laquelle tend à « *assurer aux malades, blessés et parturientes en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins appropriés à leur état* » ;
- des secours d'urgence diligentés par les sapeurs-pompiers qui s'appliquent à l'ensemble des opérations de secours aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes sans distinction selon la nature, médicale (ou paramédicale) ou non des opérations.

2.1.2 Le cadre de la PDS doit être clarifié

La mission est d'avis de donner plus de latitude aux acteurs locaux dans la recherche de solutions adaptées au cadre départemental. Il convient toutefois d'assigner à l'exercice certaines limites :

- les règles essentielles de la PDS (notamment pour ce qui concerne la régulation des appels) et les modalités essentielles de son organisation doivent faire l'objet de dispositions nationales intangibles ;
- pour le surplus, les acteurs locaux doivent être habilités à adopter un accord local sur la base d'un cahier des charges départemental de la PDS, tout en respectant l'enveloppe financière allouée pour le département (sommation des financements sur le risque et enveloppes spécifiques.)

2.1.2.1 Une distinction plus nette du rôle de l'Etat et de celui de l'assurance maladie

A la suite des difficultés qui se sont fait jour dans l'interprétation par l'Etat et par l'assurance maladie des modalités d'organisation de la permanence des soins, il convient de redéfinir leur rôle et les modalités de leurs relations sur le sujet.

La permanence des soins constitue, aux termes des décrets qui la régissent, une mission d'intérêt général. A ce titre il appartient aux services de l'Etat d'en fixer le cadre et les modalités de mise en œuvre au niveau national. De ce point de vue, il convient de veiller scrupuleusement à ce que les textes conventionnels ou les circulaires internes de l'assurance maladie, qui complètent ou commentent les instructions du ministre, ne viennent pas les transformer, voire les contredire, comme le sentiment a pu en être parfois donné pour la mise en œuvre du décret du 7 avril 2005. Il appartient clairement au ministère de la santé et des solidarités d'établir les grandes règles du cadre de la PDS en cohérence avec la politique de réorganisation de l'offre de soins hospitalière.

L'assurance maladie finance, quant à elle, l'activité telle qu'elle est définie par le règlement, sur la base des tarifs arrêtés par la négociation collective, pour ce qui est de la participation de la médecine libérale (actes et astreintes), et par le biais d'une enveloppe de type « dotation » ou « fonds » (cf. infra 2.1.2.2) répartie entre les régions pour les mesures d'accompagnement de la PDS (régulation, MMG etc.).

2.1.2.2 Un échelon régional unifié, qui définit les orientations, arrête les financements et évalue les réalisations

Au niveau régional, divers acteurs sont intéressés à la construction de la permanence des soins (URML, URCAM, FAQSV, ARH etc). Passée cette phase d'expérimentation, il convient maintenant de désigner clairement le pilote régional.

La création des missions régionales de santé (MRS) par l'article 67 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie pourrait être mise à profit, au besoin après complément des textes, pour leur confier cette responsabilité stratégique qui se décline en trois volets :

- un rôle de planification à partir de la détermination d'objectifs de prise en charge de la population, partant des besoins locaux d'accès aux soins en articulation avec le volet « urgences » des schémas d'organisation sanitaire (SROS) et en fonction des ressources humaines localement mobilisables ;
- une responsabilité de regroupement des moyens de financement de l'assurance maladie (fonds FAQSV de la PDS, DNDR, part des crédits hospitaliers consacrés à la régulation et aux MMG etc. en attendant la création d'une véritable enveloppe régionale de la PDS) ;
- la charge de l'évaluation des dispositifs départementaux de la PDS, la responsabilité du recueil et de l'exploitation des données, la fonction de contrôle du dispositif.

Dans cette hypothèse, le FAQSV n'a plus à intervenir dans le financement pérenne de la PDS. Par ailleurs et afin de lever toute ambiguïté sur les rôles de chacun, il convient de préciser que l'échelon régional ne doit pas avoir de responsabilités opérationnelles (cf. infra).

A terme, la mission considère que l'organisation de la PDS, qui s'appuie sur une articulation indispensable et forte des moyens de l'hôpital et de la médecine libérale, devrait constituer un des volets du SROS.

Elle s'y s'intégrera d'autant mieux que les MRS, qui associent l'Etat et l'assurance maladie, ont vocation à coopérer étroitement avec les ARH dont elles partagent la ressource humaine, voire à se fondre avec ces dernières dans les futures agences régionales de santé (ARS). Dans le cas où les ARS ne se mettraient pas rapidement en place, la mission propose que les ARH soient alors chargées de la mission transitoirement confiée aux MRS.

2.1.2.3 Un échelon départemental dont le rôle opérationnel est à renforcer

Il ne peut y avoir d'autre niveau opérationnel de la permanence des soins que le département pour deux raisons qui se complètent :

- le cadre de l'autorité préfectorale dont le pouvoir de réquisition peut être amené à s'exercer ;
- la structuration départementale des centres 15.

Une fois réalisée la programmation régionale de la PDS (organisation générale, financements) par la MRS/ARH en association avec les DDASS, à l'échelon de chaque département, le préfet doit connaître précisément le niveau des moyens financiers qu'il peut mobiliser. Il doit également connaître les formes d'organisation (PDS en totalité effectuées par les libéraux, association avec d'autres médecins salariés, avec l'hôpital, création de MMG, forme de la régulation, taille et nombre des secteurs etc.) qu'il peut mettre en place compte tenu des spécificités des territoires de santé concernés et des ressources humaines disponibles.

Le préfet, s'appuyant sur ses compétences propres et sur la base d'une enveloppe financière départementale négocie alors avec l'ensemble des acteurs un accord cadre local soumis à l'avis du CODAMU-PS. Il devient alors responsable de l'engagement de tous les acteurs départementaux dans leur participation à la PDS.

Une fois posé le cadre de la PDS, les services de l'Etat doivent pouvoir compter sur le concours des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) sans devoir renégocier les conditions de mise en œuvre financière ou autres adaptations convenues avec la MRS, comme cela a pu être le cas dans un passé récent.

Cela suppose que l'organisation locale de la PDS puisse bénéficier de marges d'adaptation au contexte local (adaptation du nombre de secteurs, mobilisation d'effecteurs salariés, modalités d'intéressement des participants à la PDS pour couvrir des territoires en difficultés, tranches horaires modulées, réponses adaptées en nuit profonde etc.) à l'intérieur d'une enveloppe globale. On pourrait parfaitement aller au terme de cette logique en confiant la gestion de ces crédits d'accompagnement de la PDS à la DDASS correspondante, comme le fait déjà la caisse nationale autonomie solidarité pour le financement de la dépendance.

2.1.3 Des adaptations de la réglementation et de l'avenant n°4 sont nécessaires

Indépendamment du traitement des problèmes d'articulation entre les échelons nationaux et locaux de la PDS (tels qu'évoqués en 2.1.2) à effectuer à moyen terme, il est souhaitable d'adapter le dispositif réglementaire et financier actuel de la PDS.

➤ *Les modifications à apporter au décret du 7 avril 2005*

La mission propose d'intégrer, pour la régulation, la plage des samedis après-midi dans les périodes de permanence des soins. La régulation est indispensable pour le public, à ce moment du week-end, compte tenu de la fermeture de nombreux cabinets médicaux.

Une plus grande souplesse pourrait être également conférée à la régulation médicale (sous condition de fonctionnement unifié avec le centre 15) pour définir ses plages de permanence en permettant aux préfets d'organiser les horaires (en début de nuit) en fonction des besoins de la population. Il ne faudrait pas, cependant, que ces dispositions soient utilisées pour se substituer à l'obligation de continuité des soins des généralistes.

En tout état de cause, ces adaptations devraient faire l'objet, chaque année le cas échéant, d'un renouvellement de l'arrêté préfectoral après consultation du CODAMU-PS.

➤ *Les adaptations possibles de l'avenant n° 4*

Les plus grandes difficultés concernent la régulation libérale. Elle doit pouvoir bénéficier du concours de praticiens en nombre adapté aux pointes d'activité.

L'avenant n°4 dans son interprétation doit aussi permettre des délégations de versement des honoraires aux structures regroupant les professionnels médicaux.

S'agissant des médecins d'astreinte, un fractionnement du versement de l'astreinte entre plusieurs généralistes pourrait être aussi autorisé le dimanche.

➤ *Il est nécessaire d'agir à court terme pour éviter la dégradation de certaines situations*

Certaines régulations médicales ont dû être financées sur le FAQSV. Le transfert sur le risque de ce financement ne doit pas mettre en péril des organisations qui ont fait preuve de leur utilité. Une évolution progressive dans le cadre du droit commun doit être rendue possible sous forme d'un complément de financement assuré par le FAQSV.

➤ *Certains financements doivent être interrompus*

Il importe d'enrayer une progression des dépenses de l'assurance maladie confrontée à la persistance de revendications financières qui pour partie ne sont en pas en rapport avec le service attendu. Compte tenu des sommes déjà mobilisées pour financer la permanence des soins, la mission privilégie le recours au redéploiement de budgets.

Le paiement des astreintes et des actes majorés doit être assuré sous condition de régulation effective et d'activité observée. La mission demande qu'il soit mis un terme à des pratiques consistant à rémunérer des astreintes de régulation alors que cette régulation n'est que partielle et ne couvre pas tout le département⁶⁹.

Il n'est pas possible de satisfaire certaines surenchères financières. La mission est favorable au financement de médecins en nombre supplémentaire pour renforcer la régulation

⁶⁹ Comme en Haute Garonne où une association d'effecteurs ne régule que son activité et obtient un paiement d'astreintes de régulation.

lorsque l'activité le justifie. Elle est plus réticente à une augmentation de la rémunération actuellement prévue pour les médecins régulateurs (3C soit 60€).

La mission est aussi favorable à ce que certains médecins libéraux puissent opter partiellement pour un statut de salarié du service public à temps partiel, ce qui leur permettrait de contribuer par ailleurs au fonctionnement de l'aide médicale d'urgence et de compléter de ce fait leur rémunération.

La rémunération au delà du forfait d'astreinte « normal » doit être possible à titre exceptionnel lorsque la situation le justifie. Ainsi, dans certains territoires à faible présence médicale, lorsqu'un médecin accepte de couvrir une aire de très grande envergure pour compenser l'absence d'autre solution, il doit être envisageable d'indemniser ce surcroît de responsabilité. Toutefois la rémunération supplémentaire du médecin ne doit pas dépasser un plafond raisonnable à déterminer au plan régional.

➤ *L'organisation de la PDS en nuit profonde doit être reconsidérée*

La mission ayant entendu les points de vue multiples des représentants des médecins libéraux, elle persiste à estimer qu'il y a des visites incompressibles à assurer en période de permanence des soins, y compris en nuit profonde. Il convient donc qu'il y ait une offre de soins minimum disponible même après minuit.

Le paiement au forfait à certaines périodes de la nuit, en particulier en nuit profonde comme on l'a vu supra, apparaît particulièrement inefficace et coûteux. D'autres logiques doivent être privilégiées. Pour cette tranche horaire, la solution qui a donc la préférence de la mission est le recours à l'hôpital, dans les conditions qui sont précisées ci-après (*cf. infra* 2.2.2).

Toutefois, il peut être jugé préférable localement de conserver à la permanence des soins libérale la charge de la nuit profonde parce que le fonctionnement est efficace et donne satisfaction à tous ou parce qu'il n'y a pas d'alternative sérieuse. Dans ce cas, il conviendra alors de définir un mode de rémunération qui privilégie la réalisation d'actes plutôt que le paiement d'astreintes comme c'est la situation aujourd'hui. En échange d'une forte diminution du nombre des secteurs, il doit être possible de compenser la perte financière des forfaits ainsi supprimés par une augmentation substantielle du tarif des actes réalisés en nuit profonde.

2.1.4 L'harmonisation des financements constitue un facteur d'amélioration de la permanence des soins

Une des difficultés rencontrées par les pouvoirs publics au plan départemental concerne l'impossibilité de coordonner et de mobiliser des financements épars ainsi que d'harmoniser les positions des différents contributeurs.

En premier lieu, la mission se prononce en faveur de l'arrêt des financements expérimentaux pour des dispositifs (régulation libérale, maisons médicales de garde) qui ont désormais vocation à s'inscrire dans un cadre financier stable⁷⁰.

En second lieu, pour tenter de résoudre les difficultés liées au caractère hétérogène des financements, la mission propose diverses options qui, toutes, militent en faveur d'une liaison indispensable entre l'organisation de la permanence des soins et les SROS.

- *La création d'une enveloppe ou d'un fonds regroupant les financements actuellement épars, de la PDS apparaît souhaitable*

La mission est bien consciente de la segmentation entre les différents financements de l'assurance maladie. Néanmoins elle pense nécessaire de regrouper entre les mains des responsables du dispositif de la PDS les moyens indispensables à son fonctionnement.

- La création d'un sous objectif de l'ONDAM paraît difficile à retenir.

La solution la plus complète aurait consisté en la création d'un sous objectif particulier de l'ONDAM couvrant la totalité des coûts liés à la PDS, y compris le paiement des actes. Rendue possible par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, cette disposition permettrait au Parlement d'apprécier le coût complet de la permanence des soins et d'instaurer de la transparence sur son fonctionnement.

Une approche de ce type avait été retenue par l'assurance maladie, la DHOS et la DSS dans le cadre des travaux du comité de coordination entre l'Etat et l'assurance maladie⁷¹.

Toutefois, cette formule, si elle intègre le paiement des actes et des astreintes effectuées, revient à centraliser tout le financement de la permanence des soins aujourd'hui majoritairement assuré dans le cadre conventionnel, qui relève d'un autre sous objectif de l'ONDAM, celui de la médecine de ville. Elle contribue de surcroît à segmenter encore l'ONDAM.

- La détermination d'une enveloppe du type : dotation nationale des réseaux (DNDR) ou d'un fonds spécifique du ; type fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMES-PP) a la préférence de la mission.

Une autre formule consisterait à rassembler dans une enveloppe ou un fonds spécifique, comme c'est le cas pour la DNDR ou le FMES-PP, les seuls financements complémentaires à ceux déjà mobilisés dans le cadre de la gestion du risque. Il s'agit essentiellement des financements ouverts au titre du FAQSV (régulation libérale, MMG), de la DNDR et de crédits hospitaliers.

Sous ce chapitre pourrait être aussi financée au titre des missions d'intérêt général (MIG) hospitalières une part du fonctionnement de la régulation mixte (médecins salariés,

⁷⁰ A cet égard, la décision du conseil national du FAQSV, de la fin décembre 2005, d'élaborer son propre cahier des charges pour décider du financement ou non de la régulation libérale ne va pas dans le sens d'une harmonisation des pratiques des différents décideurs impliqués dans le fonctionnement de la permanence des soins.

⁷¹ Relevé de conclusions de juillet 2005. Source , site intranet de la DSS.

PARM, équipements) ainsi que le coût de la substitution de l'hôpital au dispositif libéral (renforcement en personnel d'accueil et d'orientation, en personnel médical et en moyens d'intervention notamment) lorsque ce dernier n'est pas en mesure d'assurer une partie de la permanence des soins.

Dans le prolongement de leur activité de planification, les MRS, ou les ARH, seraient en charge de la répartition de ces ressources entre les différents territoires de santé.

Les autres financements (actes, régulation, astreintes) continueraient à être effectués dans le cadre du risque.

S'agissant des futures négociations conventionnelles, la mission recommande qu'à l'avenir les tarifs privilégient d'avantage les actes (visites, consultations) et la régulation.

Sans exclure une formule encore plus pragmatique, consistant à intégrer des charges de la PDS dans les enveloppes de mission d'intérêt général (MIG) hospitalières, ce scénario a la préférence de la mission.

➤ *L'intéressement des médecins à la PDS*

A terme, il serait souhaitable qu'un lien soit établi entre l'engagement des médecins au titre de la permanence des soins et leur rémunération dans le cadre conventionnel général. On pourrait imaginer, à partir d'un certain niveau de participation à la PDS (nombre d'astreintes ou de régulations effectuées par exemple), un intéressement du médecin par la modulation des rémunérations prévues dans la convention⁷².

2.2 La coopération de tous les acteurs doit être organisée localement

La mission rappelle que la couverture de la permanence des soins ambulatoire est et doit demeurer l'apanage de la médecine libérale. L'obligation déontologique collective de participation à la permanence des soins n'est satisfaite que par l'organisation d'astreintes faisant appel aux médecins volontaires.

La mission n'est absolument pas favorable à l'instauration de mécanismes de substitution généralisés, mais force est de reconnaître que, dans la pratique, le recours aux médecins volontaires n'est pas toujours suffisant pour assurer de manière fiable la couverture des périodes de permanence des soins notamment en seconde partie de nuit, voire en début de nuit ainsi que certains jours fériés ou de week-end.

Dans ce contexte, plutôt que de rechercher des solutions de fortune, les autorités locales doivent pouvoir mobiliser d'autres intervenants que les médecins généralistes libéraux. Les pistes suivantes pourraient être explorées.

2.2.1 Le préfet doit pouvoir débloquer rapidement certaines situations

A la demande du SAMU-Centre 15, le préfet doit pouvoir débloquer des situations mettant en péril la santé des citoyens. Lorsque, pour diverses raisons, la permanence des soins

⁷² On notera que les dispositions relatives à l'option du médecin référent prévoyaient déjà un engagement de participation à la PDS.

n'est pas assurée par la médecine libérale comme cela devrait être normalement le cas, le préfet, après avoir fait constater cette carence par le CODAMU-PS, doit pouvoir confier à l'hôpital et, le cas échéant au SDIS, la responsabilité d'une couverture minimum de la population. A cette fin, l'ensemble des financements prévus pour la PDS pourra être transféré à ces deux opérateurs qui devront engager des coûts supplémentaires pour répondre à cette mission.

2.2.2 Il doit être possible de s'appuyer sur d'autres effecteurs que les libéraux

Bien que cela ne soit pas, loin de là, le cas général, certains représentants des médecins libéraux ont justifié, devant la mission, le principe d'astreinte sans aucune visite.

La mission conteste clairement ce point pour plusieurs motifs qui rendent la visite nécessaire, dont :

- l'impossibilité de déplacement ou de transport de certaines personnes ;
- le développement des prises en charge à domicile (HAD, soins palliatifs, etc) ;
- l'intervention en EHPAD⁷³ ;

Aussi, en seconde partie de nuit, voire en soirée, le recours aux moyens de l'hôpital apparaît comme une solution de bon sens sauf si une autre solution efficiente et fiable est possible.

Lorsque l'hôpital est amené à remplir ce rôle, si la situation de ses effectifs le justifie, il pourrait être autorisé à se renforcer en médecins effecteurs, en recrutant notamment parmi les médecins salariés. Beaucoup de médecins aux modes d'exercice divers sont actuellement empêchés d'intervenir pour des raisons réglementaires ou conventionnelles (comme les médecins des sociétés de secours minières dans le Nord et le Pas-de-Calais) ou des centres de santé municipaux) alors qu'ils souhaitent participer à la PDS. Ces effecteurs pourraient notamment assurer les visites incompressibles, consulter en maison médicale de garde et répondre à certaines nécessités (établissement de certificats de décès, examens de gardés à vue, intervention auprès de personnes en détention)

Cette organisation peut être variable suivant la disponibilité et les souhaits des professionnels. On peut aller du recrutement de médecins à temps plein confortant les urgences, à l'emploi de praticiens à temps partiel intéressés par un mode d'exercice mixte, jusqu'au recours à des médecins attachés ou contractuels.

La mobilisation du dispositif hospitalier doit concerner aussi les urgences des établissements privés participant au service public ou des établissements de santé commerciaux. Il est préférable d'optimiser les moyens d'une UPATOU⁷⁴ publique ou privée plutôt que financer des maisons médicales de garde à faible activité.

La permanence des soins des gardés à vue et détenus, notamment la nuit, constitue un des thèmes d'insatisfaction les plus fréquents de la part des médecins libéraux rencontrés lors des déplacements de la mission. Le dispositif des unités médico-judiciaires (UMJ), qui confie

⁷³ Les représentants de la Fédération hospitalière de France se sont déclarés préoccupés par cette question auprès de la mission. EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁷⁴ Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences.

cette mission à l'hôpital par convention avec la Chancellerie, doit donc être davantage mobilisé, son financement relevant du ministère de la justice⁷⁵.

