



**Evaluation de l'expérimentation des nouveaux modes de
rémunérations menée dans le cadre
de la Permanence des Soins Ambulatoire
dans la région des Pays de la Loire
(Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne et Vendée)
2011-2014**

Direction de l'Accompagnement et des Soins,
Département accès aux Soins de Proximité,
Nantes, le 30 avril 2015.

Sommaire

I.	Préambule	4
II.	Contexte de mise en œuvre de l'expérimentation	4
1.	Etat des lieux	4
2.	Textes de référence.....	5
3.	Principe de l'expérimentation contenu dans le dossier de candidature	5
III.	Enjeux	5
IV.	Objectifs.....	6
1.	Objectifs stratégiques	6
2.	Objectifs opérationnels	6
V.	Organisation départementale et régionale	7
1.	Principe de la délimitation des territoires de permanence des soins ambulatoires	7
2.	La création des Associations Départementales d'Organisation de la Permanence des Soins	8
3.	Evolution des organisations départementales au cours de l'expérimentation.....	9
4.	Synthèse de l'organisation régionale	13
a.	Sectorisation.....	13
b.	Maisons Médicales de Garde.....	13
5.	Cartographie de la sectorisation de la PDSA en Pays de la Loire à la fin de l'expérimentation.....	14
VI.	Pilotage de l'activité aux horaires de permanence des soins	15
1.	L'activité de régulation	15
2.	Evolution de la part des actes régulés	17
3.	L'activité d'effectation en Maison Médicale de Garde (MMG) ou secteurs dits « traditionnels »	18
4.	L'activité d'effectation des Médecins mobiles.....	20
a.	Caractéristiques des patients.....	20
b.	Nature de l'activité	21
c.	Synthèse 2012-2014.....	24
d.	Evaluation médico-économique du dispositif de médecin mobile	25

VII.	Pilotage financier de l'expérimentation de la permanence de soins	26
1.	Cadre théorique	26
2.	Le coût de la régulation libérale	27
3.	Le coût de l'effection	28
4.	Le coût des actes.....	28
5.	Evolution du coût de l'expérimentation de la permanence des soins ambulatoires	29
VIII.	Bilan qualitatif	32
1.	Analyse comportementale des usagers	32
2.	Impact de la réorganisation de la PDSA sur les pratiques des EHPAD	33
3.	Apports qualitatifs de l'expérimentation.....	37
IX.	Synthèse des résultats de l'expérimentation	39
X.	Conclusion et perspectives	41

Annexe 1 : Bilan de l'expérimentation pour le département de la Loire Atlantique **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 2 : Bilan de l'expérimentation pour le département du Maine et Loire **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 3 : Bilan de l'expérimentation pour le département de la Mayenne **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 4 : Bilan de l'expérimentation pour le département de la Vendée **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 5 : Bilan de l'expérimentation pour l'URPS des médecins libéraux des Pays de la Loire ² **Erreur ! Signet non défini.**

I. Préambule

La permanence des soins ambulatoires a été réformée par les dispositions de l'article 49 de la loi n° 2009-584 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article L.6314-1 et les suivants du Code de la Santé Publique). Celle-ci se définit comme l'organisation de l'offre de soins libérale afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients devenant ainsi un véritable service public. Elle permet aux patients d'avoir accès à un médecin la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

La région des Pays-de-la-Loire s'est inscrite dans une expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération des médecins libéraux dans le cadre de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires. L'expérimentation porte essentiellement sur une réorganisation de la PDSA permettant d'améliorer la réponse aux demandes de soins non programmés et les conditions d'exercice des médecins. En revanche, elle ne déroge pas aux textes en vigueur concernant l'organisation générale de la permanence des soins, qui repose notamment sur le volontariat des médecins généralistes, une définition précise des plages horaires à couvrir et le cahier des charges arrêté par la Directrice générale de l'ARS.

Le 24 juillet 2012, le nouveau cahier des charges régional définissant les principes d'organisation de la permanence des soins et ses déclinaisons locales et déterminant également la rémunération spécifique des personnes participant à cette permanence a été arrêté.

II. Contexte de mise en œuvre de l'expérimentation

1. Etat des lieux

En 2009, la Mission Régionale de Santé (MRS) a fait le constat d'une organisation de la permanence des soins ambulatoire hétéroclite au sein de la région avec d'une part, l'existence de secteurs dits « traditionnels », d'autres couverts par des maisons médicales de garde appelées alors « CAPS », ou encore la présence de SOS médecins sur certains territoires doublonnant avec d'autres associations gestionnaires de PDSA.

D'autre part, la couverture de la PDSA n'était pas homogène au sein de chaque département. En effet, certains territoires apportaient une réponse sur l'ensemble des plages de PDSA, notamment en nuit profonde, tandis que d'autres territoires, parfois adjacents ne proposaient pas de solutions ou des solutions partielles. Des carences de médecins effecteurs étaient également constatées et entraînaient une difficulté à trouver des solutions pour les médecins régulateurs. Il devenait de plus en plus difficile de recruter des médecins régulateurs.

De plus, l'allocation de ressources était inéquitable entre les différents départements de la région.

Il s'est dégagé alors une volonté de responsabiliser les professionnels de santé dans la gestion financière des adaptations locales qu'ils souhaitent mettre en œuvre.

2. Textes de référence

La Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 (LFSS 2008), dans son article 44-alinéa II prévoit que « *A titre expérimental, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, les missions régionales de santé volontaires prévues à l'article L.162-47 du code de la sécurité sociale fixent, par dérogation à l'article L. 162-5 du même code, le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins. Elles financent également des actions et des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde, les centres de santé, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé. (...) Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont déterminées par décret, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et des organisations syndicales représentatives des médecins.* »

La Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 (LFSS 2013), dans son article 43 prévoit que (...) *Compte tenu de la difficulté de tirer des enseignements significatifs de ces expérimentations et d'éléments de bilan jugés plutôt positifs, les permanences de soins ambulatoires sont maintenues et prorogées jusqu'au 1er janvier 2016.*

Le Décret n°2009-1173 du 1er octobre 2009 détermine les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence des soins en médecine ambulatoire et l'arrêté du 31 décembre 2009 fixe les montants maximaux des rémunérations et des dépenses dans le cadre des expérimentations de permanence des soins.

3. Principe de l'expérimentation contenu dans le dossier de candidature

En 2009, la région des Pays de la Loire propose un modèle expérimental d'organisation de la permanence des soins sur son territoire. Ce modèle est basé sur :

- une organisation régionale cible prenant en compte la territorialisation des soins de premier recours et une cible économique équitable sur l'ensemble du territoire,
- des « opérateurs » de permanence des soins responsabilisés sur la base d'une délégation de gestion,
- des valorisations de rémunération laissées au choix des opérateurs mais plafonnées (4C par heure pour la régulation, triplement de l'astreinte pour les médecins effecteurs).

Il est validé par le ministère de la Santé et voit sa mise en œuvre ainsi que son suivi confiés à l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire (créée le 1^{er} avril 2010).

III. Enjeux

2 enjeux principaux prévalent au déploiement de cette expérimentation :

- Garantir et améliorer l'accès aux soins urgents aux horaires de fermetures de cabinets libéraux ;
- Optimiser les ressources médicales et responsabiliser les professionnels de santé.

IV. Objectifs

1. Objectifs stratégiques

- Objectif stratégique n°1 : **Intégrer la PDSA dans le processus de territorialisation de l'offre de soins de premier recours.** Cette territorialisation passe par la mise en œuvre d'une stratégie qui visera à la construction d'un territoire par différents acteurs (URPS, ADOPS, ARS...) en fonction des contraintes locales. Elle doit avoir un impact sur l'organisation (le nombre et la taille des secteurs...), des regroupements de secteurs seront donc opérés pour garantir une couverture territoriale adaptée de la région en maisons médicales de garde et un accès à ces dernières par la population en moins de trente minutes.
- Objectif stratégique n°2 : **Consolider et assurer une meilleure lisibilité de la PDSA dans les territoires.** Des supports de communication sur l'organisation de la PDSA devront être mis en place afin d'améliorer la lisibilité du dispositif sur chaque territoire par les usagers et de distinguer les modalités de recours aux urgences et à la PDSA.
- Objectif stratégique n°3 : **Evaluer la qualité du service rendu aux patients dans le cadre d'une démarche qualité.** Le cadre stratégique devra permettre d'améliorer et de rendre une réponse optimale aux besoins de soins et de santé de la population, au plus près des habitants, sur l'ensemble du territoire régional. Il contribuera à évaluer de manière plus dynamique la permanence des soins.

2. Objectifs opérationnels

- Objectif opérationnel n°1 : Regrouper de façon significative les secteurs de garde autour de maisons médicales de garde.
- Objectif opérationnel n°2 : Renforcer la régulation médicale et le conseil apporté aux patients.
- Objectif opérationnel n°3 : Couvrir l'ensemble des plages de gardes d'effectif notamment en structurant une effectif en nuit profonde dans les départements de Vendée et Loire Atlantique (dispositif de médecins mobiles).
- Objectif opérationnel n°4 : Renforcer l'attractivité du dispositif pour les médecins libéraux (régulation et effectif).
- Objectif opérationnel n°5 : Déployer un système d'information « PDSA » fiable, adapté et interconnecté.
- Objectif opérationnel n°6 : Harmoniser progressivement les pratiques, notamment en MMG.
- Objectif opérationnel n°7 : Réaliser une campagne de communication.
- Objectif opérationnel n°8 : Elaborer une enquête auprès de la population sur la perception de l'organisation de la PDSA en Pays de la Loire.

V. Organisation départementale et régionale

1. Principe de la délimitation des territoires de permanence des soins ambulatoires

La réponse aux besoins non urgents (soins non programmés) aux heures de permanence des soins est mise en perspective avec une politique cohérente de développement de l'offre de soins de premier recours.

Aussi, dès le début de l'expérimentation, l'objectif de la MRS puis de l'ARS a été de définir, avec les acteurs de terrain, les contours de cette organisation par la mise en place d'une politique visant à rendre attractif l'exercice médical et paramédical (nouveaux modes d'organisation plus économes en effectif médical, réponse à l'évolution des besoins de santé avec un exercice pluri-professionnel mieux coordonné incluant le partage de l'information) et à limiter les déficits démographiques de professionnels de santé dans certaines zones géographiques de la région et les conséquences en terme d'équité territoriale d'accès aux soins.

Par ailleurs, une bonne organisation de la permanence des soins est un facteur d'attractivité en termes d'exercice même si elle n'intervient pas seule. Elle contribue, pour partie, à l'installation de nouveaux praticiens, en particulier dans les territoires les plus fragiles.

A contrario, sans professionnels du premier recours, et en particulier sans une bonne couverture territoriale en médecins généralistes, il ne peut y avoir de continuité de soins et donc de PDS. Or le « tout hôpital » n'est pas la solution.

Enfin, la mise en place de « projets de santé des territoires de premier recours » agit de manière déterminante sur la demande de soins non programmés, avec un impact direct sur la PDS grâce à un accès facilité au dossier médical (dossier de liaison d'urgence), la prévention et l'éducation thérapeutique (maladies chroniques)

La construction des territoires de premier recours (2008) a constitué un des éléments déterminant de l'organisation de la permanence des soins. L'observation de l'existant et la concertation avec les professionnels de santé a abouti à la stabilisation d'une cartographie cible d'une cinquantaine de territoires contre près d'une centaine auparavant et la constitution d'associations d'organisation de la permanence des soins ambulatoires dans chaque département.

Ce principe se traduit également dans les projets des futures maisons de santé pluri-professionnels qui intègrent dorénavant dans les projets architecturaux les maisons médicales de garde.

2. La création des Associations Départementales d'Organisation de la Permanence des Soins

Pour assurer la gestion opérationnelle du dispositif de PDSA les Associations Départementales d'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS), représentant tous les médecins généralistes libéraux de médecine ambulatoire effecteurs et régulateurs de la zone géographique couverte, sont créées.

Leur rôle est de :

- assurer le suivi départemental de la mise en œuvre de l'expérimentation,
- valider l'évaluation globale de l'expérimentation,
- proposer des axes d'évolution,
- accompagner le processus d'extension territoriale de la démarche d'expérimentation.

Par ailleurs, dans chaque département, l'ADOPS se voit confier la mise en place de l'organisation de la permanence des soins et doit réaliser les adaptations nécessaires pour converger vers la cible définie pour le département par le schéma régional.

Entre 2011 et 2012, ces missions et objectifs font l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et les ADOPS, permettant ainsi de disposer d'un interlocuteur unique pour animer le réseau des médecins libéraux dans le cadre de la permanence des soins, à la fois sur la régulation mais également sur l'effectif.