Pour mieux répondre au problème posé par l'établissement de nuit ou le week-end des certificats de décès, l'organisation des établissements pour personnes âgées dépendantes, devrait intégrer les contraintes de permanence médicale. Le cas échéant, faute d'autres solutions, la relation établissement/hôpital devrait être mieux définie, notamment par le biais des conventions qui les lient.

Le statut des médecins correspondants de SAMU devrait permettre de compléter utilement l'offre de soins dans les secteurs insuffisamment couverts. Les médecins libéraux, spécifiquement formés et équipés pour l'AMU (aide médicale urgente), judicieusement répartis sur les territoires de santé, hors rayon d'action des SMUR, pourraient ainsi être associés à la PDS en tant que de besoin. On précise que ce projet depuis longtemps en cours d'élaboration devrait être prioritairement lancé.

2.2.3 L'organisation d'une régulation commune entre les médecins de ville et l'hôpital est un préalable à toute organisation efficace de la PDS

La régulation libérale constitue la pièce maîtresse de l'édifice de la permanence des soins. Les observations de terrain ont permis de mettre en évidence la satisfaction des professionnels et des usagers lorsque les moyens sont mutualisés entre le SAMU et la régulation libérale. Beaucoup d'incompréhensions sont levées et nombre de problèmes trouvent une solution par l'adoption de protocoles communs et un traitement concerté des incidents recensés. La région parisienne, où la régulation est mixte dans de nombreux départements depuis des années, illustre l'intérêt et la viabilité de la formule.

A contrario, la mission constate que les dispositifs de régulation séparés présentent beaucoup d'inconvénients⁷⁶. Elle se prononce en faveur d'une extinction progressive de ces modes de régulation au profit de la mise en place de plateformes communes ville hôpital auxquelles doit s'adjoindre à chaque fois que c'est possible le dispositif d'appel des sapeurs-pompier⁷⁷.

Une telle mutation peut réussir moyennant certaines conditions comme :

- la modernisation des standards des centres 15 ;
- l'adaptation des effectifs de permanenciers auxiliaires de régulation aux besoins ;
- la définition d'un cahier des charges de la régulation en CODAMU-PS ;
- le respect de chaque partenaire qui doit exclure des relations « autoritaristes » entre médecins et s'appuyer sur des pratiques collégiales.

⁷⁵ Voir en annexe 7 le rappel de la réglementation sur le sujet.

⁷⁶ Incompréhension des usagers devant la multiplicité des numéros d'appels, contradiction avec le principe du numéro unique : le 112 ; risque d'appels perdus...

⁷⁷ Même si certains médecins généralistes font de l'acceptation de leur irrédentisme une condition à leur participation au dispositif de la permanence des soins.

Les exceptions à ce principe peuvent être admises dans certains cas :

- pour assurer un appui au centre 15 par une interconnexion avec des standards, régulés par des médecins, comme ceux de « SOS- médecins »⁷⁸ ;
- pour pallier l'absence de généralistes régulateurs (dans quelques rares départements), amenant à renforcer des SAMU- Centres 15 en personnel médical pour assurer la permanence des soins et l'aide médicale urgente.

2.2.4 *Le rapprochement des points de garde ou des maisons médicales avec les urgences constitue un élément positif pour le patient*

Le rapprochement des points et maisons médicales de garde avec les urgences peut être contrecarré par des considérations financières. Les urgences hospitalières sont en effet financées par une facturation du passage au patient et par un forfait en paliers de passage. Une perte de recettes d'exploitation est alors appréhendée.

Toutefois les expériences d'installation de locaux de permanence physiquement proches d'un établissement de santé ou coordonnées avec les urgences hospitalières font la preuve d'une meilleure répartition des flux de patients et doivent donc être encouragées.

2.3 Garantir la fiabilité et la lisibilité du dispositif

L'information du public, voire une communication sur le bon usage de la PDS est indispensable, mais elle suppose au préalable que des assurances soient données quant à la fiabilité du système et à la qualité des réponses apportées aux demandes de soin.

2.3.1 *Préciser les règles professionnelles et déontologiques minimales de la régulation et de l'effecton*

Le bon fonctionnement du système repose sur la présence effective de médecins disponibles pour examiner le patient, et sur une régulation médicale de qualité homogène.

2.3.1.1 Une régulation professionnalisée

Conformément à la réglementation, la régulation doit garantir après traitement immédiat de l'appel, son basculement si nécessaire sur un médecin. D'autre part, le décret pose le principe d'une régulation par le centre 15, ou, à défaut l'obligation d'une interconnexion du centre d'appel libéral avec le centre 15. Plus qu'une régulation libérale, la mission retient donc l'idée d'une régulation commune SAMU/ médecine libérale

Ces dispositions réglementaires sur le fonctionnement de la régulation sont essentielles et devraient strictement conditionner le financement des activités de régulation.

Au delà du respect des textes, la qualité du service rendu au stade de la régulation doit être garantie pour que les effecteurs soient mobilisés à bon escient, que les services d'urgence interviennent à temps si nécessaire et que le patient soit effectivement soulagé. Mais, dans la

⁷⁸ Comme dans le cas du département de la Manche, où une régulation libérale doit être prochainement organisée au standard de SOS médecins implanté à Cherbourg, en renfort du centre 15 de Saint-Lô. Mais dans ce contexte, un régulateur médecin est présent.

pratique la mission a constaté des réponses téléphoniques extrêmement hétérogènes et non contrôlées. Ainsi, selon les propres compétences ou convictions de chaque régulateur, ou bien selon l'abondance du flux d'appels à traiter et du nombre de régulateurs disponibles, la régulation peut aller du simple transfert d'appel vers l'effecteur (voire même à l'indication de son numéro de téléphone), à une longue consultation téléphonique.

Les pratiques sont également très diverses en matière de prescription médicamenteuse par les régulateurs. On a cité supra le cas des ordonnances téléphoniques. Les dispositions de la loi du 13 août 2004 autorisent, il est vrai, de telles pratiques mais sous certaines conditions limitatives : l'auteur de la prescription doit être dûment identifié, l'ordonnance doit être établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, enfin elle suppose au préalable un examen clinique sauf cas d'urgence exceptionnel⁷⁹. Estimant que ces conditions ne sont pas remplies, certains pharmaciens acceptent avec difficulté de s'y conformer⁸⁰.

De tels aléas, dans la prise en charge de leur demande comme dans les suites qui y sont données, ne peuvent inciter les patients à faire confiance au dispositif. Ils risquent en conséquence de reporter leurs demandes, si ce n'est sur SOS- médecins, vers les services publics (SDIS et SAMU) en dépit des sommes consacrées à la PDS libérale. L'autre danger à l'inverse est que le patient, découragé, diffère des soins qui s'avèreraient nécessaires, voire vitaux.

La mission recommande en conséquence que l'élaboration du nouveau cahier des charges type prévu dans le décret soit engagée dans les meilleurs délais. Il aurait semblé naturel à la mission que ce travail relève de la DHOS. La mission regrette donc fortement que le comité national de gestion du FAQSV ait décidé récemment d'élaborer séparément son cahier des charges fixant les conditions du financement de la régulation libérale⁸¹. Cette initiative conforte le diagnostic qu'elle porte sur le nombre excessif des intervenants dans l'organisation de la PDS.

Ce document devrait rappeler, en premier lieu, l'objet de la régulation et en préciser les limites : la régulation permet de déterminer le degré d'urgence et d'adapter la réponse au besoin, elle ne doit pas s'étendre à une consultation téléphonique systématique. Egalement la régulation ne peut davantage se limiter à une régulation de patientèle organisée pour les seuls adhérents de l'association de régulation libérale.

Les règles homogènes de fonctionnement de la régulation devraient être précises : pas de basculement direct sur le médecin effecteur ni a fortiori d'indication sur les moyens de le contacter directement, prise en compte de l'appel par un médecin selon un protocole professionnel, invitation faite au patient à qui est prodigué un conseil téléphonique de rappeler si la situation évolue. L'obligation d'enregistrement et de traçabilité des actes de régulation devrait également figurer au cahier des charges type.

⁷⁹ cf Rapport du Dr. DEAU adopté à la session du conseil national de l'ordre des médecins le 15 octobre 2004 : les lignes conductrices européennes parues en la matière sont plus strictes que cette approche française : elles en limitent l'usage pour les seuls patients connus du praticien et insistent sur la nécessité de l'identification des partenaires, notamment par signature électronique.

⁸⁰ C'est le cas avec l'ARMEL à Toulouse ; les pharmaciens rencontrés dans le Tarn contestent cette pratique et demande à minima que le médecin prescripteur puisse être identifié.

⁸¹ Relevé des délibérations du FAQSV en date du 21 décembre 2005, page 4 « le Comité national de gestion du FASQV donne mandat au Bureau national pour élaborer un cahier des charges fixant les conditions d'un financement par le FAQSV de tout ce qui a trait à la régulation ... »

La communication de données homogènes d'activité et de coûts qui font encore largement défaut actuellement doit être prévue dans ce cahier des charges type. Ces données constitueraient autant d'indicateurs permettant d'objectiver les situations à risque ou à problème.

Ce cahier des charges devrait être ensuite décliné dans chaque département et adapté à sa spécificité. C'est dans ce cadre qu'il faudrait notamment formaliser par protocole l'organisation à mettre en place en cas de pics d'activité, saisonniers ou non. Les critères d'évaluation devraient en outre y être précisés, comme prévu par la réglementation.

Enfin la mission recommande que des efforts de formation soient amplifiés pour professionnaliser la régulation.

2.3.1.2 Des médecins disponibles auprès de la régulation des appels

Les régulateurs doivent pouvoir compter avec certitude sur la présence d'un médecin effecteur dans les secteurs de garde, ce qui n'est pas à l'heure actuelle systématiquement garanti selon les témoignages recueillis par la mission⁸². Les secteurs concernés sont considérés, comme des « zones grises » par les régulateurs qui ne peuvent se fier au tableau d'astreinte qui leur est communiqué.

La mission recommande à cet effet l'adoption de règles de fonctionnement permettant de disposer en temps réel de l'état des moyens disponibles pour assurer la couverture de la population.

De ce point de vue, la procédure idéale est celle qui consiste à ce que chaque effecteur se signale auprès du centre de régulation des appels en début de période de permanence des soins. Cela vaut aussi aux yeux de la mission pour les régulations libérales autonomes qui ne devraient pas, au demeurant, faire écran avec les généralistes dans leur relation avec les centres 15.

2.3.1.3 Vers l'adoption d'une démarche qualité

Si la priorité de la mission va vers l'élaboration d'un cahier des charges de la régulation décliné ensuite au plan local, une démarche qualité devrait être entreprise qui pourrait conduire à moyen terme à un processus de certification. En tant que partie intégrante des établissements de santé, les SAMU- centres 15 rentrent dans le processus de certification assuré par la Haute autorité en santé (HAS). Il reste à expertiser l'intérêt et la faisabilité de l'extension de la certification à l'ensemble de la régulation.

Sur un autre plan, la définition des bonnes pratiques professionnelles est l'affaire des médecins concernés (professionnels de l'AMU et de la PDS). La mise en place de « conférences de consensus » et l'établissement de recommandations par les sociétés savantes comme cela se pratique déjà, sont des voies à emprunter. Les décisions en la matière reviennent aux professionnels libéraux et hospitaliers qui pourraient être sollicités par les pouvoirs publics pour travailler de concert sur ces thèmes.

⁸² Et comme l'illustre un relevé des incidents recueillis par un centre 15 et figurant en annexe au rapport.

2.3.2 *La mise en œuvre du dispositif doit être évaluée et contrôlée*

L'élaboration d'un cahier des charges de la régulation ne saurait suffire : il importe d'en contrôler localement le respect et d'en assurer le suivi au niveau national.

2.3.2.1 *L'évaluation locale en continu*

La contrepartie des marges de souplesse que la mission préconise de conférer au niveau départemental est la mise en œuvre rigoureuse d'une évaluation du dispositif local, qu'il s'agisse du fonctionnement de la régulation ou de celui de l'effectif (dont les MMG).

➤ *Une évaluation quantitative et qualitative mise en œuvre au plan départemental.*

Dans le cadre du CODAMU-PS, la CPAM fait rapport des contrôles sur les astreintes effectuées et sur les actes pratiqués. Sur la base du rapport d'activité des différents acteurs complété selon ses propres investigations, le Préfet appuyé par la DDASS doit pouvoir apprécier l'efficacité de l'organisation générale et les suites données aux plaintes.

Des éléments factuels quantitatifs et qualitatifs doivent donc figurer dans ces rapports, notamment :

- le nombre d'actes majorés au titre de la PDS par période (tranches nocturnes et week-end) ;
- le nombre d'actes réalisés pendant ces périodes de PDS sans majoration au titre de l'avenant n°4 ;
- le nombre d'actes réalisés dans les MMG ;
- le % de couverture des secteurs par des effecteurs déclarés au centre 15 ;
- le nombre de médecins régulateurs libéraux par périodes de PDS ;
- le coût total des dépenses de PDS engagées au titre de l'avenant n° 4 ;
- les délais de réponse de la régulation et d'intervention des effecteurs.

Ces rapports et le bilan dressé en CODAMU-PS doivent être transmis à la MRS.

➤ *Une évaluation centralisée et analysée au plan régional.*

La MRS doit être en mesure de rapprocher les données relatives à la PDS en médecine de ville et l'activité des urgences hospitalières.

Elle devrait bénéficier de la MRIICE et de l'échelon régional de contrôle de l'assurance maladie pour coordonner l'ensemble des contrôles relatifs au fonctionnement de la permanence des soins.

2.3.2.2 *Le suivi national.*

Le contenu de l'information qui remonte à l'échelon national est insuffisant pour permettre d'apprécier la situation réelle de chaque département. Il manque des indicateurs de résultats et de qualité pour pouvoir piloter le dispositif.

La mission recommande que le suivi assuré au niveau national puisse permettre de recenser tous les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre de la permanence des soins et disposer d'une liste d'indicateurs jouant un rôle d'alerte et d'aide à la prise de décision. On peut retenir par exemple :

➤ *Pour la régulation*

- l'évolution de l'activité de la régulation,
- la mesure du degré de saturation du dispositif de réception et de traitement des appels,
- le pondération des divers modes de réponse aux appels⁸³.

➤ *Pour l'effection*

- le taux de complétude des tableaux d'astreinte,
- le recueil des incidents majeurs.

Un bilan national serait dressé adressé annuellement.

D'une manière générale, face à la pauvreté ou la parcellisation du système d'information actuelles, il est souhaitable de bâtir un dispositif de recueil des données essentielles du fonctionnement et du coût de la PDS permettant d'apporter les éclairages voulus dans l'aide à la décision. Un tel système d'information devrait être couplé à celui de l'aide médicale urgente et celui relatif au suivi de l'activité et du coût des urgences hospitalières.

2.3.2.3 *L'inscription éventuelle dans un régime d'autorisation*

La permanence des soins est désormais une composante à part entière de l'offre de soins. A ce titre, il ne serait pas illégitime à terme de l'inscrire dans un processus d'autorisation. Dans l'immédiat, compte rendu de la jeunesse du dispositif, l'amélioration du cahier des charges et la protocolisation de la régulation sont à rechercher prioritairement.

2.3.3 *L'organisation de la permanence des soins doit être lisible pour le grand public*

Pour être efficace, l'organisation doit, pour l'utilisateur, être connue, comprise et aisément accessible.

2.3.3.1 *L'enjeu de la communication auprès du public*

Le mode de recours à la permanence des soins et ses règles de fonctionnement sont encore peu connus des usagers. En particulier la nécessité d'un parcours régulé du patient, et l'obligation qui peut lui être faite de se déplacer sauf impossibilité avérée, sont méconnues. Cela peut être une source de tension avec les régulateurs, l'utilisateur de la PDS découvrant ces contraintes au cours de son appel.

A tous égards, la communication auprès du grand public apparaît donc urgente, et devrait s'organiser autour du bon usage de la permanence des soins.

⁸³ Ce qui permettrait par exemple de détecter un recours excessif au conseil téléphonique au détriment d'autres modes de réponse à l'utilisateur.

Une bonne information suppose également une coordination des différents acteurs locaux et une cohérence dans l'utilisation des supports de communication. Il est incompréhensible, par exemple, pour l'utilisateur de trouver dans la presse locale le numéro d'une association de « garde » alors qu'il a été invité ailleurs par voie d'affichage ou lors d'une information télévisée à composer le numéro du centre 15 ou un numéro départemental⁸⁴. Elle devrait en outre être relayée par les caisses primaires d'assurance maladie.

La mission recommande que soit élaboré dans chaque département un plan local de communication, validé en CODAMU-PS.

2.3.3.2 Retenir un numéro d'appel unique

Deux raisons majeures militent pour la généralisation de régulations mixtes ou fortement coordonnées autour d'un numéro d'appel unique.

- Le rassemblement d'équipes composées de médecins de tous statuts, libéraux, salariés, hospitaliers, dans les mêmes locaux et autour du même équipement et des mêmes procédures est un gage d'efficacité qu'il faut chercher à développer.
- Par ailleurs, le souci de simplification pour l'utilisateur pourrait conduire à lui seul à recommander l'utilisation d'un numéro d'appel unique, au demeurant conforme aux recommandations européennes en la matière (le 15 aujourd'hui et bientôt le 112).

Mais d'autres raisons y conduisent aussi :

- les centres 15 sont gérés par les SAMU mais leur fonction ne se limite pas à l'aide médicale d'urgence⁸⁵ ;
- la distinction que certains médecins souhaitent voir respecter entre le recours aux moyens de la permanence des soins de ceux de l'aide médicale urgente a disparu au moment de la « grève des gardes » en fin 2001, période à laquelle les messages sur les répondants des généralistes invitaient souvent le public à composer le 15. Il est difficile d'expliquer à ce même public que ce qui était vrai alors ne l'est plus aujourd'hui.
- l'utilisateur, même le plus informé, ne dispose pas du numéro spécifique des régulations libérales, à fortiori lorsqu'il n'est pas résidant du département⁸⁶ ;
- c'est au niveau du point d'entrée de la régulation que s'opère l'aiguillage du patient par le permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM)

Sans en faire une condition immédiate obligatoire sur l'ensemble du territoire, le principe d'un numéro d'appel unique devrait donc être retenu et conditionner tout nouveau financement de structure. Les régulations libérales distinctes actuelles devraient progressivement se rapprocher du 15. Enfin, afin d'éviter des distorsions de pratiques médicales entre SOS et les autres médecins libéraux, il conviendrait d'obtenir que cette association participe systématiquement à la régulation de la PDS partout où elle existe.

⁸⁴ Cela a été rapporté à la mission par un représentant des usagers à l'occasion d'un de ses déplacements dans un département.

⁸⁵ Exemple : information sur les pharmacies de garde.

⁸⁶ La mission s'est livrée à un test auprès d'un représentant des usagers lors d'un déplacement dans un département. A la question, « si vous avez un enfant malade ou que vous même vous sentiez malade, quel numéro d'appel composez vous ? » ; la réponse a été « le 15 » alors que la personne avait en mains une plaquette d'information comprenant le numéro spécifique départemental d'appel de la régulation libérale.

CONCLUSION

Le dispositif issu du décret du 7 avril 2005 et de l'avenant n° 4 venant seulement d'entrer en application, l'évaluation de l'organisation de la permanence des soins à laquelle s'est livrée la mission d'inspection ne saurait prétendre revêtir un caractère exhaustif et définitif. La mission ne disposait, en effet, ni de l'ensemble des éléments d'observation, ni surtout du recul nécessaire pour se prononcer sur l'effectivité et l'efficacité du nouveau dispositif, sur son véritable coût ou sur ses limites. Le présent rapport ne constitue, dès lors, qu'une première approche.

La mission n'en retire pas moins certains enseignements d'ensemble.

La participation des praticiens libéraux à la permanence des soins s'inscrivant désormais dans le contexte du volontariat, il convient de s'en tenir, pour en définir les modalités pratiques, à une conception essentiellement réaliste. Celle-ci comporte ses acquis, telle la participation volontaire de certains praticiens, souvent regroupés en association, pour la régulation des appels ou l'accomplissement des consultations et visites ; elle comprend également ses lacunes, qu'il s'agisse de l'organisation, parfois fragile, de la régulation ou de la fiabilité, également incertaine, de la réponse aux demandes des patients.

Dans ces conditions, il appartient aux pouvoirs publics d'agir dans le souci de la clarification de la définition, du pilotage et du financement du dispositif, de son adaptabilité en fonction du contexte local de manière à en améliorer l'efficacité et à en garantir la pérennité. Une telle démarche implique à la fois l'édiction d'une organisation a minima susceptible de mettre fin aux situations de blocage là où elles subsistent, l'adoption de certaines adaptations réglementaires et financières limitées et le rappel du partage des attributions entre le niveau régional, auquel incombent la planification et l'allocation des financements, et le niveau départemental, en charge de la définition et de la gestion du dispositif.

Il importe, par ailleurs, d'entreprendre, sur le fondement d'un système d'informations renforcé et coordonné, une démarche d'évaluation et d'assurance qualité que les cahiers des charges arrêtés jusqu'à présent dans les départements n'ont pas permis d'engager.

On ne saurait trop souligner enfin l'importance qui s'attache, dans l'intérêt des patients et de la santé publique, à l'organisation de la régulation des appels qui ne peut fonctionner efficacement et durablement sans la participation de concert au sein d'un même ensemble dûment coordonné des médecins hospitaliers et des médecins libéraux.

Philippe BLANCHARD

Marc DUPONT

Roland OLLIVIER

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Catherine FERRIER

Xavier PRÉTOT

Membres de l'Inspection générale de l'administration

RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS DE LA MISSION

N°	PROPOSITION
MESURES RELEVANT D'UN ARRETE OU D'UNE CIRCULAIRE	
1	DANS LES DEPARTEMENTS OU LA COUVERTURE DE LA PDS EST MAL ASSUREE, DEFINIR UNE ORGANISATION A MINIMA EN MOBILISANT DES EFFECTEURS HOSPITALIERS, NOTAMMENT EN SECONDE PERIODE DE NUIT.
2	SECURISER LES FINANCEMENTS DES REGULATIONS EFFICIENTES (LORSQU'ILS PEUVENT ETRE ASSURES AU TITRE DE L'ENVELOPPE MIG HOSPITALIERE.)
3	RENFORCER LE DISPOSITIF DE REGULATION DES APPELS EN PRIVILEGIANT LES REGULATIONS COMMUNES (VILLE-HOPITAL) ET EN TRAITANT LES SITUATIONS OU LES CENTRES 15 SONT ENGORGES
4	NE PAS RENOUELER LES REGULATIONS LIBERALES INDEPENDANTES.
5	MODERNISER LES INSTALLATIONS DE RECEPTION ET DE TRAITEMENT DES APPELS VETUSTES OU NON FONCTIONNELLES.
6	BATIR UN TABLEAU DE BORD DE LA PDS, RASSEMBLANT LES DONNEES DE L'ETAT ET DE L'ASSURANCE MALADIE, DEFINIR DES INDICATEURS D'EFFICACITE ET D'EFFICIENCE.
7	REVOIR LES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DE LA REGULATION LORSQU'ELLE NE S'EXERCE PAS DANS UN CADRE DEPARTEMENTAL (SAUF POUR LES DEPARTEMENTS A FAIBLE DENSITE MEDICALE OU SONT PREVUS DES CENTRES 15 INTERDEPARTEMENTAUX). <i>INSTRUCTIONS A DONNER POUR L'ETAT NE SOUTIENNE PAS EN CODAMU-PS ET A FORTIORI DANS LE CAHIER DES CHARGES DE LA PDS, UNE ORGANISATION REGIONALE DE LA REGULATION LIBERALE.</i>
8	DONNER DES INSTRUCTIONS POUR NE PAS ACCEPTER DE RENDRE ELIGIBLES AU PAIEMENT D'ASTREINTES, DES DISPOSITIFS DE TRAITEMENT DES APPELS QUI NE SONT PAS AU SERVICE DE LA REGULATION DEPARTEMENTALE.
9	LORSQU'IL N'EST PLUS POSSIBLE OU DERAISONNABLEMENT ONEREUX DE MOBILISER LES MEDECINS LIBERAUX EN SECONDE PARTIE DE NUIT. FINANCER LES EFFECTEURS HOSPITALIERS. <i>SUR ENVELOPPE HOSPITALIERE DE MISSION D'INTERET GENERAL (MIG) A COURT TERME.</i>
10	PRENDRE UN ARRETE MODIFIANT L'ARRETE DU 12 DECEMBRE 2003 AFIN D'ELABORER UN NOUVEAU CAHIER DES CHARGES TYPE CONTENANT UN SOCLE DE REGLES A RESPECTER DANS LA PRATIQUE DE L'ASTREINTE DE SECTEUR ET DE LA REGULATION. RETENIR NOTAMMENT DES PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT PERMETTANT DE DISPOSER EN TEMPS REEL DE L'ETAT DES MOYENS DISPONIBLES POUR ASSURER LA COUVERTURE DE LA POPULATION.
11	DANS CHAQUE DEPARTEMENT, DANS LE CAHIER DES CHARGES, DEFINIR LES MODALITES DE GESTION DES PICS D'ACTIVITE SAISONNIERS OU NON (RAPPEL DE LA REGLEMENTATION EXISTANTE.)

MESURES NECESSITANT UNE ADAPTATION DU DECRET DU 7 AVRIL 2005	
12	DONNER AUX PREFETS LA LATITUDE D'ADAPTER LES HORAIRES DE LA REGULATION EN FONCTION DES BESOINS DE LA POPULATION, ET EVALUER A L'ECHELON REGIONAL L'ORGANISATION RETENUE AU PLAN DEPARTEMENTAL.
13	ETENDRE POUR LES REGULATIONS « MIXTES », SAMU/LIBERAUX, LA DUREE DE LA PERIODE DE PERMANENCE DES SOINS AUX SAMEDIS APRES-MIDI
14	ADOPTER UN NUMERO UNIQUE D'APPEL COMMUN A LA PERMANENCE DES SOINS ET A L'AIDE MEDICALE URGENTE.
15	RENFORCER LES MOYENS D'ACTION OPERATIONNELS DES PREFETS ET DDASS EN LEUR DONNANT LA LATITUDE DE NEGOCIER DES FINANCEMENTS DE LA PDS (HORS CONVENTION MEDICALE) AVEC LES ACTEURS CONCERNES, APRES DELEGATION DES MOYENS DE FINANCEMENT PAR L'ECHELON REGIONAL COMPETENT.
MESURES D'ORDRE LEGISLATIF.	
16	REGROUPER LES DECISIONS ET MOYENS D'INTERVENTION RELEVANT DE L'ECHELON REGIONAL : -OPTION 1 (PRIVILEGIEE PAR LA MISSION) :TRANSFERER AUX ARH LA CONDUITE DE LA PDS A L'ECHELON REGIONAL : PREVISION DES BESOINS, DETERMINATION DES FINANCEMENTS ET EVALUATION DU DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS. OPTION 2 : CONFERER AUX MISSIONS REGIONALES DE SANTE (MRS) CETTE COMPETENCE.
17	DANS LE CADRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (LFSS) METTRE EN PLACE UN FINANCEMENT PERENNE DE L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS (HORS CONVENTION MEDICALE) : -OPTION 1 : SOUS FORME D'UNE DOTATION SPECIFIQUE MOBILISANT A LA FOIS LES ENVELOPPES RELATIVES AUX SOINS DE VILLE ET AUX SOUS OBJECTIFS DE DEPENSES HOSPITALIERES D'ASSURANCE MALADIE DU TYPE DNDR. -OPTION 2 : PAR CREATION D'UN FONDS DE PROMOTION DE LA PERMANENCE DES SOINS DU TYPE FMES.
18	A MOYEN TERME EN COORDINATION AVEC LE VOLET « URGENCES » DES SROS, TRANSFERER AUX FUTURES ARS, DES COMPETENCES DE DEFINITION DES ORIENTATIONS, DE FINANCEMENT ET D'EVALUATION DE LA PDS.
19	A TERME, ENVISAGER DE DEVELOPPER UNE DEMARCHE DE CERTIFICATION DE TOUT OU PARTIE DE L'ORGANISATION DE LA PDS (EN PRIORITE, LA REGULATION.)
MESURES RELEVANT DE LA CONVENTION MEDICALE	
MODALITES DE MISE EN CEUVRE DES DISPOSITIONS DE L'AVENANT N°4	
20	COMPTE TENU DE LA PRIORITE DONNEE A UNE REGULATION EFFICACE, ACCEPTER DE REGLER DES ASTREINTES, PENDANT LA PERIODE DE PDS, EN NOMBRE MODULABLE ET DETERMINE APRES AVIS DU CODAMU-PS.
21	METTRE UN TERME AU FINANCEMENT D'ASTREINTES DE REGULATION ASSUREES PAR DES OPERATEURS N'INTERVENANT QUE POUR LEUR PROPRE COMPTE.
DANS LE CADRE D'UNE PROCHAINE NEGOCIATION CONVENTIONNELLE.	
22	DONNER LA PRIORITE A LA REMUNERATION DES ACTES PLUTOT QU'A UNE REVALORISATION DU MONTANT DES ASTREINTES
23	DANS LES NEGOCIATIONS A VENIR PRIVILEGIER LES GENERALISTES QUI PARTICIPENT ACTIVEMENT A LA PDS.

ANNEXES

Liste des annexes

- Annexe 1 :** Lettre de mission.
- Annexe 2 :** Liste des personnes rencontrées par la mission lors de ses déplacements.
- Annexe 3 :** Réglementation relative à la permanence des soins.
- Annexe 4 :** Dates de publication des arrêtés fixant la sectorisation et de la mise en paiement des astreintes, en application de l'avenant n° 4 à la convention médicale, dans les départements visités par la mission.
- Annexe 5 :** Fonctionnement de la régulation.
- Annexe 6 :** Activité des urgences et des généralistes libéraux pendant les périodes de permanence des soins.
- Annexe 7 :** Textes relatifs à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence.
- Annexe 8 :** Eléments financiers.
- Annexe 9 :** Incidents recensés en 2005 et 2004 par un SAMU dans l'exercice de la régulation.
- Annexe 10 :** Impact de l'activité d'une maison médicale de garde adossée à un hôpital sur l'activité des urgences d'un centre hospitalier.
- Annexe 11 :** Nombre d'actes en période de PDS dans les départements visités par la mission.
- Annexe 12 :** Proposition de rubriques à introduire dans un nouveau cahier des charges type de la permanence des soins.

Annexe 1 :
Lettre de mission.



Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement
du Territoire

Ministère de la Santé et des Solidarités

Les Ministres

Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire
Ministère de la Santé et des Solidarités
N° 726

D.05.8448

Paris, le 29 SEP. 2005

Note

**pour le Chef de l'Inspection générale de l'administration
et pour la Chef de l'Inspection générale des affaires sociales**

Objet : Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

L'objectif du dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire est :

- de solliciter les libéraux dans la prise en charge des demandes de soins non programmés afin qu'ils jouent leur rôle dans la prise en charge de premier recours et contribuent en cela à désengorger les services d'urgences dont la mission première est d'accueillir les vraies urgences ;
- de mettre en place une véritable coordination de la permanence des soins au plan départemental en renforçant les complémentarités entre régulations libérale et hospitalière.

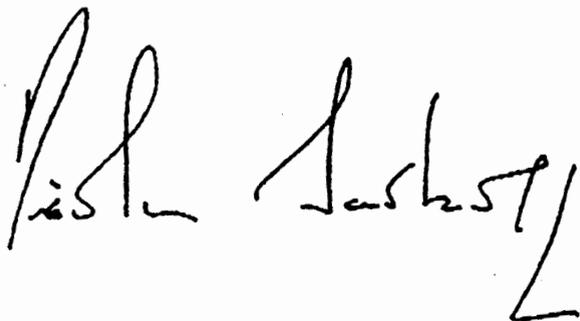
En organisant et en clarifiant le dispositif de permanence des soins dans chaque département, les dispositions instaurées par le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 et modifiées par le décret n°2005-328 du 7 avril 2005 ont pour but d'assurer une prise en charge plus adaptée des patients en tout point du territoire et de faciliter l'adhésion des médecins libéraux, et donc leur participation, à l'organisation mise en place.

L'accompagnement de la mise en œuvre de ces dispositions par l'application de l'avenant n° 4 à la convention médicale doit garantir l'effectivité du dispositif de permanence des soins dans chaque département.

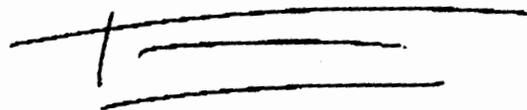
Dans le cadre du relevé de conclusions signé entre le Ministre en charge de la santé, représenté par le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, et les organisations représentatives de médecins urgentistes, le Ministre s'est engagé à évaluer la mise en œuvre du nouveau dispositif de permanence de soins.

Dans cette optique, il nous semble opportun de vous saisir pour mener une évaluation globale sur l'ensemble du territoire, en l'approfondissant sur un panel représentatif de départements. Cette évaluation comportera un bilan quantitatif de la montée en charge du nouveau dispositif, ainsi qu'une appréciation sur la qualité du dispositif mis en place.

Vous voudrez bien nous remettre un premier bilan fin octobre 2005. !



Nicolas SARKOZY



Xavier BERTRAND

Annexe 2 :
Liste des personnes rencontrées par la mission
lors de ses déplacements.

I) AU PLAN NATIONAL.

Cabinet de monsieur le ministre de la santé et des solidarités.

Monsieur HABERT, conseiller technique.

Monsieur RANCE, conseiller technique.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.(DHOS)

Monsieur CASTEX, directeur.

Madame REVEL sous directrice de la sous direction de l'organisation du système de soins (0).

Madame BILLAUD, chef de bureau chargée de l'organisation générale de l'offre régionale de soins à la sous direction de l'organisations du système de soins .

Madame LAVY attachée au bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins.

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Monsieur VINQUANT sous-directeur à la sous direction du financement du système de soins.

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Madame BONNET

Madame DI-MENZA

Madame LE-LAIDIER.

Madame DE MASCAREL

Madame SCHNEIDER

Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Monsieur le docteur BOUET, secrétaire général adjoint.

Monsieur le docteur DESSEUR conseiller national , président de la commission « gardes et urgences » du CNOM.

Madame JOUANNET, chargée des services juridiques du secteur « exercice professionnels »

Association des médecins urgentistes hospitaliers de France (AMUHF)

Monsieur le docteur PELLOUX, président.

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Monsieur le docteur CHASSANG, président.

Monsieur le docteur COMBIER, président de l'UNOF.

Syndicats des médecins libéraux (SML)

Monsieur le docteur DI CABRERA, président.

Fédération des médecins de France.

Monsieur le docteur REGI , président.

Monsieur le docteur RIGAL , membre du bureau de la FMF.

MG France.

Monsieur le docteur MICHEL responsable du dossier de la permanence des soins au sein de MG France.

Monsieur le docteur MENGUY délégué régional MG France de Champagne Ardennes

Fédération hospitalière de France (FHF) et conférences hospitalières

Monsieur VINCENT délégué général.

Monsieur le docteur MICHEL, conférence des présidents de commissions médicales d'établissement (CME) , responsable du SAMU centre 15 du centre hospitalier de Bourges.

Monsieur le Docteur BRAY, conférence des présidents de CME, responsables des urgences-SMUR du centre hospitalier Sud francilien.

Monsieur le docteur GARRIGUES, conférence des présidents de CME, chef de service de réanimation au Centre Hospitalier d'Aix en Provence et consultant à la FHF.

Monsieur VIGOUROUX, conférence des directeurs généraux de CHU, directeur du CHU de Limoges.

Monsieur CUSSIEZ, directeur de cabinet du délégué général de la FHF.

Monsieur CAUSSE, délégué général adjoint de la FHF.

Fédération hospitalière privée (FHP)

Monsieur GEFROY, délégué général.

Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP)

Monsieur DUPUY, délégué général.

Monsieur TONINI, directions des établissements sanitaires.

Madame PERDIGOU chargée de mission, secteur sanitaire.

SAMU de France.

Monsieur le docteur GIROUD, président.

SOS médecins.

Monsieur le Docteur GUERIN président.

Monsieur le docteur SMADJA, secrétaire général

II) AU plan départemental..

- Le Préfet ou son représentant ;
- La DDASS (directeur et collaborateurs en charge du dossier) ;
- La CPAM ainsi que la MSA dans certains départements ;
- La mission régionale de santé (MRS) ;
- Le conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- Les organisations syndicales représentatives des médecins généralistes¹ ;
- Les associations d'organisation de la permanence des soins (dont des promoteurs de maison médicale de garde) ;
- Les représentants des usagers siégeant au CODAMU-PS.
- Les représentants des SAMU-centres 15 et des urgences.
- Les représentants des établissements de santé (direction et présidents de CME) dans la plupart des départements visités.

.

¹ Dans certains départements certains ne se sont pas rendus à l'invitation (CSMF, SML) ; Yvelines ; Oise.

Annexe 3 :
Réglementation relative à la permanence des soins.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(Nouvelle partie Législative)

Article L6122-7

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 8 VI Journal Officiel du 6 septembre 2003)

L'autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique.

Pour les établissements de santé privés, l'autorisation peut être subordonnée à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier ou un accord d'association au fonctionnement de celui-ci selon les modalités prévues aux articles L. 6161-9 et L. 6161-10.

L'autorisation peut être subordonnée à l'engagement de mettre en oeuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins. L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au I de l'article L. 6122-13 si la condition ainsi mise à son octroi n'est pas réalisée.

Article L6314-1

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, II Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I, II Journal Officiel du 6 septembre 2003)

(Ordonnance n° 2004-637 du 1 juillet 2004 art. 25 3° Journal Officiel du 2 juillet 2004 en vigueur le 1er juillet 2005)

(Ordonnance n° 2004-637 du 1 juillet 2004 art. 25 3° Journal Officiel du 2 juillet 2004 en vigueur le 1er juillet 2005)

Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(Nouvelle partie Législative)

Article L6133-2

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 87 III Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 18 II Journal Officiel du 6 septembre 2003)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 18 III Journal Officiel du 6 septembre 2003)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 141 II Journal Officiel du 11 août 2004)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 32 I Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

Dans le cas prévu au 1° de l'article L. 6133-1, les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins.

Les permanences de soins, consultations et actes médicaux assurés par les médecins libéraux dans le cadre du groupement peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire. La rémunération des soins dispensés aux patients pris en charge par des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code est supportée par le budget de l'établissement de santé concerné.

Les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par les établissements publics de santé ou par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, sont facturés par l'établissement de santé employeur à l'établissement de santé dont relève le patient. L'établissement dont relève le patient assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie.

Les médecins libéraux exerçant une activité dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire continuent à relever à ce titre des professions mentionnées à l'article L. 622-5 du code de la sécurité sociale.

AVENANT N° 4**A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT
LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE**

En application :

- de l'article L 162-5 du Code de la Sécurité Sociale,
- du décret n° 2003-800 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de la Santé Publique,
- de l'arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins,
- de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 12 janvier 2005,
- et du décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique,

les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Préambule :

La permanence des soins est nécessaire pour garantir à tous nos concitoyens un meilleur accès aux soins. En effet, en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux et des établissements de soins, des besoins de soins urgents existent. La réponse à ces besoins urgents ne justifie pas nécessairement l'utilisation de moyens lourds d'intervention. C'est pourquoi, en complément de la permanence de soins en établissement et des dispositifs d'urgence, il est impératif de rendre effective la participation des médecins libéraux à la permanence des soins.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels, de par leur compétence quant à la définition des rémunérations des praticiens, souhaitent favoriser une organisation permettant de garantir, aux assurés, une permanence des soins efficiente sur l'ensemble du territoire et aux professionnels libéraux, une juste rémunération pour leur participation à la permanence des soins.

A cet effet, les médecins libéraux s'engagent à s'impliquer dans le fonctionnement du dispositif de permanence des soins mis en place de façon à assurer à l'utilisateur une réponse adaptée de qualité. Par ailleurs, les parties conviennent de la nécessité de mieux informer les professionnels comme les assurés afin de garantir l'efficacité du dispositif redéfini.