	Dates de création des ADOPS	Dates de contractualisation ARS/ADOPS
Loire Atlantique (44)	03/11/2009	18/03/2011
Maine et Loire (49)	16/06/2008	18/03/2011
Mayenne (53)	20/11/2003	29/05/2011
Sarthe (72)	19/08/2009	Pas de conventionnement
Vendée (85)	17/07/2010	17/07/2012

A noter que seul l'ADOPS 72 a refusé d'intégrer l'expérimentation car le degré de maturité de la réflexion des acteurs n'était pas suffisamment avancé. Toutefois, par la suite, elle a également participé à une réorganisation de la PDSA, avec notamment le passage de 26 secteurs en 2008 à 10 secteurs en 2012 et la mise en place de 8 MMG en 2012, dont 2 MMG couvrant 4 secteurs dans la région du Mans.

3. Evolution des organisations départementales au cours de l'expérimentation

L'ARS et les ADOPS ont convenu de ne pas construire un modèle d'expérimentation régional unique, mais un modèle par département avec une base régionale qui permet à chacun de conserver ses spécificités territoriales, Les modèles départementaux ont été négociés entre l'ARS et chaque ADOPS.

➤ Loire Atlantique

La zone d'expérimentation ne comprend pas les secteurs des agglomérations de Nantes et Saint-Nazaire, couvertes en effecton par SOS médecins.

➤ Régulation :

- Les médecins régulateurs sont dorénavant basés au centre 15 à Nantes.
- La présence de médecins régulateurs sur toutes les périodes de garde, avec 2 médecins le soir et la nuit de 20h à 8h, est actée.
- Les médecins sont rémunérés sur la base de 3C (3 consultations) par heure.
- Le cahier des charges régional de la PDSA a confié à l'ADOPS 44 la prise en charge de la régulation libérale sur l'ensemble de la population du département (Nantes et St Nazaire inclus).

➤ Effecton :

- Un découpage du département en 10 secteurs (hors Nantes et Saint Nazaire couverts par SOS médecins) contre 35 auparavant.
- Sur chaque secteur de garde, la présence en maison médicale de garde d'un médecin effecteur chaque soir de 20h à 24h et tous les week-ends.
- La localisation de cinq médecins mobiles sur le département de 20h00 à 8h00.
- Rémunération sur la base d'astreintes conventionnelles avec ou sans majoration en fonction de plusieurs critères (pénibilité, attractivité,...) pour les médecins effecteurs en maisons médicales de garde et une rémunération cible à 828 euros (actes + astreintes) par nuit pour les médecins mobiles. Cette rémunération cible des médecins mobiles est garantie, à titre transitoire, par l'agence afin d'accompagner le lancement du projet.

L'ADOPS participe à la formation des internes en médecine sur le volet PDSA en association avec le département de médecine générale de faculté de médecine de Nantes et le conseil de l'Ordre des médecins de Loire Atlantique.

Evolution 2011/2014 :

Le nombre de secteur de garde a été divisé par 3,5 dès le début de l'expérimentation.

Renfort des plages de régulation (+1908h, soit +15%) afin de couvrir des périodes de tensions identifiées.

La garantie de rémunération des médecins mobiles a été modifiée. Depuis 2012 il était constaté que la moyenne d'activité des médecins mobiles sur certains secteurs était structurellement inférieure aux estimations initiales. Ainsi l'ADOPS a souhaité, en accord avec l'ARS, que la rémunération cible pour les médecins ne réalisant pas d'acte soit abaissée à 600 €

➤ **Maine et Loire**

➤ **Régulation :**

- Les médecins régulateurs sont basés au centre 15 à Angers.
- Possibilité de composer un numéro à 10 chiffres pour joindre les urgences non vitales : 02 41 33 16 33
- Présence de médecins régulateurs libéraux sur toutes les périodes de garde sauf en nuit profonde entre 1h et 7h (les appels sont alors pris en charge par les régulateurs hospitaliers compte tenu du faible nombre d'affaires à traiter).
- Rémunération sur la base de 4C par heure.

➤ **Effectation :**

- Au début de l'expérimentation, découpage du département en 26 secteurs de garde avec un médecin effecteur sur chaque secteur chaque soir de 20h à 24h et tous les weekends (samedi après midi et dimanche). La permanence des médecins libéraux s'arrête à minuit, à l'exception du secteur d'Angers. Le relais est alors pris par les urgences hospitalières.
- La réorganisation des modalités de l'effectation a débuté en 2012. Le nombre de secteur a été divisé par deux et s'établit désormais à 13 (1er juillet 2014) avec 13 MMG, ce qui correspond à l'objectif initial fixé dans le cahier des charges.
- Rémunération sur la base d'astreintes conventionnelles avec ou sans majoration en fonction de plusieurs critères (pénibilité, attractivité,...)

Evolution 2011-2014 :

Renfort des plages de régulation les dimanches et jours fériés de 7h à 8h et de 00h à 1h ainsi que sur des plages de 5h les samedis et dimanches afin de couvrir les périodes de tensions identifiées par l'ADOPS et le SAMU (+2790h, soit +52%)

Diminution du nombre de secteurs : 13 secteurs à ce jour contre 26 secteurs au début de l'expérimentation, soit une baisse de 50%

Création de 6 Maisons Médicales de Garde en 4 ans

➤ **Mayenne**

➤ **Régulation :**

- Les médecins régulateurs sont basés soit au centre 15 à Laval, soit à leur domicile. En effet, le logiciel utilisé par les médecins régulateurs Mayennais offre la possibilité de réguler à distance.
- Possibilité de composer un numéro à 10 chiffres pour joindre les urgences non vitales : 02 43 64 33 00
- Présence d'1 médecin régulateur libéral sur toutes les périodes de garde, avec renfort possible en fonction des périodes présentant une pénibilité..
- Rémunération sur la base de 3C par heure portée à 4C sur certaines périodes présentant une pénibilité plus importante.

➤ **Effectif :**

- Découpage du département en 8 secteurs depuis 2006 contre 34 secteurs auparavant
- Sur chaque secteur, présence d'un médecin sur toutes les périodes de garde, à l'exception de la nuit profonde sur les trois secteurs semi-urbains. Sur ces secteurs, les structures d'urgences des centres hospitaliers prennent le relais des médecins effecteurs.
- Les médecins effecteurs des secteurs ruraux assurent également la continuité des soins des hôpitaux de proximité.
- Rémunération sur la base d'astreintes conventionnelles avec ou sans majoration en fonction de plusieurs critères pour prendre en compte la pénibilité de la garde sur certaines périodes et territoires.

Evolution 2011-2014 :

L'organisation de la PDSA a été modifiée dès le début de l'expérimentation, permettant de conforter les pratiques sur 4 ans.

Cette expérimentation a donné la possibilité à l'ADOPS 53 d'adapter la rémunération des médecins effecteurs en fonction des spécificités et des contraintes des secteurs de garde du département et de créer une maison médicale de garde sur le secteur qui en était dépourvu. Cette meilleure prise en compte de la pénibilité des gardes a permis de consolider l'organisation mayennaise.

Par ailleurs, la Mayenne, qui avait engagé avant l'expérimentation une restructuration complète de son organisation de permanence des soins ambulatoires, a alimenté les réflexions des autres départements dans le choix de leur propre réorganisation.

➤ **Vendée**

La zone d'expérimentation ne comprend pas le secteur de l'île d'Yeu, Ce territoire, du fait de son caractère insulaire, a souhaité conserver son organisation antérieure à l'expérimentation, avec une régulation assurée par le centre 15 et la présence d'un médecin effecteur aux horaires PDSA traditionnelles.

➤ **Régulation :**

- Les médecins régulateurs sont basés au centre 15 à La Roche sur Yon.
- Possibilité de composer un numéro à 10 chiffres pour joindre les urgences non vitales : 02 51 44 55 66
- Présence de médecins régulateurs sur toutes les périodes de garde avec 2 médecins le soir et la nuit de 20h à 8h et un renforcement les samedis, dimanches et jours fériés en journée.
- Rémunération sur la base de 3C par heure.

➤ **Effectif :**

- Un découpage du département en 20 secteurs (dont le territoire de l'île d'Yeu qui ne fait pas partie de l'expérimentation).
- Compte tenu de la population desservie et des besoins en période d'affluence saisonnière, on dénombre :
 - o L'hiver : 1 médecin d'astreinte par secteur de garde (avec un renfort de 3 médecins pour les week-ends en journée et en soirée).
 - o L'été : 32 médecins d'astreinte chaque soir (5 secteurs doublés) avec un renfort de 3 médecins pour les week-ends en journée et en soirée
- Deux secteurs sont organisés autour d'une maison médicale de garde.
- La localisation de trois médecins mobiles sur le département de 20h00 à 8h00 (avec un 4ème pour la période estivale).
- La Rémunération sur la base d'astreintes conventionnelles pour les médecins effecteurs en maison médicale de garde et une rémunération cible à 828 euros (actes + astreintes) par nuit pour les médecins mobiles. Compte tenu du plus faible taux de jours sans activité en Vendée (7.65 % en 85 contre 22,58 % en 44 en 2014), la rémunération du médecin mobile n'a pas été diminuée si aucun acte n'est réalisé, comme ce qui a été souhaité en Loire Atlantique.
- Sur le secteur de Noirmoutier, la couverture en nuit profonde est assurée par un médecin de garde. En comptant les médecins mobiles, il existe ainsi, 4 secteurs en nuit profonde, et 5 secteurs pendant l'été.

Evolution 2011-2014 :

La diminution du nombre de secteurs de garde expérimentaux de 26 à 19 a permis de sécuriser la permanence des soins sur les territoires présentant la démographie médicale la plus fragile.

4. Synthèse de l'organisation régionale

a. Sectorisation

Depuis le 10 juillet 2014 la région compte 50 secteurs expérimentaux (contre 96 au début de l'expérimentation), soit une diminution de plus de 48% en 3 ans.

Le nombre de secteurs évolue en nuit profonde : 15 secteurs permettent de couvrir une partie de la population se situant en zone expérimentale avec la création d'un secteur supplémentaire pendant la période estivale en Vendée portant ce nombre à 16.

Départements	Population Concernée par l'expérimentation (nbre d'habitants)	Nombre de secteurs au 01 ^{er} janvier 2015		Nombre de secteurs au 01 ^{er} janvier 2008
		Nombre de secteurs hors nuit profonde	Organisation en nuit profonde	
Loire Atlantique	746 801 (ou 1 281 032**)	10*	5 (<i>redécoupage intégral des secteurs</i>)	35
Maine et Loire	766 311	13	1 <i>seul secteur couvert (Angers)</i>	26
Mayenne	307 031	8	5 (<i>3 secteurs non couverts</i>)	8
Vendée	622 025	19*	4 (<i>redécoupage intégral des secteurs ; un 5^{eme} secteur est créé pour assurer la période estivale</i>)	27
Territoires expérimentaux de PDSA	2 442 168	50	15 (16 en période estivale)	96

(*) En Loire Atlantique et en Vendée, **du lundi au dimanche de 20h-00h**, la plage de garde est renforcée par respectivement 5 et 3 médecins mobiles qui assurent exclusivement les visites, en complément des médecins assurant leurs astreintes en MMG.

(**) Sur la régulation, l'ADOPS 44 couvre l'ensemble de la population du département.

b. Maisons Médicales de Garde

6 Maisons Médicales de Garde (MMG) ont été créées en zones expérimentales durant les 4 années d'expérimentation. 68% des secteurs de garde dispose d'un point fixe de consultation (soit 34 secteurs sur 50) assurant des consultations jusqu'à minuit avec un temps d'accès limité à 30 minutes.

Départements	Nombre de MMG au 01 ^{er} janvier 2015 en zones expérimentales	Nombre de MMG au 01 ^{er} janvier 2008 en zones expérimentales
Loire Atlantique	10	10
Maine et Loire	13	7
Mayenne	8	8
Vendée	3	3
Territoires expérimentaux de PDSA	34	28

5. Cartographie de la sectorisation de la PDSA en Pays de la Loire à la fin de l'expérimentation



Cartographie représentant les secteurs de garde de PDSA ainsi que l'implantation des Maisons Médicales de Garde depuis le 1^{er} juillet 2014