Les parties conventionnelles considèrent enfin indispensable d'apporter à la question de la permanence des soins une réponse organisationnelle décentralisée adaptée aux besoins de soins urgents de la population en fonction des périodes et des territoires, s'appuyant sur une régulation préalable.

Article 1 : Cadre réglementaire rénové

Le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins prévoit à cet égard une définition des secteurs d'astreinte adaptable en fonction des horaires et des périodes de l'année.

La mise en œuvre de la nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoire, basée sur le volontariat du médecin, repose notamment sur :

- L'obligation d'une régulation préalable des demandes de soins non programmés aux heures de permanence organisée par le SAMU, cette régulation pouvant également être assurée par le centre d'appel d'une association de permanence des soins dès lors que ce centre est interconnecté avec le SAMU. Le décret du 7 avril 2005 prévoit que les modalités de l'interconnexion doivent être définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le SAMU et l'association de permanence de soins.

La régulation des appels permet d'apporter la meilleure réponse à la demande de soins : conseil, réorientation vers une consultation programmée, recours au médecin ou association de permanence des soins, inscrit sur le tableau de permanence, ou le cas échéant, recours aux services d'urgence hospitalière.

- La sectorisation, pour le dimanche, les jours fériés et la nuit.

L'organisation, sur proposition des partenaires régionaux (Missions régionales de santé), de cette sectorisation, notamment la mutualisation de secteurs entre 20h et 8h, doit faire l'objet d'arrêtés préfectoraux, pris après consultation des conseils départementaux de l'ordre des médecins et avis des CODAMUPS.

Par lettre en date du 11 avril 2005, le Ministre des Solidarités, de la Santé de la Famille et le Secrétaire d'Etat à l'Assurance Maladie ont informé les partenaires conventionnels de leur volonté de redéfinir dans les meilleurs délais les secteurs de permanence afin de mieux prendre en compte les besoins de la population, l'offre de soins existant ainsi que les caractéristiques propres à chaque département.

Ils ont précisé que cette redéfinition, qui sera assurée à l'issue d'une concertation menée par les préfets au sein des CODAMUPS, devrait notamment permettre, en application du décret précité, d'obtenir une mutualisation des secteurs après minuit, d'environ un secteur sur deux en moyenne nationale, dès lors que cette nouvelle organisation garantisse une permanence des soins en tout point du territoire, à tout moment de la journée et de la nuit.

Article 2 : Participation de l'Assurance Maladie au financement de la régulation

En application des textes, la régulation doit être opérationnelle pendant les plages horaires prévues pour la permanence des soins quels que soient l'organisation et les modes de coopération retenus.

La présence des médecins libéraux pour assurer la régulation peut ne pas être systématique sur l'ensemble des plages horaires de permanence des soins. Dans ce cas, un relais doit être assuré, par exemple par le praticien hospitalier, dans le respect du cahier des charges départemental qui doit notamment préciser, conformément à l'article R 735 du code de la santé publique, les conditions particulières d'organisation de la régulation.

L'Assurance maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux suivant les modalités ci-dessous :

- Versement de 3C soit 60 € de l'heure au médecin libéral régulateur pour sa participation à la régulation organisée par le SAMU, le dimanche, les jours fériés et la nuit en fonction des besoins ;
- Prise en charge de la formation à la régulation des médecins dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle ;
- Prise en charge, si besoin, de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux régulateurs pour leur activité de régulation.

Article 3 : Participation de l'Assurance Maladie au financement de majorations spécifiques

La mise en place de la régulation telle que définie supra permet d'optimiser le recours au médecin de permanence, en distinguant les besoins de conseils ou de réorientations vers une consultation programmée, des besoins de soins nécessitant l'intervention d'un médecin de permanence.

Les partenaires conventionnels expriment leur volonté de majorer spécifiquement les actes réalisés dans ce cadre, dans un souci de qualité et d'efficacité de l'organisation des soins.

Ainsi, lorsque le médecin inscrit sur le tableau de permanence ou appartenant à une association de permanence des soins et inscrit, conformément à l'article R 731 du code de la santé publique, auprès du Conseil départemental de l'ordre, intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, en application des dispositions de l'article R 732 du code de la santé publique, il bénéficie de majorations spécifiques.

Le montant de ces majorations est distinct selon que le médecin de permanence reçoit le patient à son cabinet ou s'il effectue une visite à domicile justifiée :

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit 20h-0h / 6h-8h :	46,00€	42,50€
Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h :	55,00€	51,50€
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés :	30,00€	26,50€

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin non inscrit au tableau de garde qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés, ni avec les majorations de déplacements - à l'exception des indemnités kilométriques (IK) de l'article 13C) des conditions générales de la NGAP -, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnent lieu à l'application et la prise en charge par l'Assurance Maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

Article 4 : Participation de l'Assurance maladie au financement de l'astreinte

La participation du médecin de permanence est formalisée par une inscription nominative en tant que tel sur le tableau départemental de garde, conformément à l'article R.731 du Code de la santé publique, et par son intervention conditionnée aux appels de la régulation organisée par le SAMU.

Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le médecin de permanence s'engage à être disponible et joignable par tous moyens afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais, l'astreinte pouvant être assurée, sous ces réserves et conformément au cahier des charges départemental (Art R 735 du Code de la Santé Publique), en tout lieu aux heures définies de la permanence. En particulier, il répond aux sollicitations de la régulation organisée par le SAMU dans le cadre de la permanence des soins.

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du praticien libéral conventionné inscrit au tableau de permanence ou du médecin de permanence intervenant dans le cadre d'une association de médecins spécialisées dans l'intervention en dehors des heures ouvrées, sous réserve, conformément à l'article R. 731 du Code de la Santé Publique, d'une transmission au conseil départemental de l'Ordre des médecins, de la liste nominative des médecins participant à cette permanence.

Les médecins de permanence remplissant les engagements ci-dessus peuvent prétendre à une rémunération :

- de 50€ pour la période de 20h à 0h,
- de 100€ pour la période de 0h à 8h,
- et de 150€ pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h.

Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence, ou par ensemble de secteurs mutualisés, et de 150€ par période de 12 heures.

Article 5 : Participation de l'Assurance maladie au financement des autres éléments de l'organisation régionale de la permanence des soins

Le financement des autres éléments de l'organisation de la permanence des soins sur le FASQV et sur la dotation nationale de développement des réseaux définis aux niveaux régional et départemental interviendra dans le cadre d'une enveloppe prédéterminée au niveau national, fixée en accord avec le bureau national en ce qui concerne le FAQSV.

S'agissant des expérimentations de maisons médicales de garde, qui font actuellement l'objet d'une évaluation, la pérennisation de ces structures dans le cadre de ce dispositif de permanence des soins sera examinée par les partenaires conventionnels avant le 31 décembre 2005 au vu des évaluations finales disponibles.

Article 6 : Particularités des zones déficitaires

Les partenaires conventionnels souhaitent tenir compte des difficultés rencontrées par les professionnels pour assurer la permanence des soins dans les zones géographiques déficitaires en offre de soins, et notamment les zones rurales dans lesquelles cette exigence impacte de manière importante les conditions d'exercice du médecin libéral.

Dès lors, des propositions de mesures spécifiques, notamment dans le cadre de l'article 109 de la loi du 23 février 2005 sur les territoires ruraux permettant de prendre en compte la particularité de la permanence des soins dans les zones géographiques confrontées à des déficits démographiques, seront examinées afin que leur mise en place intervienne dès la définition de ces zones par les Missions Régionales de Santé conformément à l'article L. 162-47 du Code de la sécurité sociale.

Article 7 : Evaluation du dispositif

L'application du dispositif financier mis en place par le présent avenant fera l'objet d'une évaluation, tant au regard de ses effets sur l'implication des médecins libéraux dans le fonctionnement de la permanence des soins que de l'évolution des dépenses de l'Assurance Maladie liées directement ou indirectement à son organisation.

La méthodologie de cette évaluation sera définie par les partenaires conventionnels nationaux. Elle sera réalisée à l'issue d'une période de 12 mois et un point d'étape sera effectué 6 mois après l'entrée en vigueur du présent texte. L'évaluation s'appuiera notamment, pour l'aspect organisationnel de la permanence des soins, sur les indicateurs prévus dans les cahiers des charges départementaux (art. R 735).

Article 8 : Pratiques professionnelles des médecins généralistes urgentistes

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence des services d'urgence privés dans les Unités de Proximité d'Accueil, d'Orientation et de Traitement des Urgences (UPATOU), les médecins généralistes urgentistes qui assurent la prise en charge des urgences au sein de ces établissements de santé mentionnés à l'article R 712-67 du code de santé publique, peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat-type annexé au présent avenant.

Article 9 : Permanence des soins en unités d'obstétrique

L'UNCAM s'engage dans le respect des procédures réglementaires à modifier les listes citées à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale. La majoration de sujétion particulière de 61 € pour les actes des médecins mentionnés aux 5^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème} et 12^{ème} alinéas du 2^o de l'article D 712-84 du code de la santé publique prévue par l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la Nomenclature Générale Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, sera remplacée par une majoration de sujétion particulière de 150 €, pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisés, la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun de ces médecins. Quand un pédiatre est appelé à intervenir à la suite d'un accouchement ayant eu lieu au cours de la nuit, il pourra bénéficier du montant de cette majoration, même si cette intervention se situe au cours de la matinée suivante.

ANNEXE**Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des urgences dans les UPATOU**

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelée « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »

d'une part

Et

Le réseau des médecins généralistes urgentistes exerçant dans le cadre de services d'urgence de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° [UPATOU]
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des urgences, les médecins généralistes urgentistes du réseau s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles des urgences annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de professionnels du réseau devant, pour chaque période, assurer une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit de 20h à 8h. Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération forfaitaire individuelle de 228,68 € par période de garde sur place la nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec les majorations de première partie de nuit (20h-0h).

Fait à Paris, le

Pour l'UNCAM,
Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance,
Docteur Félix BENOUAICH, Président

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président

Annexe 4 :
Dates de publication des arrêtés fixant la sectorisation
et de la mise en paiement des astreintes,
en application de l'avenant n° 4 à la convention médicale,
dans les départements visités par la mission.

Département	Date d'effet	Date mise en paiement	Date arrêté préfectoral
ARDECHE	18/08/07	Non indiqué	27/06/05
CALVADOS	01/07/05	Nov 2005	12/07/05
HAUTE GARONNE	28 /07/05	21/10/05	27/07/05 et 5/12/05
ISERE	02/06/05	12/09/05	25/03/05
MANCHE	27/07/05	10/08/05	26/07/05
NORD	30/09/05	07/11/05	30/09/05
OISE	28/08/05	06/09/05	27/08/05
PAS DE CALAIS	02/06/05	13/09/05	13/06/05
TARN	29/09/05	Nov 2005	28/09/05
YVELINES*	02/06/05	28/09/05	12/07/04 (confirmation arrêté)

*Dans ce département le CODAMU s'est prononcé sur une nouvelle sectorisation en juillet 2005.

Source DHOS et CNAMTS .

Annexe 5 :
Fonctionnement de la régulation.

EVOLUTION DE L'ACTIVITE (exprimée en affaires)DES SAMU CENTRE 15 en ILE DE France.

Source ARH-IdF

Année	2001	2003	2004
Nombre d'affaires	1 106 341	1 156 646	1 190 777

EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE L'ASSOCIATION DE REGULATION LIBERALE (ARMEL) EN MIDI-PYRENEES.

Source :ARMEL.

Année	2004	2005
Nombre d'appels	92 728 (ouverture en février 2004)	194 299

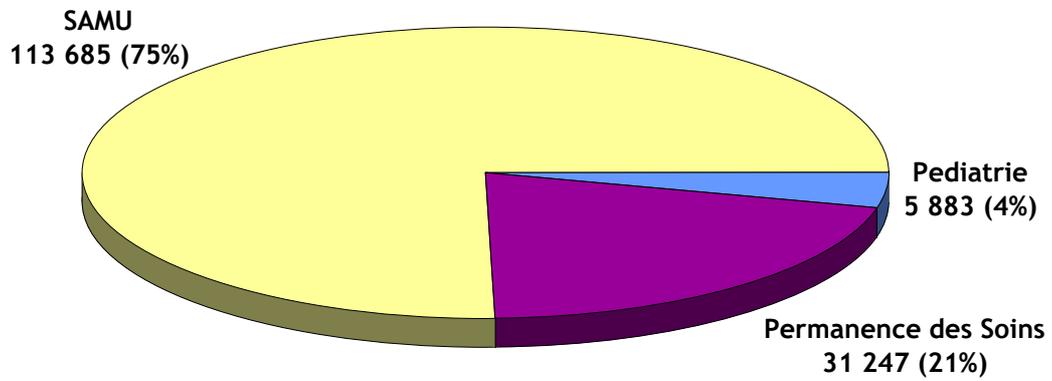
EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE SAMU-CENTRES 15 et de REGULATIONS LIBERALES DANS DES DEPARTEMENTS VISITES PAR LA MISSION.

Département et évolution du nombres d'appels et d'affaires	Année 2001	Année 2002	Année 2003	Année 2004	Année 2005
Calvados (appels)	146 758 (135 950 en 2000)	190 529	207 199	207 446	217 984
Haute Garonne SAMU-15 (affaires) Régul libérale au C 15 (affaires)		168 171	159 332	177 690 31 503 (ouvert fév 04)	168 973 42994
Isère (appels)*			89 960	86 763	93 321 projection à partir des données des neuf premiers mois
Manche Appels Affaires	46 402	74 819	92 172 74 965	99 373 76 797	
Nord SAMU-15 Nb de communica-- tions Nb d'affaires		1 565 236	1 457 790	1 490 658	1 506 206 250 699
Oise SAMU-15 (affaires)		86 684	91 950	106 478	115 989
Pas de Calais Régul libérale (affaires)		21 437 (ouverture en cours année)	71 212	70 821	79 385
Tarn					
Yvelines Dont régulation libérale		146 983 63 280	158 078 70 349	160 347 73 393	

* : les données communiquées pour ce département sont à examiner avec prudence, car ne paraissant pas représenter toute l'activité du SAMU-Centre 15.

**SAMU 31 Toulouse - Activité permanence des soins (pds)
Statistiques du 01/01/2005 au 30/09/2005**

Répartition du nombre d'appels pris en charge au CRRA aux horaires PDS



Total Appels 3 zones : 150 815

Données sur l'activité de la régulation dans certains départements visités par la mission.

Département : PAS-de-CALAIS.

Tableau 1.

Activité du SAMU et de la régulation libérale le week-end du 7 au 9 janvier (permanence des soins).

*** L'autocom actuel du SAMU ne permet pas d'obtenir l'information**

Périodes	8H-20H *	20H-24H *	0H-8H *	Total *
Nb d'appels Samedi 7 dimanche 8 -dont SAMU : -dont régul libérale :	SAMU inconnu CRRAL : 690 présentés et 463 traités car manque de personnel d'où l'attente	SAMU inconnu CRRAL : 125 présentés et 79 traités car manque de personnel d'où l'attente	SAMU inconnu CRRAL : 106 présentés et 69 traités car manque de personnel d'où l'attente	SAMU inconnu CRRAL : 921 présentés et 611 traités car manque de personnel d'où l'attente
Nb d'appels Dimanche 8- lundi 9 -dont SAMU : -dont régul libérale :	SAMU inconnu CRRAL : 958 présentés et 750 traités car manque de personnel d'où l'attente	SAMU inconnu CRRAL : 118 présentés et 80 traités car manque de personnel d'où l'attente	SAMU inconnu CRRAL : 42 présentés et 28 traités car manque de personnel d'où l'attente	SAMU inconnu CRRAL : 1118 présentés et 858 traités car manque de personnel d'où l'attente
Nb d'affaires traitées. Samedi 7 dimanche8 -dont SAMU : -dont régul libérale :	SAMU : 294 CRRAL : 402 Total : 696	SAMU : 107 CRRAL : 73 Total : 180	SAMU : 94 CRRAL : 18 Total : 112	SAMU : 495 CRRAL : 493 Total : 988
Nb d'affaires traitées. Dimanche 8- lundi 9 -dont SAMU : -dont régul libérale :	SAMU : 316 CRRAL : 688 Total : 1004	SAMU : 95 CRRAL : 76 Total : 171	SAMU : 69 CRRAL : 26 Total : 95	SAMU : 480 CRRAL : 790 Total : 1270

Département : Pas de Calais.

Activité régulation : tableau 2.

Répartition des affaires traitées pendant la période concernée. (du samedi 7 janvier au lundi 9 janvier 2006 : 8H)

Nature des affaires : connu pour le15 bis uniquement	SAMU	Régulation libérale
Conseil téléphonique	266	484
Orientat vers consult Pds libé	13	596
Déclenchement visite domic		105
Orientation vers urgences		31
Déclench ambul privé PdS	244	0
Déclench véhic SDIS	555	0
Sorties SMUR	212	0
Transf vers l'autre régul	0	67
Autres	94	0
Total	1384	1283

Nombre de régulateurs médicaux présents. : Tableau 3

Périodes	8H-20H	20H-24H	0H-8H	Total
Nb de régulateurs présents Samedi7 dimanche8 -dont SAMU : -dont régul libérale :	SAMU : 2 CRRAL : 2 à partir de 12 h	SAMU : 2 CRRAL : 2 jusqu'à 23 h	SAMU : 2 CRRAL : 1 Total : 3	SAMU : 2 CRRAL : Varie selon l'horaire
Nb de régulateurs présents Dimanche8-lundi 9 -dont SAMU : -dont régul libérale :	SAMU : 2 CRRAL : 2 Total : 4	SAMU : 2 CRRAL : 2 jusqu'à 23 h	SAMU : 2 CRRAL : 1 Total : 3	SAMU : 2 CRRAL : Varie selon l'horaire

SAMU

Département du Tarn :

Tableau 1.

Activité du SAMU et de la régulation libérale le week-end du 7 au 9 janvier (permanence des soins).

Périodes	8H-20H	20H-24H	0H-8H	Total
Nb d'appels Samedi7 dimanche8 -dont SAMU : -dont régul libérale :	530	107	88	637 88
Nb d'appels Dimanche8- lundi 9 -dont SAMU : -dont régul libérale :	401	96	48	497 48
Nb d'affaires traitées. Samedi7 dimanche8 -dont SAMU : -dont régul libérale :	308	75	68	383 68
Nb d'affaires traitées. Dimanche8- lundi 9 -dont SAMU : -dont régul libérale :	177	32	37	209 37

Département : TARN

Activité régulation : tableau 2.