VI. Pilotage de l'activité aux horaires de permanence des soins

1. L'activité de régulation

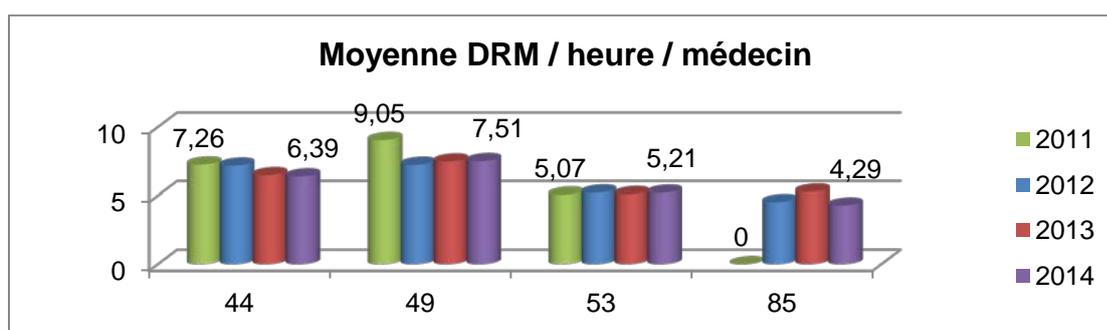
Conformément aux orientations de l'expérimentation, le volume d'heures de régulation a été renforcé au niveau régional (+10% environ entre 2011 et 2014) et l'ensemble des départements participant à l'expérimentation assure une réponse sur la totalité des plages de PDS. Seul le Maine et Loire ne couvre pas la totalité des plages de régulation (une partie de la nuit profonde). Pour autant, une réflexion est actuellement engagée par l'ADOPS 49 pour faire évoluer cette couverture dans le cadre de la modification du système d'information à venir et la possibilité qui sera offerte aux régulateurs d'exercer la régulation en délocalisé.

A ce jour, la Mayenne est le seul département de la région à pouvoir réaliser la régulation en délocalisé, grâce à son système d'information spécifique. Le système d'information PDSA qui équipera les 4 autres départements d'ici la fin de l'année 2015, permettra de réaliser la régulation en délocalisé pour les associations gestionnaires de PDSA qui le souhaitent.

Le travail d'élaboration du cahier des charges du système d'information de la PDSA a été réalisé en concertation avec les 5 SAMU de la région. Le prestataire retenu, suite à un appel d'offre, est la société SIS qui équipe déjà les 5 SAMU de la région.

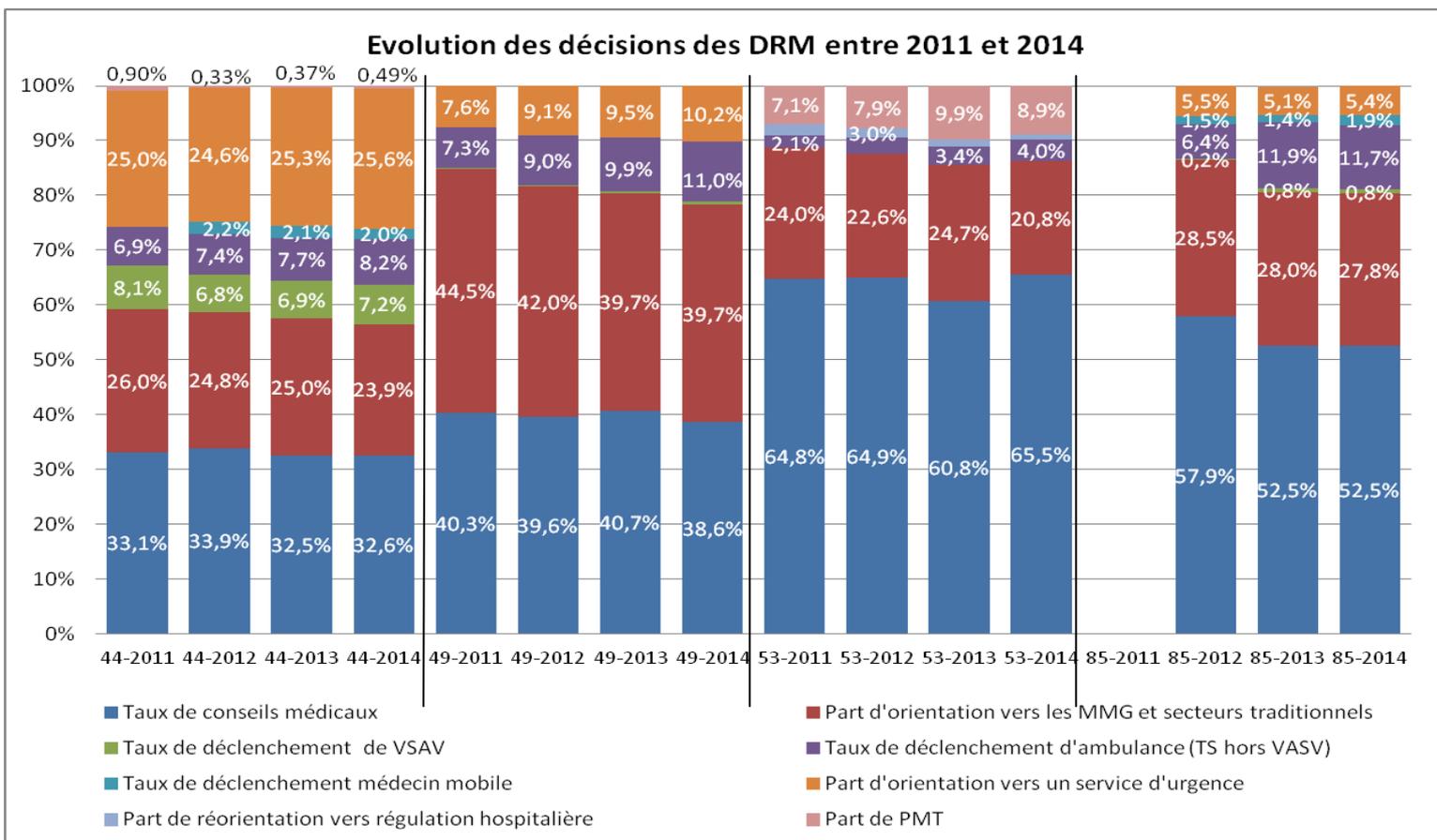
Régulation (évolution 2012-2014)	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Vendée
Nombre de médecins participant à la régulation	34 (38*)	66 (59*)	31 (32*)	58 (54*)
Volume d'heures de régulation annuel	15 280 (13 171*)	7 319 (7 213*)	6184 (6 124*)	12 445 (3 578*)
Nombre de DRM	97 698 (94 620*)	54 982 (52 191*)	32 206 (31 992*)	53 362 (16 255*)
Activité de la régulation par plage horaire (DRM/h/med)	6,39 (7,18*)	7,51 (7,24*)	5,21 (5,22*)	4,29 (4,54*)
Nombre de décisions	138 880 (132 488*)	54 943 (52 182*)	32 478 (32 526*)	54 008 (16 206*)