Répartition des affaires traitées pendant la période concernée. (du samedi 7 janvier au lundi 9 janvier 2006 : 8H)

Nature des affaires	SAMU	Régulation libérale
Conseil téléphonique	75	0
Orientat vers consult Pds libé	183	0
Déclenchement visite domic		0
Orientation vers urgences		0
Déclench ambul privé PdS	97	0
Déclench véhic SDIS	100	0
Sorties SMUR	39	0
Transf vers l'autre régul		0
Autres	203	0
Total	697	0

Nombre de régulateurs médicaux présents. : Tableau 3

Périodes	8H-20H	20H-24H	0H-8H	Total
Nb de régulateurs présents				
Samedi7	1	1	1	1
dimanche8	1	1	1	1
-dont SAMU :	1	1	1	1
-dont régul libérale :	0	0	0	0
Nb de régulateurs présents				
Dimanche8-	1	1	1	1
lundi 9	1	1	1	1
-dont SAMU :	1	1	1	1
-dont régul libérale :	0	0	0	0

Fiche d'orientation de la régulation par ARMEL dans le TARN

Décisions 81 du 07/01/06 8h		Total	Total	Total	Total	
au 09/01/06 à 8h		0h - 08h	8h - 20h	20h - 24h	Journée	
Conseil médical	Conseil médical	20	89	13	122	54%
Envoi vers hôpital ou SAMU	Envoi vers hôpital	1	1	1	3	1%
	Renvoi vers SAMU	0	1	2	3	1%
Acte médical C ou V	Médecin tour de garde	0	0	0	0	0%
	Médecin secteur	0	0	0	0	0%
	Médecin de garde en consultation	0	38	3	41	18%
	Médecin de garde en visite	9	30	6	45	20%
	Rsgt sur gardes	0	0	0	0	0%
	Maison médicale	0	0	0	0	0%
	SOS médecins	0	0	0	0	0%
Autres professions de santé	Ambulance	0	0	0	0	0%
	Renseignements pharmacie de garde	0	0	0	0	0%
	Kiné	0	0	0	0	0%
	Infirmier de garde	0	0	0	0	0%
	Autre décision	3	10	0	13	6%
	Total	33	169	25	227	

Fiche d'orientation de la régulation par ARMEL dans le TARN

Décisions 81 du 07/01/06 8h		Total	Total	Total	Total	
	au 09/01/06 à 8h	0h - 08h	8h - 20h	20h - 24h	Journée	
Conseil médical	Conseil médical	20	89	13	122	54%
Envoi vers hôpital ou SAMU	Envoi vers hôpital	1	1	1	3	1%
	Renvoi vers SAMU	0	1	2	3	1%
Acte médical C ou V	Médecin tour de garde	0	0	0	0	0%
	Médecin secteur	0	0	0	0	0%
	Médecin de garde en consultation	0	38	3	41	18%
	Médecin de garde en visite	9	30	6	45	20%
	Rsgt sur gardes	0	0	0	0	0%
	Maison médicale	0	0	0	0	0%
	SOS médecins	0	0	0	0	0%
Autres professions de santé	Ambulance	0	0	0	0	0%
	Renseignements pharmacie de garde	0	0	0	0	0%
	Kiné	0	0	0	0	0%
	Infirmier de garde	0	0	0	0	0%
	Autre décision	3	10	0	13	6%
	Total	33	169	25	227	

Requête 3 : Modes de réponse



Auteur : L.Gout
Version : 1.1
Date : 09/01/2006
Validation : V Christophe - JL Ducassé
Date : 09/01/2006

Mission IGAS - IGA

SAMU 31 - Régul 31

Evaluation du nouveau dispositif de la PDS en médecine ambulatoire

Requête 3 : Modes de réponse

Requête 3 : Modes de réponse

AMU

	2002	2003	2004	2005
	Affaires	Affaires	Affaires	Affaires
Conseils	18%	17%	15%	13%
TR SAN	25%	29%	28%	31%
SMUR	7%	6%	5%	6%
Med Gen	8%	7%	6%	5%
Se Deplacer	0%	0%	1%	1%
Autres	4%	4%	4%	3%
N/A	37%	37%	42%	40%

Requête 3 : Modes de réponse

PDS

	2004	2005
	Affaires	Affaires
Conseils	42%	48%
TR SAN	5%	4%
SMUR	0%	0%
Med Gen	32%	29%
Se Deplacer	5%	6%
Autres	2%	1%
N/A	14%	11%

Annexe 6 :
Activité des urgences et des généralistes libéraux
pendant les périodes de permanence des soins.

CALVADOS

Activité des urgences et de la PDS à Caen.

Comparaison de l'activité des urgences et des généralistes regroupés en point de garde à Caen pendant la période de permanence des soins, le week-end du 7 au 9 janvier 2006 pour les urgences et le week-end du 19 au 21 novembre pour les généralistes (SOS)

Secteurs/périodes	Activité des urgences du CHU et activité des généralistes d'astreintes en point de garde	Journée	Nuit profonde. 0h-8h : urgences 0h-6H :généralistes
Samedi	Urgences (passages)	280	19
	Généralistes(actes)	174	17
Dimanche	Urgences	263	25
	Généralistes	222	17

Source : transmission DDASS

Dont activité du CHP St Martin – UPATOU Caen

Activité des urgences (dans la localité d'implantation du SAMU-centre 15) le week-end du 7 au 9 janvier.

Périodes	8H-20H	20H-24H	0H-8H	Total
Nb de passages Samedi7	47	4		51
dimanche8				
-dont CCMU 1	39	4	0	43
-dont CCMU 2	8	0	0	8
exclusivement médicale				
Nb de passages Dimanche8-	50	2		52
lundi 9				
-dont CCMU1	36	2	0	38
-dont CCMU2	14	0	0	14
exclusivement médicale				

Activité des urgences du CHU de Toulouse.

WEEK END DU SAMEDI 07 JANVIER 08:00 AU LUNDI 09 JANVIER 08:00				
CHU TOULOUSE : TOTAL URGENCES	DECOMPE TOTAL			
	8h- 20h	20h- 24h	0h- 8h	Total
Samedi à Dimanche	218	74	48	340
Dimanche à Lundi	258	69	39	366
Total	476	143	87	706
CHU : URGENCES ADULTES	DECOMPE TOTAL			
	8h- 20h	20h- 24h	0h- 8h	Total
Samedi à Dimanche	140	53	40	233
Dimanche à Lundi	154	49	34	237
Total	294	102	74	470
CHU : URGENCES PEDIATRIQUES	DECOMPE TOTAL			
	8h- 20h	20h- 24h	0h- 8h	Total
Samedi à Dimanche	78	21	8	107
Dimanche à Lundi	104	20	5	129
Total	182	41	13	236

Isère :

Situation dans l'agglomération Grenobloise.

Comparaison de l'activité des urgences et des généralistes regroupés en point de garde à GRENOBLE pendant la période de permanence des soins, le week-end du 7 au 9 janvier 2006.

Secteurs/périodes	Activité des urgences du CHU et activité des généralistes d'astreintes en point de garde	Journée	Nuit profonde. 0h-8h : urgences 0h-6H :généralistes
Samedi	Urgences :	161 passages dont 32 en CCMU 1	14 dont 4 en CCMU1
	Généralistes	40	5
Dimanche	Urgences	149 passages dont 23 en CCMU 1	5
	Généralistes	61	0

Source : transmission DDASS

Attention : l'activité de SOS médecins n'apparaît pas .

Pas de Calais : Activité des urgences et des généralistes.

Activité des urgences (dans la localité d'implantation du SAMU-centre 15) le week-end du 7 au 9 janvier.

Périodes	8H-20H	20H-24H	0H-8H	Total
Nb de passages Samedi7 dimanche8 -dont CCMU 1 -dont CCMU 2 exclusivement médicale	55* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	9* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	6* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	70* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom
Nb de passages Dimanche8-lundi 9 -dont CCMU1 -dont CCMU2 exclusivement médicale	39* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	15* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	3* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	57* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom

* : il s'agit du nombre de passages dans le service des urgences du Centre Hospitalier d'Arras.

Pas de Calais (suite)

Activité réalisée dans le cadre de la permanence des soins par les médecins généralistes dans le ou les secteurs où se situe le SAMU-centre15 les Week-end du 17 au 19 novembre*. (regrouper les secteurs selon la sectorisation arrêtée en nuit profonde)

Période	6H-8H	8H-12H	12H-20H	20H-24H	0H-6H	Total
Samedi- Dimanche Total des actes réalisés -dont consultations -dont visites			42V+152C	11V+ 15C	2V	212
Dimanche – Lundi Total des actes réalisés -dont consultations -dont visites			51V+142C	8V+ 16C	1V	218
Total actes week end -dont consultations -dont visites			93V+294C=387	19V+31C= 50	3V	430

* actes présentés au remboursement ou actes connus pour la période de début de permanence des soins (en incluant les actes majorés du samedi après-midi) du samedi après-midi au lundi 19 novembre 8H.

Département : Oise -Centre Hospitalier de Beauvais**Service des urgences pédiatriques**

Activité des urgences (dans la localité d'implantation du SAMU-Centre 15) le week-end du 7 au 9 janvier.

Périodes	8H-20H	20H-24H	0H-8H	Total
Nb de passages du Samedi 7 – 8h	29	9	2	40
au Dimanche 8 – 8h				
-dont CCMU 1	19	6	1	26
-dont CCMU 2	10	3	1	14
exclusivement médicale				
Nb de passages du Dimanche 8 – 8h	31	5	3	39
au Lundi 9 – 8h				
-dont CCMU1	21	4	2	27
-dont CCMU2	10	1	1	12
exclusivement médicale				

Département : Oise**Service d'Accueil Urgences**

Activité des urgences (dans la localité d'implantation du SAMU-Centre 15) le week-end du 7 au 9 janvier.

Périodes	8H-20H	20H-24H	0H-8H	Total
Nb de passages du Samedi 7 – 8h	46	14	12	72
au Dimanche 8 – 8h				
-dont CCMU 1	1	0	2	3
-dont CCMU 2	18	6	9	33
exclusivement médicale				
Nb de passages du Dimanche 8 – 8h	58	12	5	75
au Lundi 9 – 8h				
-dont CCMU1	4	2	0	6
-dont CCMU2	21	2	5	28
exclusivement médicale				

Département de l'OISE CPAM de BEAUVAIS:

Activité réalisée dans le cadre de la permanence des soins par les médecins généralistes dans le ou les secteurs où se situe le SAMU-centre 15 les Week-end du 17 au 19 novembre*.
(regrouper les secteurs selon la sectorisation arrêtée en nuit profonde)

Période	6H-8H	8H-12H	12H-20H	20H-24H	0H-6H	Total
VENDREDI 18 11 2005 de 20 H à 24 h Total des actes réalisés -dont consultations -dont visites				0		0
SAMEDI 19 11 2005 Total des actes réalisés -dont consultations -dont visites	De 6 h à 8h et de 20h à 24 h 0		0			0
DIMANCHE 20 11 2005 Total des actes réalisés -dont consultations -dont visites		De 8h à 20h				0
LUNDI 21 11 2005 DE 0h à 8h Total des actes réalisés -dont consultations -dont visites	0				0	0
TOTAL actes WEEK END -dont consultations -dont visites	0	0	0	0	0	0

actes présentés au remboursement ou actes connus pour la période de début de permanence des soins (en incluant les actes majorés du samedi après-midi) du samedi après-midi au lundi 19 novembre 8H.

REMARQUE

RECHERCHES EFFECTUEES SUR LES MEDECINS GENERALISTES DONT LE CABINET EST SITUE A BEAUVAIS

Tarn.

FICHE URGENCES –CENTRE HOSPITALIER ALBI

ACTIVITE SAU ALBI

	2001	2002	2003	2004	2005
passages SAU Albi	29645	29508	29051	28358	28292
externes	22726 76,60%	22828 77,30%	22383 77,04%	21835 76,90%	21853 77,20%
passages 20h --> 8h	27,64%	28,62%	29,70%	30,50%	31,38%
20h -->0h	17,76%	18,10%			19,02%
0h -->8h	9,88%	10,52%			12,36%
externes Sam Dim	32,32%	32,24%	31,80%	31,30%	33,70%
externes 18h-->8h	43,73%	44,90%	46,09%	47,40%	47,78%

Périodes du 7 au 9/01/2006	8h-20h	20h-24h	0h-8h	Total
Nb de passages	52	18	9	79
Nb externes	44	14	6	64
Samedi 7 8 h au				
Dimanche 8 8h				
dont CCMU 1	9	5	3	17
dont CCMU 2	9	3	1	13
exclusivement				
médical *				
Nb de passages	57	15	7	79
Nb externes	46	13	6	65
Dimanche 8 8h au				
Lundi 9 8h				
dont CCMU 1	11	6	3	20
dont CCMU 2	3	4	3	10
exclusivement				
médical *				

* (hors traumato CCMU 1 et CCMU 2)

Pas de Calais : Activité des urgences et des généralistes.

Activité des urgences (dans la localité d'implantation du SAMU-centre 15) le week-end du 7 au 9 janvier.

Périodes	8H-20H	20H-24H	0H-8H	Total
Nb de passages Samedi7 dimanche8 -dont CCMU 1 -dont CCMU 2 exclusivement médicale	55* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	9* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	6* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	70* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom
Nb de passages Dimanche8-lundi 9 -dont CCMU1 -dont CCMU2 exclusivement médicale	39* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	15* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	3* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom	57* Il n'est pas possible d'extraire les CCMU dans Clinicom

* : il s'agit du nombre de passages dans le service des urgences du Centre Hospitalier d'Arras.

Pas de Calais (suite)

Activité réalisée dans le cadre de la permanence des soins par les médecins généralistes dans le ou les secteurs où se situe le SAMU-centre15 les Week-end du 17 au 19 novembre*.

(regrouper les secteurs selon la sectorisation arrêtée en nuit profonde)

Période	6H-8H	8H-12H	12H-20H	20H-24H	0H-6H	Total
Samedi- Dimanche Total des actes réalisés -dont consultations -dont visites			42V+152C	11V+ 15C	2V	212
Dimanche – Lundi Total des actes réalisés -dont consultations -dont visites			51V+142C	8V+ 16C	1V	218
Total actes week end -dont consultations -dont visites			93V+294C=387	19V+31C= 50	3V	430

* actes présentés au remboursement ou actes connus pour la période de début de permanence des soins (en incluant les actes majorés du samedi après-midi) du samedi après-midi au lundi 19 novembre 8H.

Annexe 7 :
Textes relatifs à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence.

99

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET
DE LA SOLIDARITE**

DIRECTION DES HOPITAUX
Sous-direction des affaires administratives et financières
Bureau des affaires administratives et juridiques (AF1)

MINISTERE DE LA JUSTICE

Paris, le

DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES
GRÂCES
Sous-direction des affaires pénales générales et des grâces
Bureau de la police judiciaire

La ministre de l'emploi et de la solidarité

Le garde des sceaux Ministre de la justice

à

Madame et Messieurs les procureurs généraux
(pour diffusion et mise en oeuvre)Mesdames et Messieurs les directeurs des
agences régionales de l'hospitalisation
(pour diffusion et mise en oeuvre)Madame et Messieurs les préfets de région
(pour information)Mesdames et Messieurs les préfets de
département
(pour information)Directions départementales des affaires sanitaires
et sociales
(DDASS)

**CIRCULAIRE N° DH/AF1/98/137 du 27 février 1998 relative à la création de consultations
médico-judiciaires d'urgence.**

Date d'application : immédiate.

NOR :MESH9830069C (texte non paru au Journal Officiel)

Grille de classement : SP3 332

Résumé : Harmonisation des conditions de création de consultations médico-judiciaires d'urgence.

Mots-clés : Etablissements de santé - procureurs généraux - Création d'unités de consultations médico-judiciaires d'urgence

Textes de référence : Décret n° 94-210 du 30 décembre 1994 portant création du Conseil Supérieur de la Médecine Légale.
--

Textes abrogés ou modifiés :

100

Le conseil supérieur de la médecine légale, institué par décret du 30 décembre 1994, soucieux de ne pas limiter ses travaux à la médecine légale autopsique, a émis notamment le vœu d'homogénéiser et de rationaliser les conditions d'exercice de la médecine légale non thanatologique. Cette activité doit se concevoir comme une mission réalisée à l'hôpital à la demande des autorités judiciaires. Dès lors, le regroupement de ces activités dans des pôles hospitaliers de référence et leur développement nécessitent de clarifier l'articulation entre les missions de l'hôpital et celles de l'institution judiciaire.

Afin de rationaliser l'implantation territoriale des consultations médico-judiciaires d'urgence, il est donc indispensable que tout projet de création de ce type soit instruit par l'échelon local en concertation avec la Direction des Hôpitaux et la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces.

Tous les projets devront faire l'objet d'un dossier, adressé aux administrations centrales, qui comportera, dans une première partie, la description de toutes les structures existant actuellement dans la région, en précisant pour chacune le nombre des actes et les conditions matérielles dans lesquelles ils sont réalisés, ainsi que les coûts en personnels hospitaliers et d'expertise et les frais de structures. En outre, dans cette partie, seront incluses les conventions passées entre l'établissement public de santé et les experts précisant notamment les modalités de prise en charge financière des expertises judiciaires.

La deuxième partie de ce document devra indiquer en quoi il est nécessaire de renforcer le dispositif actuel et quelles en sont les lacunes. Elle devra faire apparaître les perspectives de l'activité médico-légale au niveau régional ainsi que l'évaluation des coûts de fonctionnement et d'investissement en termes de :

- personnel médical et non médical,
- travaux d'aménagement des locaux,
- équipements médicaux et hôteliers.

Ces dossiers seront instruits conjointement par les directeurs des établissements de santé et les procureurs de la République, et adressés aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ainsi qu'aux procureurs généraux.

La direction des hôpitaux (bureau AF1 - personne chargée du dossier : Mme MOUCHARD - tél. : 01 40 56 56 58) et la sous-direction des affaires pénales générales et des grâces (bureau de la police judiciaire - personne chargée du dossier : Mme GAUX - tél. : 01 44 77 63 83) seront les destinataires de ces dossiers. Ils seront vos interlocuteurs permanents.

Vous voudrez bien informer de toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans l'exécution de la présente circulaire.

Décret n° 94-1210 du 30 décembre 1994 portant création d'un Conseil supérieur de la médecine légale

NOR : JUSD9430039D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et du ministre délégué à la santé,

Vu la Constitution, notamment son article 37 ;

Vu le décret n° 91-1216 du 3 décembre 1991 portant création du Haut Comité de la santé publique,

Décrète :

Art. 1^{er}. - Il est créé auprès du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre chargé de la santé un Conseil supérieur de la médecine légale.

Art. 2. - Le Conseil supérieur de la médecine légale a pour mission :

a) D'assurer le suivi et l'évaluation, sous forme d'un rapport annuel, du schéma d'organisation de la médecine légale en France ;

b) De formuler, à son initiative ou sur la demande du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre chargé de la santé toutes propositions en matière de médecine légale ;

c) D'encourager, d'entreprendre et de développer, à son initiative ou sur la demande du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre chargé de la santé tous travaux de recherche en matière de médecine légale.

A ces fins, il recueille auprès des personnes et des services intéressés les informations utiles relevant de son champ d'activité.

Art. 3. - Le Conseil supérieur de la médecine légale peut faire appel à toute personne dont l'avis est susceptible de l'éclairer.

Art. 4. - Le Conseil supérieur de la médecine légale comprend :

1^o Huit membres de droit :

- le directeur des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice ou son représentant ;
- le directeur des affaires civiles et du sceau au ministère de la justice ou son représentant ;
- le directeur général de la santé au ministère chargé de la santé ou son représentant ;
- le directeur des hôpitaux au ministère chargé de la santé ou son représentant ;
- le directeur général des enseignements supérieurs au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ou son représentant ;
- le directeur général de la gendarmerie nationale au ministère de la défense ou son représentant ;
- le directeur général de la police nationale au ministère de l'intérieur ou son représentant ;
- le vice-président du Haut Comité de la santé publique ou son représentant.

2^o Dix personnalités :

- trois médecins, ou leurs suppléants, désignés par le ministre chargé de la santé en raison de leur compétence en médecine légale ;
- deux médecins, ou leurs suppléants, désignés par le ministre chargé des universités et de la recherche, l'un au titre des universités, l'autre au titre de la recherche, en raison de leur compétence en médecine légale ;
- cinq magistrats de l'ordre judiciaire ou leurs suppléants, désignés par le garde des sceaux, ministre de la justice.

Les personnalités mentionnées au paragraphe 2^o et leurs suppléants sont désignés pour trois ans, leur mandat est renouvelable une fois.

Art. 5. - Le Conseil supérieur de la médecine légale est présidé par le directeur des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice.

Il se réunit, en tant que de besoin et au moins une fois par an, sur convocation de son président qui fixe l'ordre du jour.

Art. 6. - Le secrétariat du conseil est assuré par la sous-direction de la justice criminelle à la direction des affaires criminelles et des grâces.

Art. 7. - Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre d'Etat, ministre de la défense, le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 30 décembre 1994.

EDOUARD BALLADUR

Par le Premier ministre :

*Le ministre d'Etat, garde des sceaux,
ministre de la justice,*

PIERRE MÉHAIGNERIE

*Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales,
de la santé et de la ville,*

SIMONE VEIL

*Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur
et de l'aménagement du territoire,*

CHARLES PASQUA

Le ministre d'Etat, ministre de la défense,

FRANÇOIS LÉOTARD

*Le ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,*

FRANÇOIS FILLON

Le ministre délégué à la santé,

PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

Décret n° 94-1211 du 30 décembre 1994 modifiant le décret n° 93-1425 du 31 décembre 1993 portant application de l'ordonnance n° 92-1147 du 12 octobre 1992 relative à l'aide juridictionnelle en matière pénale dans les territoires d'outre-mer

NOR : JUSC9421065D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre du budget, porte-parole du Gouvernement, et du ministre des départements et territoires d'outre-mer,

Vu la loi n° 61-814 du 29 juillet 1961 conférant aux îles Wallis-et-Futuna le statut de territoire d'outre-mer ;

Vu la loi n° 84-820 du 6 septembre 1984 modifiée portant statut de la Polynésie française ;

Vu la loi n° 88-1028 du 9 novembre 1988 portant dispositions statutaires et préparatoires à l'autodétermination de la Nouvelle-Calédonie en 1998 ;

Vu l'ordonnance n° 92-1147 du 12 octobre 1992 relative à l'aide juridictionnelle en matière pénale dans les territoires d'outre-mer ;

Vu le décret n° 93-1425 du 31 décembre 1993 portant application de l'ordonnance n° 92-1147 du 12 octobre 1992 relative à l'aide juridictionnelle en matière pénale dans les territoires d'outre-mer ;

Vu l'avis émis le 21 avril 1994 par le comité consultatif de Nouvelle-Calédonie informé en application de l'article 68 de la loi n° 88-1028 du 9 novembre 1988 ;

Le Conseil d'Etat (section de l'intérieur) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. - Le second alinéa de l'article 39 du décret du 31 décembre 1993 susvisé est remplacé par l'alinéa ci-après :

« La valeur de la lettre clé est fixée chaque année par arrêté conjoint du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre chargé du budget. »

Art. 2. - Il est inséré, dans le décret du 31 décembre 1993 susvisé, après l'article 48, les articles suivants :

« Art. 48-1. - La dotation affectée aux barreaux en application des dispositions de l'article 15 de l'ordonnance n° 92-1147 du 12 octobre 1992 susvisée donne lieu au versement en début d'année d'une provision initiale ajustée en fonction de l'évolution du nombre des admissions à l'aide juridictionnelle.

« Le montant de cette provision initiale est fixé par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice. Il est calculé sur la

base d'une prévision portant, d'une part, sur les missions achevées dans l'année et, d'autre part, sur les missions engagées et susceptibles de donner lieu au versement d'une provision à l'avocat.

« Le montant des ajustements versés en cours d'année est également fixé par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice.

« Art. 48-2. - La liquidation de la dotation due à chaque barreau est effectuée en fin d'année à partir d'un état récapitulatif des missions achevées. Cet état est établi par la caisse des règlements pécuniaires des avocats et, après certification de sa régularité et de sa sincérité par le commissaire aux comptes, est visé par le bâtonnier.

« Le solde correspondant à la différence entre le montant des provisions versées et celui de la dotation due au titre des missions achevées tel qu'il résulte de l'état liquidatif est déduit de la provision initiale de l'exercice suivant.

« Le garde des sceaux, ministre de la justice, peut faire vérifier par les agents de son administration l'application des dispositions du présent article par les caisses des règlements pécuniaires des avocats.

« Art. 48-3. - La somme revenant à l'avocat, en vertu des dispositions du règlement intérieur du barreau, lui est versée par la caisse des règlements pécuniaires des avocats dont il relève sous réserve, le cas échéant, des provisions réglées par la caisse.

« Art. 48-4. - Les caisses des règlements pécuniaires des avocats tiennent une comptabilité annuelle des opérations effectuées sur le compte spécial prévu à l'article 16 de l'ordonnance n° 92-1147 du 12 octobre 1992 susvisée.

« Les sommes payées aux avocats effectuant des missions d'aide juridictionnelle sont enregistrées chronologiquement sur le compte spécial. Y sont mentionnés :

- « 1° Le nom des avocats ;
- « 2° La nature et les références de l'affaire ;
- « 3° La date d'admission ;
- « 4° Le caractère provisionnel ou définitif du règlement.

« S'il y a lieu, la part de la dotation non utilisée après liquidation est constatée à la fin de chaque année. Elle est reprise dans la comptabilité de l'exercice suivant.

« Aucune écriture autre que celles prévues ci-dessus ne peut figurer sur le compte spécial.

« A la fin de chaque année, le commissaire aux comptes porte à la connaissance du président de la caisse des règlements pécuniaires des avocats les contrôles et vérifications auxquels il a procédé ainsi que ses observations. Ce rapport est présenté à une assemblée générale annuelle. »

Art. 3. - Le I de l'article 48 du décret du 31 décembre 1993 susvisé est abrogé.

Art. 4. - Le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre du budget, porte-parole du Gouvernement, et le ministre des départements et territoires d'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 30 décembre 1994.

EDOUARD BALLADUR

Par le Premier ministre :

Le ministre d'Etat, garde des sceaux,
ministre de la justice,
PIERRE MÉHAIGNERIE

Le ministre du budget,
porte-parole du Gouvernement,
NICOLAS SARKOZY

Le ministre des départements
et territoires d'outre-mer,
DOMINIQUE PERBEN

Arrêté du 21 décembre 1994 relatif à une régie d'avances
NOR : JUSF9450214A

Par arrêté du ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 21 décembre 1994, le montant de l'avance accordée au régisseur d'avances de la direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse d'Ile-de-France est porté à 8 000 F à compter du 1^{er} janvier 1995.

Arrêté du 27 décembre 1994 portant règlement de comptabilité pour la désignation des ordonnateurs secondaires et de leurs délégués

NOR : JUSE940130A

Le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, et le ministre du budget, porte-parole du Gouvernement,

Vu le décret n° 64-754 du 25 juillet 1964 modifié relatif à l'organisation du ministère de la justice ;

Vu le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique, notamment ses articles 64, 96, 104 et 226 ;

Vu le décret n° 70-1049 du 13 novembre 1970 relatif à la déconcentration du contrôle financier sur les dépenses de l'Etat effectuées au plan local ;

Vu le décret n° 82-630 du 21 juillet 1982 relatif aux pouvoirs des préfets sur les services de l'administration pénitentiaire ;

Vu le décret n° 84-675 du 17 juillet 1984 modifié relatif au régime financier et comptable du compte de commerce Régie industrielle des établissements pénitentiaires ;

Vu l'arrêté du 6 juin 1990, modifié par l'arrêté du 16 mai 1994 modifié fixant l'organisation en sous-directions de la direction de l'administration pénitentiaire et relatif au Service national pour le travail en milieu pénitentiaire ;

Vu l'arrêté du 2 novembre 1992 modifié portant désignation des personnes responsables des marchés passés par le ministère de la justice ;

Vu la décision arrêtée en réunion interministérielle du 6 décembre 1993 confirmant la délocalisation de la régie industrielle des établissements pénitentiaires à Tulle.

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - Le directeur du Service national pour le travail en milieu pénitentiaire est institué ordonnateur secondaire à vocation nationale des recettes et des dépenses du compte de commerce 904-11 pour la régie industrielle des établissements pénitentiaires.

Art. 2. - Le directeur du Service national pour le travail en milieu pénitentiaire est institué ordonnateur secondaire à vocation nationale du budget du ministère de la justice pour les recettes et dépenses du Service national pour le travail en milieu pénitentiaire, se rapportant au matériel, au fonctionnement courant, aux frais de déplacement et aux dépenses informatiques, bureautiques et télématiques.

Art. 3. - En cas d'absence ou d'empêchement, le directeur du Service national pour le travail en milieu pénitentiaire peut déléguer sa signature au directeur adjoint du service ainsi qu'à un fonctionnaire de catégorie A affecté au Service national pour le travail en milieu pénitentiaire.

Art. 4. - Le contrôle financier local est exercé par le trésorier-payeur général de la Corrèze en application du décret n° 70-1049 du 13 novembre 1970 susvisé.

Art. 5. - L'arrêté du 20 juin 1994 portant délégation de signature à l'effet de signer au nom du ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, tous états de liquidation en dépenses et recettes au directeur du Service national pour le travail en milieu pénitentiaire et au directeur adjoint est abrogé.

Art. 6. - Le directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de la justice et le directeur de la comptabilité publique au ministère du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui prendra effet au 1^{er} janvier 1995 et sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 27 décembre 1994.

Le ministre d'Etat, garde des sceaux,
ministre de la justice,

Pour le ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur
de l'administration pénitentiaire :

Le chef de service,
E. REBEILLE-BORCELLA

Le ministre du budget,
porte-parole du Gouvernement,
Pour le ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur
de la comptabilité publique :

Le sous-directeur,
J. PERREAULT



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous direction de l'organisation
du système de soins

Bureau de l'organisation générale
de l'offre régionale de soins O1

6 mai 2005

Personnes chargées du dossier :
Marie-Odile MOREAU
Tel : 01-40-56-50-83
Laurence LAVY
Tel : 01-40-56-64-41

051801

NOTE

**A l'attention de Monsieur Roland SAMBUC
Conseiller auprès du Ministre
Responsable du pôle santé publique et sécurité sanitaire**

**A l'attention de Monsieur HABERT
Conseiller technique auprès du Secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie**

OBJET : Dispositions législatives et réglementaires relatives à l'obligation d'examen médical sur réquisition judiciaire et à l'obligation d'examen médical sur réquisition dans le cadre de la permanence des soins

PJ : - Tableau récapitulatif
- Textes législatifs et réglementaires : code de la santé publique, code de procédure pénale, code pénal

Des discussions sur la réquisition dans le cadre de la permanence des soins prévue par l'article R.733 du code de la santé publique ont amené certains syndicats de médecins libéraux à soulever la question de l'obligation d'examen médical ou d'établissement de certificats de décès dans le cadre d'une réquisition judiciaire définie par les articles 63-3 et 74 du code de procédure pénale.

Suite à cette réflexion, le Secrétariat Général du Gouvernement a interrogé la DHOS sur l'opportunité d'introduire, dans les dispositions relatives à la permanence des soins, l'obligation pour les médecins de déférer aux réquisitions judiciaires.

La présente note vise à préciser que ces deux types de réquisition, qui ont des objets différents, sont réglementés par des textes différents émanant de codes distincts et sont

1

ordonnés par des autorités publiques différentes. De même le financement et la rémunération de ces actes ne sont pas imputables au même budget.

L'introduction de dispositions concernant les réquisitions judiciaires dans le décret relatif à la permanence des soins risquerait d'introduire une confusion quant à l'objet de la réquisition et pour cette raison ne semble donc pas opportune.

1- Examen médical sur réquisition judiciaire :

L'article 63-3 du code de procédure pénale fait de l'examen médical un droit pour la personne gardée à vue dont elle est informée dès le début de la mesure. Il précise "Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire.

A tout moment, le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire peut d'office désigner un médecin pour examiner la personne gardée à vue.

En l'absence de demande de la personne gardée à vue, du procureur de la République ou de l'officier de police judiciaire, un examen médical est de droit si un membre de sa famille le demande ; le médecin est désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire. Le médecin examine sans délai la personne gardée à vue. Le certificat médical par lequel il doit notamment se prononcer sur l'aptitude au maintien en garde à vue est versé au dossier."

La loi laisse le choix du médecin intervenant en garde à vue à la discrétion de l'officier de police judiciaire ou du procureur de la république. La circulaire générale C. 63-3 du code de procédure pénale précise à l'alinéa 4 que "*le choix du médecin par l'officier de police judiciaire ou le procureur de la république n'obéit à aucune règle définie.*"

Par ailleurs le médecin est tenu de déférer aux réquisitions. Le refus de déférer est sanctionné par l'article R.642-1 du Code pénal (amende prévue pour les contraventions de la 2ème classe) et par l'article L.4163-7 du Code de la santé publique (amende de 3750 €).

L'article R 642-1 du code pénal précise que "*le fait, sans motif légitime, de refuser ou de négliger de répondre soit à une réquisition émanant d'un magistrat ou d'une autorité de police judiciaire agissant dans l'exercice de ses fonctions, soit, en cas d'atteinte à l'ordre public ou de sinistre ou dans toute autre situation présentant un danger pour les personnes, à une réquisition émanant d'une autorité administrative compétente, est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2e classe.*"

Les tarifs d'honoraires sont fixés par l'article R 117 du code de procédure pénale. **Le règlement des honoraires est assuré par le ministère de la Justice au titre des frais de justice.** En effet, l'examen médical de la personne gardée à vue consiste à répondre aux seuls besoins de la justice et n'est pas une mission de soins telle que définie par le Code Santé publique en son article L.6111-2.

La question de l'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue a fait l'objet d'une conférence de consensus qui s'est tenue les 2 et 3 décembre 2004 et est publiée sur le site de la Haute Autorité de Santé.

Les principes de la réquisition judiciaire d'un médecin sont analogues en cas de découverte d'un cadavre. L'article 74 du code de procédure pénale dispose qu' "*en cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, même si la cause*

en est inconnue ou suspecte [...] Le procureur de la République [...] se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut toutefois déléguer aux mêmes fins un officier de police judiciaire de son choix".

Ces réquisitions judiciaires sont donc l'une et l'autre ordonnée par le procureur de la république ou un officier de police judiciaire et sont totalement distinctes de la réquisition dans le cadre de la permanence des soins.

2- Examen médical sur réquisition dans le cadre de la permanence des soins :

L'article L.6315-1 du code de la santé publique dispose que « sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L.162-5 du code de la santé publique, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat. »

Le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 a inséré au code de la santé publique les dispositions fixant les conditions de participation des médecins à la permanence des soins et les modalités d'organisation de cette permanence aux articles R.730 et suivants, modifiés par le décret n°2005-328 du 7 avril 2005.

Ainsi, l'article R.730 dispose que « la permanence des soins en médecine ambulatoire (...) est assurée en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. »

L'article R.731 détermine les modalités d'élaboration du tableau de permanence qui liste les médecins du secteur volontaires pour participer à la permanence des soins.

En effet, l'article R.733 dispose que « Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat. En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, ce conseil, en vue de compléter le tableau de permanence prévu à l'article R. 731, recueille l'avis des organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santé représentées au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Il peut prendre l'attache des médecins d'exercice libéral dans les secteurs concernés. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le conseil départemental adresse un rapport, faisant état des avis recueillis et, le cas échéant, des entretiens avec les médecins d'exercice libéral, au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires.».

Il appartient donc au préfet de réquisitionner le médecin pour garantir l'effectivité du tableau de permanence des soins.

Les dispositions de l'article L.4163-7 du code de la santé publique s'appliquent au cas de refus de déférer à une réquisition préfectorale.

En ce qui concerne la rémunération de la permanence des soins, cette activité de soins du médecin libéral, du médecin d'un centre de santé ou du médecin membre d'une

association de permanence des soins est rémunérée dans le cadre conventionnel prévu à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale par le budget de l'assurance-maladie.

Le médecin volontaire pour effectuer la permanence des soins perçoit, actuellement et jusqu'à l'agrément de l'avenant conventionnel à la convention médicale du 12 janvier 2005, un forfait d'astreinte de 50 € pour 12 heures versé par la caisse primaire d'assurance-maladie dont il dépend, conformément aux dispositions de l'avenant n°8 de l'ancienne convention nationale des médecins généralistes. Dans ce cadre conventionnel, le **médecin réquisitionné ne perçoit pas cette rémunération**. Par la suite, le médecin de permanence, qu'il soit volontaire ou réquisitionné et qui effectue un acte, est rémunéré conformément aux dispositions conventionnelles : il perçoit donc le prix de la consultation ou de la visite, majoré des suppléments de nuit, de dimanche et de jour férié.

3- Conclusion:

Les dispositions législatives et réglementaires concernant la permanence des soins sont distinctes de celles relatives aux réquisitions judiciaires. Leur mise en œuvre, ainsi que leur financement, relèvent d'autorités publiques différentes.

Les dispositions relatives à la permanence des soins, organisée sous la responsabilité du préfet de département et financée par l'assurance maladie, ne peuvent donc en aucun cas intégrer les réquisitions judiciaires inscrites dans le code de procédure pénale et financées par le ministère de la justice dans le cadre des frais de justice.

Le Chef de service
Adjoint au Directeur de l'Hospitalisation
et de l'organisation des Soins

Luc ALLAIRE

Tableau récapitulatif

	Examens médicaux sur réquisitions judiciaires	Permanence des soins
Fondement légal	Art. 63-3 et 74 du code de procédure pénale	Art.L.6315-1 code de la santé publique
Réquisition	Art. 63-3 et 74 du code de procédure pénale	Art.R.733 du code de la santé publique
Refus de déférer aux réquisitions	Art R.642-1 du Code pénal article L.4163-7 du code de la santé publique	
Financement des actes	Frais de justice Ministère de la justice	Assurance maladie
Rémunération	Art. R 117 du code de procédure pénale	Art.L.162-5 du code de la sécurité sociale

Annexe 8 :
Éléments financiers.

Tableau 5C : Nombre d'actes en 2005 pour les médecins d'astreinte (CRN, CRM, CRD, VRN, VRM, VRD) et tous les médecins (avant août, pas de différence dans le codage de l'acte entre le médecin d'astreinte et le médecin qui n'était pas d'astreinte)

Nombre d'actes	acte1933 : CRN	acte1934 : CRM	acte1935 : CRD	acte1936 : VRN	acte1937 : VRM	acte1938 : VRD	acte1226 : MDN	acte1227 : MDI	acte1228 : MDD	acte1229 : MEN	acte1231 : MEI
Janvier 2005							84 560	30 808	91 696	160	77
Février 2005							80 648	27 276	88 239	181	60
Mars 2005							84 765	27 719	97 081	217	86
Avril 2005							71 845	23 245	80 420	195	69
Mai 2005							68 921	22 626	75 205	170	65
Juin 2005							70 498	23 394	69 139	147	66
Juillet 2005							55 039	17 975	51 516	121	43
Août 2005	2 643	268	6 141	2 822	1 352	3 000	60 138	20 016	65 267	136	73
Septembre 2005	4 307	431	11 767	11 236	5 350	8 689	52 829	16 746	57 392	113	54
Octobre 2005	5 377	484	14 474	18 427	8 385	12 997	43 856	12 768	47 420	83	30
Novembre 2005	6 944	634	22 681	24 971	11 502	22 760	45 482	12 450	57 209	70	36
Total Janvier-Novembre 2005	19 271	1 817	55 063	57 456	26 589	47 446	718 581	235 023	780 584	1 593	659

* Source Erasme V1 : données de remboursement du Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes).

Tableau 5C : Nombre d'actes en 2005 pour les médecins d'astreinte (CRN, CRM, CRD, VRN, VRM, VRD) et tous les médecins (avant août, pas de différence dans le codage de l'acte entre le médecin d'astreinte et le médecin qui n'était pas d'astreinte)

Nombre d'actes	acte1232 : MED	acte1913 : MM	C+ majoration Dimanche (F)	C + majoration Nuit (N)	V+ majoration Dimanche (F)	V + majoration Nuit (N)
Janvier 2005	295	7 217	120 498	45 160	20 419	8 917
Février 2005	330	6 331	122 417	45 207	18 127	8 360
Mars 2005	300	5 805	129 923	45 803	18 405	8 439
Avril 2005	272	5 561	112 300	44 657	15 492	7 005
Mai 2005	257	5 830	120 715	45 509	14 682	6 719
Juin 2005	215	6 696	103 983	50 975	12 519	6 309
Juillet 2005	148	6 456	84 523	42 458	10 115	5 149
Août 2005	134	7 136	105 307	45 309	12 629	6 177
Septembre 2005	133	6 672	93 610	44 090	11 163	6 005
Octobre 2005	97	5 522	79 504	38 065	9 222	5 050
Novembre 2005	92	5 143	93 966	38 191	11 825	4 500
Total Janvier-Novembre 2005	2 273	68 369	1 166 746	485 424	154 598	72 630

* Source Erasme V1 : données de rer

Tableau 5D : Montants remboursés en 2005 pour les médecins d'astreinte (CRN, CRM, CRD, VRN, VRM, VRD) et tous les médecins (avant août, pas de différence dans le codage de l'acte entre le médecin d'astreinte et le médecin qui n'était pas d'astreinte)

Montants remboursés (en €)	acte1933 : CRN	acte1934 : CRM	acte1935 : CRD	acte1936 : VRN	acte1937 : VRM	acte1938 : VRD	acte1226 : MDN	acte1227 : MDI	acte1228 : MDD	acte1229 : MEN
Janvier 2005							2 479 845	1 004 031	1 578 209	4 646
Février 2005							2 361 054	887 604	1 519 302	5 293
Mars 2005							2 494 303	907 735	1 681 228	6 123
Avril 2005							2 117 921	761 048	1 398 505	5 874
Mai 2005							2 044 609	744 955	1 318 153	4 913
Juin 2005							2 088 391	770 766	1 213 161	4 193
Juillet 2005							1 634 557	590 837	902 133	3 316
Août 2005	79 496	8 895	115 772	99 840	56 232	69 431	1 803 008	664 618	1 153 758	4 011
Septembre 2005	129 252	15 051	222 584	389 669	222 256	199 291	1 586 056	555 541	1 013 472	3 366
Octobre 2005	162 105	17 321	273 247	633 458	344 073	294 358	1 322 646	423 595	835 166	2 518
Novembre 2005	207 284	23 004	425 997	857 684	473 366	511 395	1 366 303	410 496	1 006 994	2 132
Total Janvier-Novembre 2005	578 138	64 272	1 037 600	1 980 650	1 095 926	1 074 476	21 298 695	7 721 227	13 620 082	46 385

* Source Erasme V1 : données de remboursement du Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes).