(*) Données 2012 (Vendée sur 4 mois)- source SAMU et ADOPS



Source SAMU et ADOPS

Grâce à cette augmentation du volume horaire de régulation, le nombre de Décisions de Régulation Médicale (DRM)/heure/médecin se rapproche de la cible affichée au lancement de l'expérimentation (6 DRM/h/médecins) mais reste très légèrement supérieur en Loire Atlantique (6,39) et en Maine et Loire (7,51). Seules la Mayenne et la Vendée sont en dessous de cette cible (respectivement 5,21(2014) et 4,29).



source SAMU et ADOPS

Globalement, l'activité de régulation reste stable depuis 2011 : le conseil médical est la décision la plus couramment pratiquée (41% en moyenne régionale, 2014), suivi par les orientations vers les MMG (26% pour la région PDL en moyenne, 2014). Des différences de pratiques entre départements peuvent être identifiées :

- la part des prescriptions médicamenteuses en Mayenne est très largement supérieure à celle des autres départements (9% en 2013 contre moins de 0,49% pour la Loire Atlantique),
- la part de conseil téléphonique est globalement plus élevée en Vendée et en Mayenne (52-60%) qu'en Loire Atlantique et en Maine et Loire (32-40%).

Il convient cependant de nuancer les comparaisons entre départements sur les pratiques de régulation dans la mesure où des divergences subsistent sur les types de données transmises par les SAMU. Ainsi, l'activité de régulation ne peut être analysée en Loire Atlantique qu'à partir de l'ensemble des décisions des médecins régulateurs libéraux et non de la décision finale clôturant le DRM ; le système d'information du SAMU ne permet pas d'effectuer ce tri.

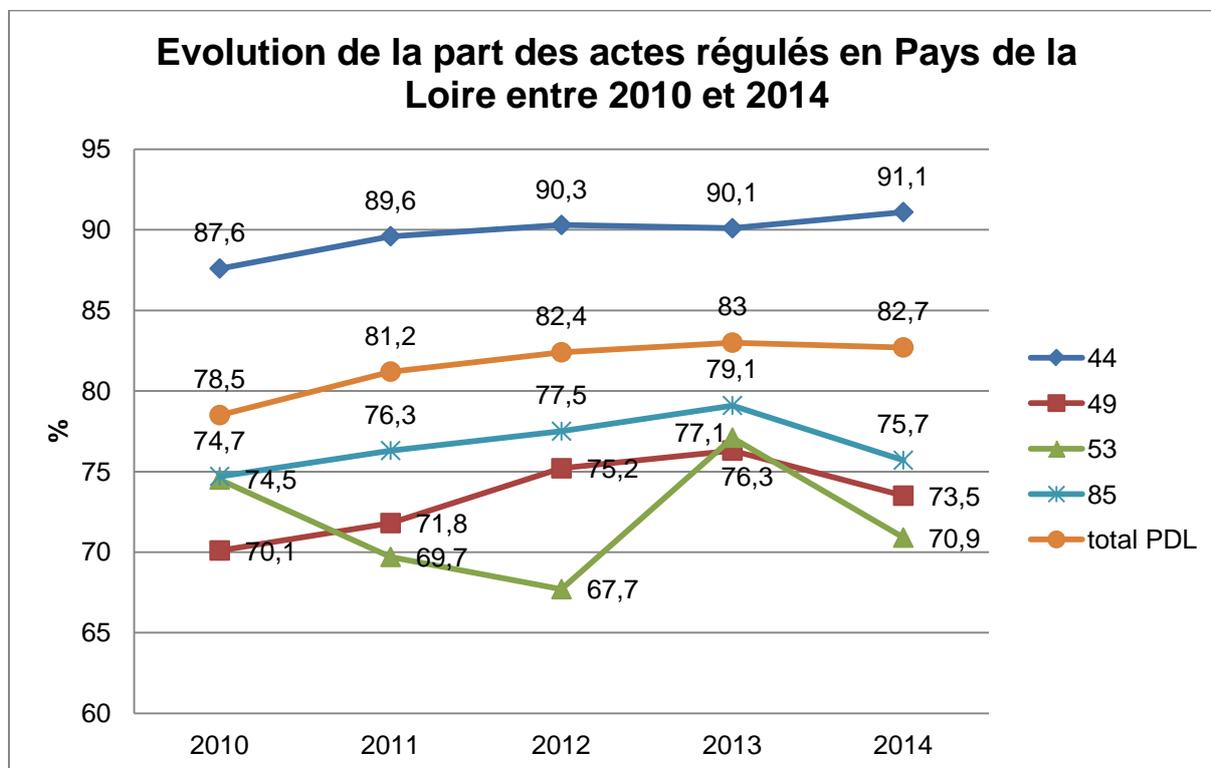
2. Evolution de la part des actes régulés

Concernant la part d'activité régulée, celle-ci progresse dans la région depuis 2010 pour s'établir à 82,7% en 2014 (ce chiffre intègre les données des zones non expérimentales, source ERASME régional – Assurance Maladie). A titre de comparaison, la moyenne au niveau national était de 62% en 2012 (données PLFSS 2014), avec des disparités régionales importantes sur cet indicateur qui varie, en France métropolitaine, de 42% à 83% d'actes. La région des Pays de la Loire figurait alors en tête des régions françaises en 2012 (82,4%).

Cette progression peut s'expliquer :

- par la structuration des ADOPS qui ont permis de faciliter les échanges et la connaissances des pratiques entre professionnels libéraux offrant ainsi aux assurés un maillage territorial coordonné et de qualité,
- une meilleure information et formation des médecins participants à la PDSA (notamment les régulateurs),
- un exercice coordonné entre les médecins libéraux et les SAMU de la région,
- une harmonisation des pratiques sur les territoires de PDSA.

Pour autant, selon les ADOPS, ce chiffre serait bien supérieur à celui mentionné dans les rapports de l'assurance maladie. Ces écarts pourraient être liés notamment à des erreurs de cotations de la part des médecins libéraux. Le futur système d'information permettra de disposer d'éléments de comparaison objectifs avec les données de l'assurance maladie.