Tableau 5D : Montants remboursés en 2005 pour les médecins d'astreinte (CRN, CRM, CRD, VRN, VRM, VRD) et tous les médecins (avant août, pas de différence dans le codage de l'acte entre le médecin d'astreinte et le médecin qui n'était pas d'astreinte)

Montants remboursés (en €)	acte1231 : MEI	acte1232 : MED	acte1913 : MM	C+ majoration Dimanche (F)	C + majoration Nuit (N)	V+ majoration Dimanche (F)	V + majoration Nuit (N)
Janvier 2005	2 588	4 745	224 171	3 369 732	1 857 428	536 058	363 820
Février 2005	1 967	5 305	197 260	3 434 743	1 858 493	482 022	339 525
Mars 2005	2 828	4 759	179 035	3 651 014	1 877 925	492 766	345 430
Avril 2005	2 261	4 549	172 203	3 163 791	1 836 134	414 165	287 799
Mai 2005	2 091	4 166	181 673	3 396 082	1 874 570	396 208	279 031
Juin 2005	2 148	3 600	209 892	2 913 920	2 113 078	329 851	259 680
Juillet 2005	1 409	2 409	201 751	2 380 900	1 764 010	262 342	212 539
Août 2005	2 428	2 241	223 830	2 964 809	1 877 107	332 378	256 148
Septembre 2005	1 781	2 234	208 949	2 635 665	1 835 097	289 192	250 246
Octobre 2005	901	1 570	172 355	2 244 146	1 596 033	236 456	209 506
Novembre 2005	1 180	1 604	159 595	2 657 657	1 603 606	299 862	186 741
Total Janvier-Novembre 2005	21 580	37 182	2 130 714	32 812 460	20 093 480	4 071 300	2 990 465

* Source Erasme V1 : données de ren

Tableau 5A : Nombre de forfaits d'astreinte en 2005 (ancien et nouveau dispositif)

Nombre de forfaits (en €)	acte1915 : ASR	acte4362 : AST	acte1991 : REG	acte1992 : PRN	acte1993 : PRM	acte1994 : PRD	acte1995 : PRT
Janvier 2005	85 272	181					
Février 2005	72 210	3 420					
Mars 2005	79 778	757					
Avril 2005	68 897	203					
Mai 2005	73 614	166					
Juin 2005	84 297	24					
Juillet 2005	66 369	121					
Août 2005	56 061	15	327	736	658	1 306	6 474
Septembre 2005	56 098	463	2 536	4 131	2 238	4 244	18 502
Octobre 2005	43 228	180	2 830	6 348	2 876	6 143	31 293
Novembre 2005	32 905	-17	5 753	8 259	3 344	7 381	34 100
Total Janvier-Novembre 2005	718 729	5 513	11 446	19 474	9 116	19 074	90 369

* Source Erasme V1 : données de remboursement du Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes).

Tableau 5B : Montants payés pour les forfaits d'astreinte en 2005 (ancien et nouveau dispositif)

Montants payés (en €)	acte1915 : ASR	acte4362 : AST	acte1991 : REG	acte1992 : PRN	acte1993 : PRM	acte1994 : PRD	acte1995 : PRT
Janvier 2005	4 263 130	9 000					
Février 2005	3 610 620	171 120					
Mars 2005	3 988 670	37 800					
Avril 2005	3 444 700	10 150					
Mai 2005	3 680 130	8 300					
Juin 2005	4 215 282	1 200					
Juillet 2005	3 318 155	6 050					
Août 2005	2 804 218	750	19 620	36 800	65 510	191 700	939 640
Septembre 2005	2 804 765	23 150	152 070	206 530	223 650	636 300	2 768 950
Octobre 2005	2 161 225	9 000	207 600	317 500	287 550	911 450	4 637 350
Novembre 2005	1 644 173	-850	365 040	412 950	334 300	1 106 500	5 113 700
Total Janvier-Novembre 2005	35 935 068	275 670	744 330	973 780	911 010	2 845 950	13 459 640

* Source Erasme V1 : données de remboursement du Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes).

Tableau 4B : Bilan coût de la permanence des soins 2004

PERMANENCE DES SOINS
Omnipraticiens du secteur libéral

Type d'acte ou forfait	Nombre d'actes année 2004	Montants remboursés tous régimes 2004 (en €)
Astreintes ancien système (AST et ASR) : 50€(extrapolation SNIR 2004)	1 086 097	54 355 681
Majoration de début ou fin de nuit : MDN et MEN	1 189 935	35 069 442
Majoration de milieu de nuit : MDI et MEI	412 246	13 545 037
Majorations de dimanche et jours fériés : MDD et MED	1 382 210	23 936 190
Majoration de milieu de nuit sur C ou V : MM	93 943	2 951 120
Visites (20€) associées aux majorations*	3 078 333	56 655 992
C avec majoration de dimanche et jours fériés (C+F)	1 661 956	22 405 057
C avec majoration de nuit (C+N)	566 424	14 692 387
V avec majoration de dimanche et jours fériés (V+F) - visites non justifiées	277 962	3 288 170
V avec majoration de nuit (V+N) - visites non justifiées	140 930	3 565 363
TOTAL Permanence des soins		230 464 440

Source : PS5-Tandem

*Taux de remboursement des visites=77,3%

Taux d'extrapolation tous régimes : 84%

Tableaux 4 : Codage des actes de nuit, dimanche et jours fériés et des astreintes

Lettre-clé	Libellé	Tarif en €
ASR	Forfait d'astreinte professionnel de santé sur le risque	50
AST	Astreinte médecins année 2002	50
REG	Rémunération régulation	60€/par heure
PRN	Permanence : remuneration de nuit	50
PRM	Permanence : remuneration de milieu de nuit	100
PRD	Permanence : remuneration dimanche et ferie	150
PRT	Permanence : remuneration totale (12h) de nuit	150
CRN	Majoration consultation regulee de nuit	42,5
CRM	Majoration consultation regulee milieu de nuit	51,5
CRD	Majoration consultation regulee dimanche et ferie	26,5
VRN	Majoration visite regulee de nuit	46
VRM	Majoration visite regulee milieu de nuit	55
VRD	Majoration visite regulee dimanche et ferie	30
MDD	Majoration dépl. (critères médicaux) dimanche ou jour férié	22,6
MDI	Majoration dépl. (critères médicaux) milieu de nuit (24h à à06h	43,5
MDN	Majoration dépl.(critères médicaux) de nuit (20h à 24h et 06h à 08h)	38,5
MED	Majoration dépl. (critères environ.) le dimanche ou jour férié	22,6
MEI	Majoration dépl. (critères environ.) milieu de nuit (24h à à06h)	43,5
MEN	Majoration dépl. (critères environ.) de nuit (20hà 24h et 06h à 08h)	38,5
MM	Majoration milieu de nuit pour visite non justifiée ou consultation	40
MDF (F)	Majoration de dimanche et jour férié pour les consultations et en cas de visite non justifiée	19,06
MN (N)	Majoration de nuit (20h-24h et 6h-8h) pour les consultations et en cas de visite non justifiée	35

Tableau 4A : Bilan coût de la permanence des soins 2005

Type d'acte ou forfait	Nombre d'actes Janvier-Novembre 2005*	Montants remboursés* Régime Général Janvier-Novembre 2005 (en €)	Montants remboursés extrapolés année 2005 tous régimes	
Astreintes ancien système (AST et ASR) : 50€	724 242	36 210 737	39 502 623	
Astreintes nouveau système (PRT, PRN, PRM, PRD)	138 033	18 190 380	19 844 051	
Régulation (REG)	11 446	744 330	811 996	
Majoration C régulée de nuit : CRN	19 271	578 138	763 554	Actes réalisés par les médecins d'astreinte
Majoration C régulée de milieu de nuit : CRM	1 817	64 272	84 884	
Majoration C régulée de dimanche et jours fériés : CRD	55 063	1 037 600	1 458 669	
Consultations (20€) associées aux majorations régulières**	76 151	1 085 913	1 480 791	
Majorations V régulières de nuit : VRN	57 456	1 980 650	2 835 576	
Majorations V régulières de milieu de nuit : VRM	26 589	1 095 926	1 568 971	
Majorations Visites régulières de dimanche et jours fériés : VRD	47 446	1 074 476	1 538 262	
Visites (20€) associées aux majorations régulières**	131 491	2 032 851	2 910 309	
TOTAL partiel astreintes et activité effectuée lors des astreintes		64 095 273	72 799 686	
Majoration de début ou fin de nuit : MDN et MEN	720 174	21 345 080	30 558 454	Actes réalisés par les médecins d'astreinte ou par d'autres médecins
Majoration de milieu de nuit : MDI et MEI	235 682	7 742 806	11 084 905	
Majorations de dimanche et jours fériés : MDD et MED	782 857	13 657 264	19 552 275	
Majoration de milieu de nuit sur C ou V : MM	68 369	2 130 714	3 050 413	
Visites (20€) associées aux majorations non régulières**	1 807 082	27 937 488	39 996 403	
C avec majoration de dimanche et jours fériés (C+F)	1 166 746	32 812 460	46 128 106	
C avec majoration de nuit (C+N)	485 424	20 093 480	26 537 724	
V avec majoration de dimanche et jours fériés (V+F) - visites non justifiées	154 598	4 071 300	5 874 892	
V avec majoration de nuit (V+N) - visites non justifiées	72 630	2 990 465	4 242 295	
TOTAL Permanence des soins		196 876 329	259 825 155	

*Source Erasme V1, Régime Général Uniquement (sans les Sections Locales Mutualistes).

Dans la partie du tableau orangée se trouvent les actes réalisés aussi bien par des médecins d'astreinte que par les médecins qui ne sont pas d'astreinte (avant la mise en place de l'Avenant n°4, les visites effectuées par des médecins d'astreinte ne sont pas différenciées des visites effectuées par les médecins qui ne sont pas d'astreinte).
De janvier à juillet 2005, les majorations MDN, MDI, MDD sont utilisées par tous les médecins qui ont une activité la nuit ou le dimanche.
D'août à décembre 2005, les majorations VRN, VRM et VRD sont utilisées par le médecin d'astreinte, les anciennes majorations -MDN, MDI, MDD étant utilisées par les autres médecins.

** Pour calculer les montants remboursés associés à ces actes, il faut connaître le taux de remboursement. Il est calculé sur les majorations :

Taux de remboursement des visites régulières (V+VRN, VRM, VRD) ou non (V+MDN, MDI, MDD...) est de 77,3% (source Erasme V1, période Janvier-Novembre 2005).

Taux de remboursement des consultations régulières (CRN, CRM et CRD) est de 71,3% (Source Erasme V1 période Janvier-Novembre 2005).

Les forfaits d'astreinte et de régulation ne sont pas extrapolés tous régimes car ils sont payés par le Régime Général uniquement.

Le taux d'extrapolation tous régimes est estimé dans le SNIR 2004 sur les montants remboursés : la part du Régime Général sur l'ensemble des régimes est calculée.

Taux d'extrapolation MDN, MDI, MDD, MM, VRN, VRM, VRD	76,2%
Taux d'extrapolation C avec majoration de dimanche et jours fériés, CRD	77,6%
Taux d'extrapolation C avec majoration de nuit, CRN, CRM	82,6%
Taux d'extrapolation V avec majoration de dimanche et jours fériés	75,6%
Taux d'extrapolation V avec majoration de nuit	76,9%

Tableaux 4 : Codage des actes de nuit, dimanche et jours fériés et des astreintes

Lettre-clé	Libellé	Tarif en €
ASR	Forfait d'astreinte professionnel de santé sur le risque	50
AST	Astreinte médecins année 2002	50
REG	Rémunération régulation	60€/par heure
PRN	Permanence : remuneration de nuit	50
PRM	Permanence : remuneration de milieu de nuit	100
PRD	Permanence : remuneration dimanche et ferie	150
PRT	Permanence : remuneration totale (12h) de nuit	150
CRN	Majoration consultation regulee de nuit	42,5
CRM	Majoration consultation regulee milieu de nuit	51,5
CRD	Majoration consultation regulee dimanche et ferie	26,5
VRN	Majoration visite regulee de nuit	46
VRM	Majoration visite regulee milieu de nuit	55
VRD	Majoration visite regulee dimanche et ferie	30
MDD	Majoration dépl. (critères médicaux) dimanche ou jour férié	22,6
MDI	Majoration dépl. (critères médicaux) milieu de nuit (24h à 06h)	43,5
MDN	Majoration dépl.(critères médicaux) de nuit (20h à 24h et 06h à 08h)	38,5
MED	Majoration dépl. (critères environ.) le dimanche ou jour férié	22,6
MEI	Majoration dépl. (critères environ.) milieu de nuit (24h à 06h)	43,5
MEN	Majoration dépl. (critères environ.) de nuit (20h à 24h et 06h à 08h)	38,5
MM	Majoration milieu de nuit pour visite non justifiée ou consultation	40
MDF (F)	Majoration de dimanche et jour férié pour les consultations et en cas de visite non justifiée	19,06
MN (N)	Majoration de nuit (20h-24h et 6h-8h) pour les consultations et en cas de visite non justifié	35

PERMANENCE DES SOINS - ANNEE 2005

Source ERASME V1

Type d'acte ou forfait	Nombre d'actes Janvier-Décembre 2005*	Nombre d'actes Janvier-Décembre 2005* - extrapolé tous régimes	Montants remboursés* Régime Général Janvier-Décembre 2005 (en €)	tx d'extrapolation	Montants remboursés extrapolés tous régimes pour l'année 2005	
Astreintes ancien système (AST et ASR) : 50€	747 919		37 394 397		37 394 397	
Astreintes nouveau système (PRT, PRN, PRM, PRD)	210 309		27 478 570		27 478 570	
Régulation (REG)	23 753		1 505 820		1 505 820	
Majoration C régulée de nuit : CRN	27 896	33 772	838 058	82,6%	1 014 598	Actes réalisés par les médecins d'astreinte
Majoration C régulée de milieu de nuit : CRM	2 728	3 303	97 269	82,6%	117 759	
Majoration C régulée de dimanche et jours fériés : CRD	79 206	102 070	1 492 073	77,6%	1 922 774	
Consultations (20€) associées aux majorations régulières**	109 830	137 288	1 566 176	80,0%	1 957 720	
Majorations V régulières de nuit : VRN	88 854	116 606	3 053 397	76,2%	4 007 083	
Majorations V régulières de milieu de nuit : VRM	41 690	54 711	1 714 420	76,2%	2 249 895	
Majorations Visites régulières de dimanche et jours fériés : VRD	71 050	93 241	1 605 229	76,2%	2 106 600	
Visites (20€) associées aux majorations régulières**	201 594	264 559	3 031 974	76,2%	3 978 968	
TOTAL partiel astreintes et activité effectuée lors des astreintes			79 777 383		83 734 185	
Majoration de début ou fin de nuit : MDN et MEN	764 663	1 003 495	22 677 889	76,2%	29 761 009	Actes réalisés par les médecins d'astreinte ou par d'autres médecins
Majoration de milieu de nuit : MDI et MEI	246 844	323 942	8 109 692	76,2%	10 642 641	
Majorations de dimanche et jours fériés : MDD et MED	835 712	1 096 735	14 581 963	76,2%	19 136 434	
Majoration de milieu de nuit sur C ou V : MM	74 381	97 613	2 322 191	76,2%	3 047 494	
Visites (20€) associées aux majorations non régulières**	1 921 600	2 521 785	29 707 936	76,2%	38 986 793	
C avec majoration de dimanche et jours fériés (C+F)	1 249 801	1 610 568	35 159 219	77,6%	45 308 272	
C avec majoration de nuit (C+N)	526 264	637 123	21 819 735	82,6%	26 416 145	
V avec majoration de dimanche et jours fériés (V+F) - visites non justifiées	165 540	218 968	4 348 233	75,6%	5 751 631	
V avec majoration de nuit (V+N) - visites non justifiées	77 528	100 817	3 191 140	76,9%	4 149 726	
TOTAL Permanence des soins			221 695 380		266 934 328	

*Source Erasme V1, Régime Général Uniquement (sans les Sections Locales Mutualistes).

Dans la partie du tableau orangée se trouvent les actes réalisés aussi bien par des médecins d'astreinte que par les médecins qui ne sont pas d'astreinte (avant la mise en place de l'Avenant n°4, les visites effectuées par des médecins d'astreinte ne sont pas différenciées des visites effectuées par les médecins qui ne sont pas d'astreinte).

De janvier à juillet 2005, les majorations MDN, MDI, MDD sont utilisées par tous les médecins qui ont une activité la nuit ou le dimanche.

D'août à décembre 2005, les majorations VRN, VRM et VRD sont utilisées par le médecin d'astreinte, les anciennes majorations -MDN, MDI, MDD étant utilisées par les autres médecins.

** Pour calculer les montants remboursés associés à ces actes, il faut connaître le taux de remboursement. Il est calculé sur les majorations :

Taux de remboursement des consultations régulières (CRN, CRM et CRD) est estimé à 71,3% (Source Erasme V1 période Année 2005).

Taux de remboursement des visites régulières (V+VRN, VRM, VRD) est estimé à 75,2% (source Erasme V1, période Année 2005).

Taux de remboursement des visites non régulières (V+MDN, MDI, MDD...) est estimé à 77,3% (source Erasme V1, période Année 2005).

Les forfaits d'astreinte et de régulation ne sont pas extrapolés tous régimes car ils sont payés par le Régime Général uniquement.

Le taux d'extrapolation tous régimes est estimé dans le SNIR 2004 sur les montants remboursés : la part du Régime Général sur l'ensemble des régimes est calculée.