Source ERASME – assurance maladie

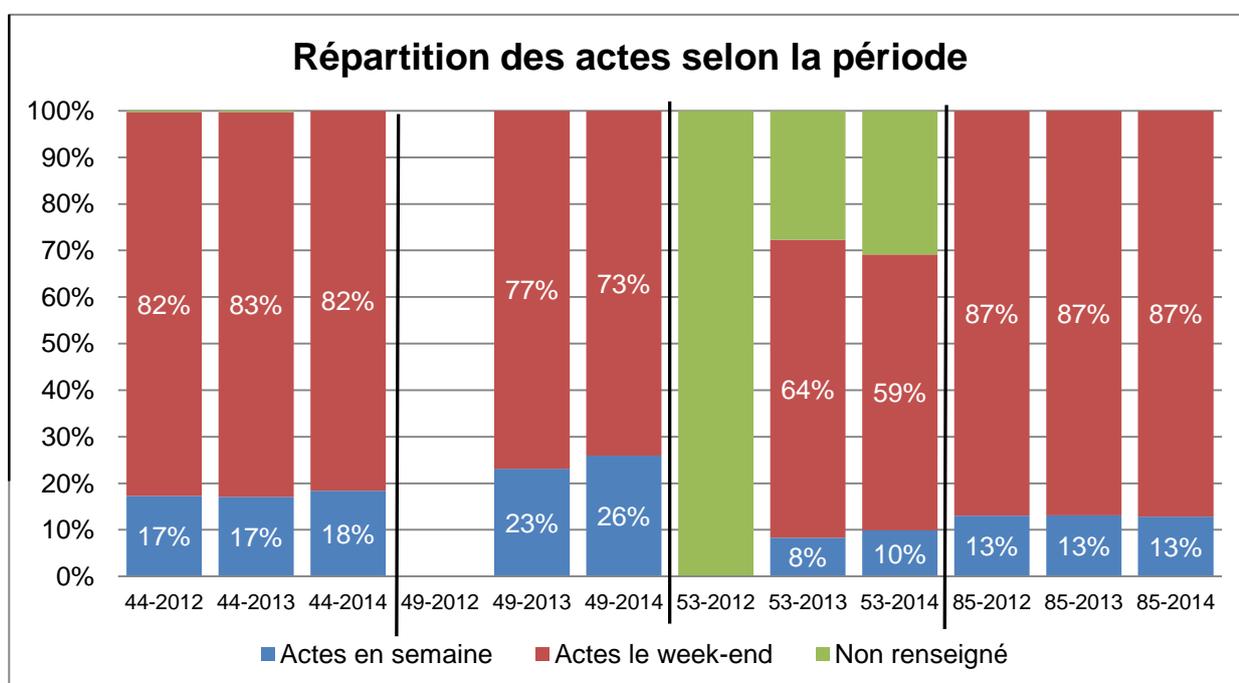
3. L'activité d'effecton en Maison Médicale de Garde (MMG) ou secteurs dits « traditionnels »

Depuis le début de l'expérimentation, le patient doit systématiquement appeler la régulation avant de se rendre au point fixe de consultations ou au cabinet du médecin. Ce principe permet :

- d'éviter l'embolisation des maisons médicales de garde,
- de rendre un service plus adapté et de qualité à la population
- de limiter les consultations aux patients pour lesquels un examen clinique physique est nécessaire,
- de limiter les visites aux patients pour lesquels il n'y a pas de possibilité de déplacement.

On constate dès lors, pour la région, que l'activité en point fixe de consultation, depuis le début de l'expérimentation, est globalement stable avec environ 76 000 actes réalisés par les médecins effecteurs exerçant en point fixe de consultations, dont 85% de consultations et près de 13 % de visites sur la région (données 2014). Le nombre de visites est donc contenu conformément aux principes de l'expérimentation et contrairement à d'autres régions où la part des visites peut avoisiner les 50% de l'activité des effecteurs (*Cf. évaluation de la permanence des soins de la Champagne Ardenne de 2013, disponible sur le site de l'ARS de Champagne-Ardenne*).

En 2014, entre 73% (Maine et Loire) et 87% (Vendée) des actes sont réalisés le week-end. Cette donnée est également stable depuis le début de l'expérimentation.



La part des actes médico-administratifs réalisée en MMG est marginale (moins de 1%), mais leur réalisation reste assurée par les médecins libéraux aux horaires de PDSA.

On note également un très faible taux de carence des plages d'astreintes qui s'explique par un suivi précis des tableaux de garde mené par les ADOPS. **Ainsi, quasiment 100% des plages de garde sont aujourd'hui assurées au sein des territoires expérimentaux. Les réquisitions sont dès lors inexistantes en dehors de mouvements de grève nationaux.**

Effectif (MMG et secteurs traditionnels) 2012-2014		Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Vendée
Nombre de médecins effecteurs		509 (555*)	442 (332*)	184 (172*)	419 (421*)
Nombre de périodes couvertes/ nombre de périodes à couvrir		99,75 % (99,7%*)	100% (98,88%*)	100 % (100%*)	98,53% (99,35%*)
Actes	Consultations (nombre - %)	29 904 – 91,34% (28 701* - 99,63%*)	19 901 - 85,42 % (NC*)	5 635 – 82,15% (6 087* – 83,04%*)	13 460 - 78,87% (2917*– 69%*)
	Visites (nombre - %)	2 500 – 8,33% (Non suivi*)	3 181 - 13,60 % (NC*)	1 207 – 17,60% (1 216* – 16,59%*)	3 119-18,28% (911* – 22%*)
	Actes médico-administratifs (nombre - %)	99 – 0,37% (108* – 0,37%*)	328- 0,98% (NC*)	17 – 0,25% (27* – 0,37%*)	197- 1,17% (0-0%*)
	Autres actes ou non renseigné (nombre - %)	0 – 0% (0* – 0%*)	-	0 – 0% (0* – 0%*)	287- 1,68% (9,19%*)
Part des actes suivi d'un envoi aux urgences (nombre - %)		Non suivi	Non suivi	258 – 3,76% (213* – 2,91%*)	1 377 – 8,07% (356* – 8,45%*)

(*) Données 2012 (Vendée sur 4 mois)- source SAMU et ADOPS

La mise en place du futur système d'information consolidera et harmonisera le recueil d'information. Il permettra en outre une saisie depuis des technologies fixes ou mobiles, accroissant la réactivité des décisions prises et la traçabilité des informations entre les médecins régulateurs et effecteurs.

a. L'activité d'effection des Médecins mobiles

Le dispositif « médecin mobile » a été mis en place afin de pallier la pénurie de médecins liée notamment à la pénibilité du travail de nuit profonde et à l'absence de réponse en zone rurale compte tenu de la fermeture des MMG à minuit (contrairement aux zones urbaines de l'agglomération Nantaise et Nazairienne avec SOS médecins).