Taux d'extrapolation MDN, MDI, MDD, MM, VRN, VRM, VRE 76,2%

Taux d'extrapolation C avec majoration de dimanche et jours fériés 77,6%

Taux d'extrapolation C avec majoration de nuit, CRN, CRM 82,6%

Taux d'extrapolation V avec majoration de dimanche et jours fériés 75,6%

Taux d'extrapolation V avec majoration de nuit 76,9%

PERMANENCE DES SOINS

Omnipraticiens du secteur libéral

Année 2004 tous régimes (Source SNIR-PS : France entière - remboursements 2004)											
	Nb actes tous-régimes	prix des actes principaux	prix des majoration	Montants des actes principaux (hors majorations) remboursable en M€	Montants des majorations remboursable en M€	Montants remboursables totaux en M€	Taux de remboursement	Montants des actes principaux (hors majorations) remboursé en M€	Montants des majorations remboursé en M€	Montants remboursés en M€	
en millions d'€											
Ancien système											
Consultations											
nuit :	590 829	20	35	12	21	32	75,4%	9	16	25	
dimanche et jour férié :	1 632 964	20	19	33	31	64	73,5%	24	23	47	
Visites non justifiées											
nuit :	143 442	20	35	3	5	8	76,6%	2	4	6	
milieu de nuit :	89 871	20	40	2	4	5	82,3%	1	3	4	
dimanche et jour férié :	275 051	20	19	6	5	11	75,4%	4	4	8	
Visites											
nuit :	1 137 099	20	39	23	44	67	82,4%	19	36	55	
milieu de nuit :	396 327	20	44	8	17	25	80,4%	6	14	20	
dimanche et jour férié :	1 361 024	20	23	27	31	58	81,5%	22	25	47	
Nouveau système											
Consultations											
nuit :											
milieu de nuit :											
dimanche et jour férié :											
Visites											
nuit :											
milieu de nuit :											
dimanche et jour férié :											
Total consultations	2 223 793			44	52	96		33	38	71	
dont ancien système											
dont nouveau système											
Total visites	3 402 814			68	106	174		55	86	141	
dont ancien système											
dont nouveau système											
TOTAL C+V	5 626 607			113	157	270		88	124	212	
Astreintes		50				54	100%			54	
Régulation						0					
Nouveau système											
PRN,PRM,PRD,PRT										27	
TOTAL (rémunérations à l'acte et au forfait)						324				266	

Année 2005 tous régimes - France entière (Source ERASME V1 : remboursements 2005 - DONNEES PROVISOIRES)											
	Nb actes extrapolés tous-régimes	prix des actes principaux	prix des majoration	Montants des actes principaux (hors majorations) remboursable en M€	Montants des majorations remboursable en M€	Montants remboursables totaux en M€	Taux de remboursement	Montants des actes principaux (hors majorations) remboursé en M€	Montants des majorations remboursé en M€	Montants remboursés en M€	
en millions d'€											
Ancien système											
Consultations											
nuit :	637 123	20	35	13	22	35	75,4%	10	17	26	
dimanche et jour férié :	1 610 568	20	19	32	31	63	73,5%	24	23	46	
Visites non justifiées											
nuit :	100 817	20	35	2	4	6	76,6%	2	3	4	
milieu de nuit :	97 613	20	40	2	4	6	82,3%	2	3	5	
dimanche et jour férié :	218 968	20	19	4	4	9	75,4%	3	3	6	
Visites											
nuit :	1 003 495	20	39	20	39	59	82,4%	17	32	48	
milieu de nuit :	323 942	20	44	6	14	21	80,4%	5	11	17	
dimanche et jour férié :	1 096 735	20	23	22	25	47	81,5%	18	20	38	
Nouveau système											
Consultations											
nuit :	33 772	20	43	1	1	2	71,3%	0	1	2	
milieu de nuit :	3 303	20	52	0	0	0	71,3%	0	0	0	
dimanche et jour férié :	102 070	20	27	2	3	5	71,3%	1	2	3	
Visites											
nuit :	116 606	20	46	2	5	8	75,2%	2	4	6	
milieu de nuit :	54 711	20	55	1	3	4	75,2%	1	2	3	
dimanche et jour férié :	93 241	20	30	2	3	5	75,2%	1	2	4	
Total consultations	2 386 836			48	57	105		35	42	78	
dont ancien système	2 247 692			45	53	98		33	39	73	
dont nouveau système	139 145			3	4	7		2	3	5	
Total visites	3 106 129			62	100	162		50	81	131	
dont ancien système	2 841 570			57	89	146		46	72	119	
dont nouveau système	264 559			5	11	16		4	8	12	
TOTAL C+V	5 492 965			110	157	267		85	123	209	
Astreintes		50				37				37	
Régulation		60				2				2	
Nouveau système											
PRN,PRM,PRD,PRT						27				27	
TOTAL (rémunérations à l'acte et au forfait)						334				275	

Coût de la permanence des soins pour l'assurance maladie (tous régimes)

Nous n'avons pas à notre disposition d'informations permettant d'isoler les actes et majorations remboursés au titre de l'intervention, pendant la nuit, les dimanches et jours fériés, du médecin d'astreinte.

En milliers d'euros

	2003	2004	2005 (1)
Majorations remboursées	141	125	123
Astreintes	48	54	37
Régulation	10	0 (2)	2
Montant actes remboursés	NC	88	85
Coût nouveau système			27 (3)
TOTAL		267	274
Total nombre actes	NC	5626607	5492965

Données issues de la CNAMTS

- (1) le nouveau système n'a pas fonctionné en année pleine. Les nouvelles astreintes et sur-majorations ont été versées à compter de la parution des arrêtés préfectoraux de sectorisation. L'ensemble des arrêtés pour la France métropolitaine ont été établis en fin d'année 2005.
- (2) Non expliqué
- (3) Pas de ventilation de ces dépenses à notre disposition

Estimation du coût de la permanence des soins des omnipraticiens en 2006

Montants remboursés en millions d'€	Montants remboursés estimés année 2004 (Tous régimes)	Montants remboursés estimés année 2005 (Tous régimes)	Montants remboursés estimés année 2006 (Tous régimes) Hypothèse basse sur les actes régulés	Montants remboursés estimés année 2006 (tous régimes) Hypothèse haute sur les actes régulés	Montants remboursés estimés année 2006 (tous régimes) - Engagement ministériel sur astreintes et hypothèse basse
Astreintes (ancien et nouveau système)	53,6	82,1	147,9	147,9	123,3
Régulation (REG)		2,7	30,3	30,3	30,3
Majoration C régulée de nuit, milieu de nuit, dimanche (CRN, CRM, CRD)		4,1	13,7	15,2	13,7
Consultations (20€) associées aux majorations régulières		2,6	8,9	9,8	8,9
Majorations V régulières de nuit, milieu nuit ou dimanche (VRN, VRM, VRD)		10,7	43,6	52,3	43,6
Visites (20€) associées aux majorations régulières		5,1	20,7	24,9	20,7
Majoration de début ou fin de nuit, milieu de nuit, dimanche et jours fériés (MDN, MEN, MDI, MEL, MDD, MED, MM) et visites (20€) associées	126,0	102,0	44,2	34,5	44,2
C avec majoration de dimanche et jours fériés (C+F)	47,1	46,0	30,5	29,2	30,5
C avec majoration de nuit (C+N)	25,5	27,0	18,1	17,3	18,1
V avec majoration de dimanche et jours fériés (V+F) - visites non justifiées	7,6	5,9	3,1	2,5	3,1
V avec majoration de nuit (V+N) - visites non justifiées	6,0	4,2	2,1	1,6	2,1
Permanence des soins des omnipraticiens libéraux (Risque)	265,8	292,4	363,2	365,5	338,5
Financement FAQSV (hors MMG)	?	10,0		0,0	
TOTAL Permanence des soins	265,8	302,4	363,2	365,5	338,5

Sources SNIR-PS, Erasme V1 et PS5.

Ce bilan n'inclut que les actes cliniques réalisés par les omnipraticiens.

Hypothèses de calcul pour l'estimation 2006

	Pour l'estimation 2006 (colonnes D et E)	Engagement ministériel (colonne F)
Astreintes		
Nombre de secteurs début de nuit	2 600	2 500
Nombre de secteurs milieu de nuit	2 100	1 500
Nombre de secteurs dimanche et jours fériés	2 600	2 500

Régulation

Le montant théorique est estimé sur la base de 101 médecins de permanence 365 nuits et 62 dimanches et jours fériés qui perçoivent 60€ de l'heure pour 12 heures de permanence.

Les montants d'astreinte et de régulation sont des données tous régimes. Pour avoir le montant Régime Général, on prend la clé de répartition de 87%.

Consultations et visites régulières

C régulée de nuit, milieu de nuit, dimanche (C + CRN, CRM, CRD) : deux hypothèses sont proposées :

* hypothèse basse : 45 000 actes par mois (chiffre de février 2006),

* hypothèse haute : 50 000 actes par mois (observation de la tendance).

V régulières de nuit, milieu nuit ou dimanche (V + VRN, VRM, VRD) : deux hypothèses sont proposées :

* hypothèse basse : 100 000 actes par mois (chiffre de février 2006),

* hypothèse haute : 120 000 actes par mois (observation de la tendance).

Majorations non régulières

Le nombre de consultations non régulières est obtenu en retranchant 45 000 ou 50 000 visites par mois au total des consultations 2005 (régulières ou non).

Ce nombre s'élève à 1,345 millions de C non régulières en hypothèse basse et 1,285 en hypothèse haute pour 2006 (sans prendre en compte la hausse de 0,7% des C qui est appliquée ensuite).

Le nombre de visites non régulières est obtenu en retranchant 100000 ou 120000 visites par mois au total des visites 2005 (régulières ou non).

Ce nombre s'élève à 1,091 millions de V non régulières en hypothèse basse et 0,852 en hypothèse haute (le nombre de V est supposé constant entre 2005 et 2006).

Taux de remboursement :

Pour calculer les montants remboursés associés à certains actes, il faut connaître le taux de remboursement. Il est calculé sur les majorations :

Taux de remboursement des consultations régulières (C+CRN, CRM et CRD) est estimé à 71,3% (Source Erasme V1 période Année 2005).

Taux de remboursement des visites régulières (V+VRN, VRM, VRD) est estimé à 75,2% (source Erasme V1, période Année 2005).

Taux de remboursement des visites non régulières (V+MDN, MDI, MDD...) est estimé à 77,3% (source Erasme V1, période Année 2005).

Annexe 9 :
Incidents recensés en 2005 et 2004 par un SAMU
dans l'exercice de la régulation.

DATE	SECTEUR	MOTIF	SOLUTIONS
02/01/2005		17	Consulte cabinet - refus de visite
02/01/2005		22	Pas de médecin AP
08/01/2005			Association régul libérale refuse visite
10/01/2005		48	Répondeur renvc Conseil Médical
12/01/2005		7	Pas joignable AP
18/01/2005			Double régulation / médecins non joignables
20/01/2005		30	Sur Répondeur Conseil Médical
22/01/2005			Pas de médecin de garde
28/01/2005		14	Pas de médecin r AP
28/01/2005		17	Répondeur renvc AP
28/01/2005		30	Sur Répondeur AP
30/01/2005		17	PAS DE VISITE I AP
03/02/2005			Répondeur renvc Courrier en cours CDOM
03/02/2005			Agression Courrier fait
08/02/2005		41	Ne répond pas + transfert 15
12/02/2005		49	Ligne toujours oc AP
17/02/2005			Médecin refuse visite
11/03/2005			Double régulation / médecins non joignables
13/03/2005		11	Contact médecin de garde : Assoc régul libérale/DOUBLE REG
13/03/2005		35	Problème relationnel Assoc régul libérale
19/03/2005			Double régulation / médecins non joignables
27/03/2005			Assoc régul libér: AP
28/03/2005			Assoc régul libér: ?
29/03/2005			Refus visite asso AP + SMUR
13/04/2005		48	médecin non joignable
24/04/2005		12	Médecin refuse visite
30/04/2005			Agression
30/04/2005		152	Pas de médecin de garde
02/05/2005		11	Transfert 15 Courrier en cours CDOM
16/05/2005		7	Déplacement abu Courrier fait
21/05/2005		39	Pas de médecin r Patient orienté clinique
23/05/2005			Appel au "15"/ pa Courrier fait
25/05/2005		7	Pas de médecin de garde
25/05/2005		42	Pas de médecin de garde
27/05/2005		22	Médecin non joignable / Rég Assoc régul libérale

Ce document a été traité par la mission pour anonymiser les données transmises.

31/05/2005	22 Médecin non joignable / Rég Assoc régul libérale
03/06/2005	Problème relationnel CRRA
11/06/2005	56 médecin non joignable
15/06/2005	56 médecin non joignable
30/06/2005	17 Retard d'intervention PDS
03/07/2005	3 Pas de médecin de garde
14/07/2005	17 Delai d'intervention médecin de secteur
25/07/2005	22 : refus visite par Hospitalisation propres moyens
27/07/2005	152 médecin non joignable
08/08/2005	6 Ne répond pas + transfert 15
14/08/2005	11 Pas de médecin de garde
21/08/2005	2 Pas de médecin de garde
28/08/2005	44 Refuse de se déplacer car astreintes non payées Pas de visite/deux régulations
26/08/2005	36 Dr. X Dr. Z Ecoute de bande - Réponse orale
28/08/2005	48 Ne répond pas + transfert 15
29/08/2005	49 Refus d'intervention SOS pour une HDT
29/08/2005	49 Refus d'interventi Ecoute de bande
19/09/2005 26 bis	Pas de médecin ?
24/09/2005	11 Pas de médecin ?
24/09/2005	39 Ne répond pas + Courrier en cours CDOM
01/10/2005	49 Refus d'intervention prison
03/10/2005	7 Renvoi sur le 15 Courrier en cours CDOM
03/10/2005	7 Injoignables / stop minuit
04/10/2005	9 Pas de garde Envoi patient clinique de proximité
05/10/2005	48 Médecin non joignable / Rég Assoc régul libérale
11/10/2005	1 Patient agressif Courrier DDASS
18/10/2005	Prise en charge ε Dossier transmis au responsable MMG
20/10/2005	Pas de garde ?
23/10/2005 30-31	Pas de médecin ?
29/10/2005	39 Intervention prisso Courrier fait
05/11/2005	11 Renvoi sur le 15 Conseil Médical
16/11/2005	49 Contre régulation AP
13/12/2005	4 Pas de médecin AP
13/12/2005	16 Sur Répondeur AP

15/12/2005

16 Pas de médecin AP

28/12/2005

14 Pas de garde AP

31/12/2005

Renvoi sur le 15 Courrier en cours CDOM

PDS	DATE	SECTEUR	VILLE	EMISE PAR	DETAIL	SOLUTIONS
Ass régullib	19/12/2004		11	SAMU	Impossibilité de j	Rappel des 5 patients par Méd. Régul. 31 pour trouver solution
PDS	31/08/2004	30-31		SAMU	Constat de DC - I	Réquisition Gendarmerie
PDS	31/08/2004	30-31		SAMU	Rappel du Médecin pour amener le patient dépressif en consultation par AP vers sevice d'Urgence.	
assoc régullib	15/10/2004		47	SAMU	Déclenchement du Moyen AMU par association régul se faisant passer par le méd. Régulateur	
PDS	17/10/2004		44	PROFESSIONNE	Intervention sur p	Réponse J par email + double feuille de régulation
PDS	26/08/2004		30	SAMU	Médecin de gardi AP	
					Médecin refuse de se déplacer sauf pour les personnes âgées et enfants. Les autres peuvent se	
PDS	09/08/2004		49	SAMU	déplacer seuls.	
PDS	30/08/2004		49	SAMU	Refuse de se déplacer. Il nous conseille de rappeler patient pour prendre un Doliprane.	
PDS	01/06/2004		12	SAMU	Médecin non joig Gendarmerie va le réquisitionner et aller le chercher chez lui.	
PDS	29/08/2004		47	SAMU	Calepso de garde jusqu'à 8 h 00 mais médecin non joignable.	
PDS	25/09/2004		13	SAMU	Ne répond pas. Régul 31 allô Dr. DT pour faire visite	
PDS	04/09/2004		48	SAMU	Répondeur renvoie sur le 15.	
PDS	14/09/2004		48	SAMU	Répondeur renvoie sur le 15.	
PDS	14/11/2004			SAMU	Médecin injoignal AP	
PDS	02/02/2004		43	SAMU	Ne répond pas. AP + SOS Médecins	
PDS	29/01/2004			SAMU	Sur répondeur : transfert sur le 15	
PDS	12/02/2004		931	SAMU	Pas de médecin qui se déplace	
PDS	06/08/2004		7	SAMU	Le médecin ne répond pas. Tous les médecins renvoient sur le 15.	

Annexe 10 :
**Impact de l'activité d'une maison médicale de garde adossée à un hôpital
sur l'activité des urgences d'un centre hospitalier.**



ACTIVITE DES URGENCES 2004 / 2005

	2004	2005	Evolution	
			Valeur	%
Nombre total de premiers passages	17 770	17 189	-581	-3,27%
Passages sans hospitalisation	12 618	11 367	-1 251	-9,91%
Passages relevant de la CCMU 1	1 713	968	-745	-43,49%

CCMU 1 : état clinique stable sans acte complémentaire

ACTIVITE DE LA MAISON MEDICALE

	2005
Nombre de consultations	3 793
Nombre de visites	41

Annexe 11 :
Nombre d'actes en période de PDS
dans les départements visités par la mission.

Nombre moyen d'actes effectués par médecin certains jours de semaine dans les départements visités par la mission .

Période	Samedi		Dimanche		Jour férié	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Département						
Année						
Ardèche	9,5	9,7	4,5	5,2	5,4	3,9
Calvados	10	10,3	4,8	5,1	5,6	5,2
Haute-Garonne	9,4	9,5	4,1	3,9	4,4	3,5
Isère	9,8	10,1	5	6,2	5,6	5,3
Manche	8,7	8,8	3,6	4,5	4,3	4,3
Nord	11,5	11,8	4,6	5,2	5,2	4,3
Oise	13,6	13,8	4,1	4,4	4,8	4,3
Pas de Calais	12,9	13	3,9	4,1	4,5	4,2
Yvelines	11,2	11,5	4,1	5,2	4,5	4,8
Tarn	9,4	9,4	3,6	3,6	4	3,2
Total France	10,2	10,5	4,4	4,9	4,9	4,5

Annexe 12 :
Proposition de rubriques à introduire dans un nouveau cahier des charges
type de la permanence des soins.

REGULATION et EFFECTION.

Mention de l'insertion dans le cahier des charges :

- d'un protocole de réception de l'appel conforme aux référentiels professionnels existants ;
 - d'un protocole de traitement de l'appel permettant de s'assurer de la mise en relation effective de l'appelant avec le professionnel à mobiliser ;
 - d'un protocole de suivi du traitement de l'affaire conduisant le cas échéant à faire rappeler ou à rappeler le patient pour s'assurer de l'adéquation de la réponse au problème médical posé ;
- Mention de la définition d'un protocole de coordination entre la régulation assurée au titre de la PDS et la régulation assurée au titre de l'aide médicale urgente.
- Spécifications techniques des équipements indispensables à l'exercice de la régulation et de l'effecton (standard permettant de comptabiliser tous les appels reçus, logiciels de traitement des appels, outils de guidage pour se rendre au domicile du patient, données indispensables, ..)
- Qualité des ressources humaines (nombre minimal de permanenciers et de régulateurs médicaux, références professionnelles des intervenants, exigences en matière de formation continue.)
- Détermination des modalités de conservation de l'enregistrement des appels et définition des personnes ou organismes ayant accès à ces enregistrements.
- Mention des modalités permettant de s'assurer de la présence et de la disponibilité réelle du médecin inscrit sur la liste d'astreinte .
- Définition des critères de la visite « incompressible »
- Modalités de mobilisation de la médecine libérale au moment des pics d'activités conjoncturels et saisonniers.

DONNEES ET INDICATEURS PERMETTANT D'EVALUER LE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF.

Concernant la régulation:

- la durée moyenne d'attente de l'appelant auprès de la régulation ;
- le recensement des appels « perdus » ;
- le nombre et la nature des appels reçus et des affaires traitées ;
- le nombre d'appels moyens par permanencier et régulateur médical selon les différentes périodes de la PDS.
- la fréquence moyenne mensuelle et annuelle des appels reçus et des affaires traitée (par catégorie d'affaires) selon la période de la journée et de la semaine .

Concernant le fonctionnement de l'astreinte dans les secteurs :

- le taux de « complétude » en moyenne annuelle par secteurs (données CDOM ,DDASS, SAMU-centres 15) ;
- le pourcentage d'astreintes remboursées par rapport au nombre d'astreintes prévisionnelles ;
- le nombre d'actes (consultations et visites) moyens effectués par secteur selon les diverses périodes de la PDS.
- le nombre d'actes effectués annuellement dans le département et par secteurs au titre de la PDS.
- l'activité des points de garde ou des maisons médicales de garde aux différents périodes de la PDS.

Concernant les urgences et les SMUR.

- les données relatives aux patients pris en charge qui auraient pu relever du dispositif de PDS
- les données d'activité aux périodes de PDS.

Recensement des incidents :

- les incidents relatifs à des difficultés liées aux modalités d'organisation entre les professionnels.
- les incidents (par catégorie ou nature) concernant la prise en charge des patients.
- les modalités de recensement et de traitement des plaintes des patients.
- le nombre de contentieux en cours.

Données budgétaires.