La rémunération a été calibrée sur l'activité de régulation et intègre également une compensation partielle de perte d'activité pour le lendemain de la garde réalisée (à noter, une demi-journée équivaut à environ 15 consultations, soit au minimum 345 €)

Aussi, on constate que depuis le début de l'expérimentation, aucune carence n'a été constatée sur ce dispositif alors que précédemment, les nuits profondes étaient très peu couvertes dans ces départements. L'objectif d'assurer une réponse homogène à l'ensemble des ligériens et vendéens est donc atteint.

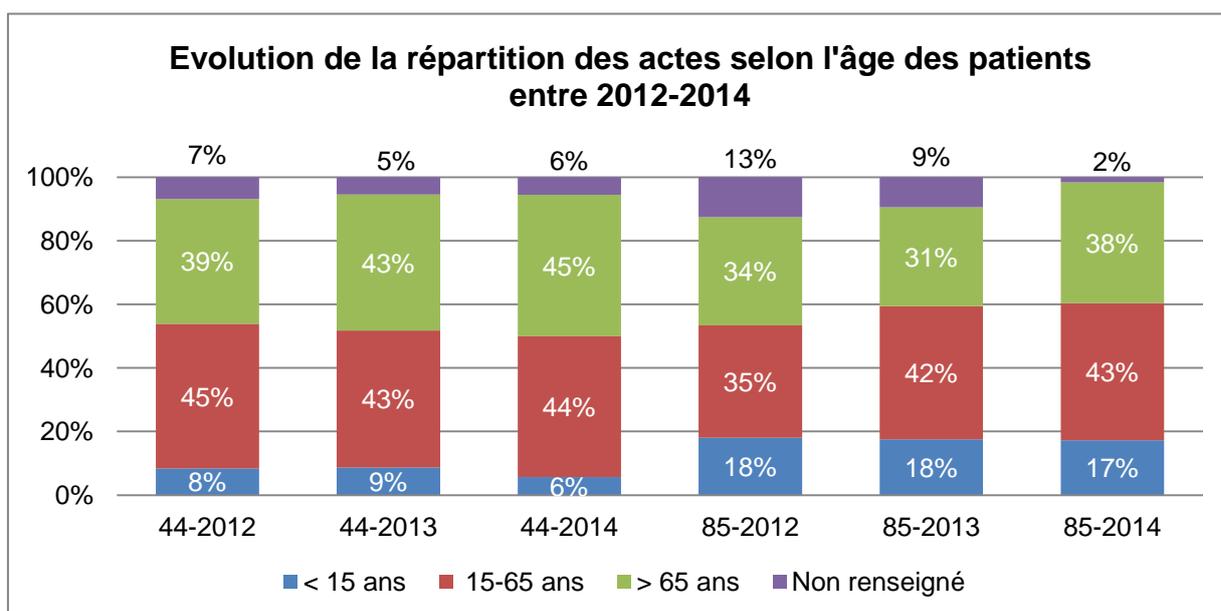
Par ailleurs, la mise en place de ce dispositif s'est accompagnée d'une évaluation précise de leur activité.

A noter que les médecins mobiles de Vendée ont été déployés depuis septembre 2012.

b. Caractéristiques des patients

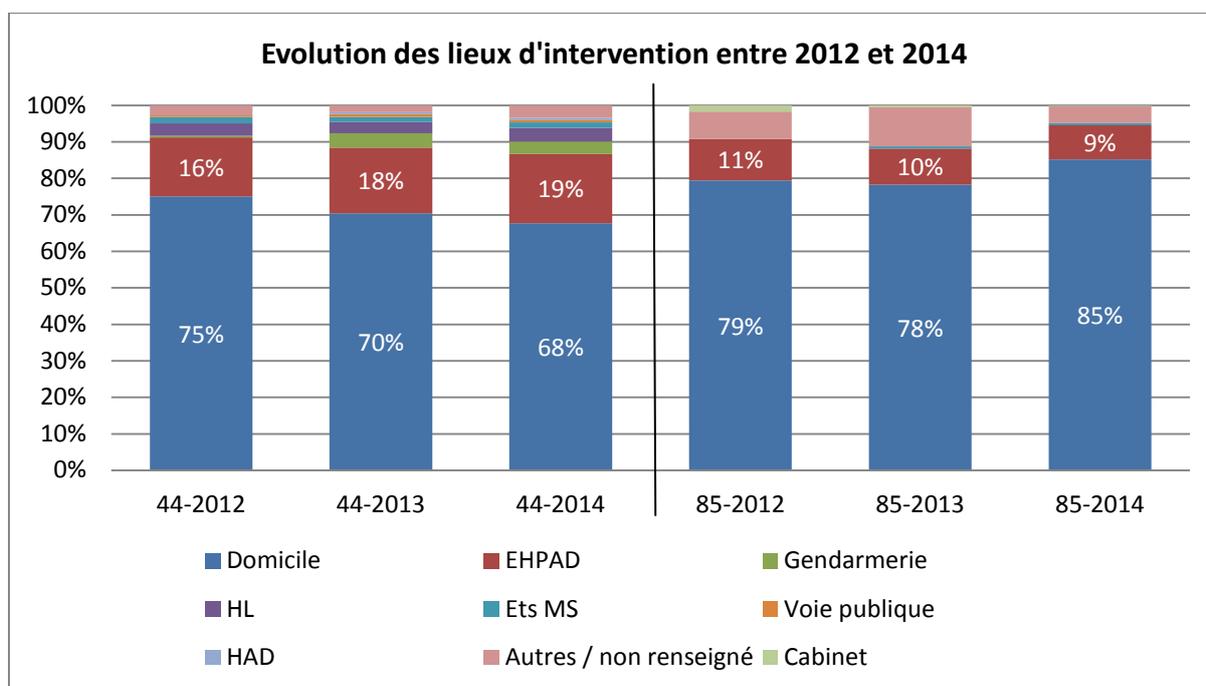
Les patients pour lesquels les médecins mobiles interviennent le plus fréquemment sont les plus de 65 ans. Pour autant, les médecins mobiles du 44 sont davantage sollicités pour des personnes de plus de 65 ans (44,5%) que les médecins mobiles du 85 (38%), mais cet écart tend à se resserrer au fil des années. A contrario, les moins de 15 ans représentent près de 17,5% des patients en Vendée contre seulement 5,67% en Loire Atlantique

On peut également remarquer que les médecins mobiles exerçant dans le département de la Vendée ont considérablement amélioré leur reporting puisque le nombre de non réponse à été divisé par 6 en 3 ans, se traduisant par une augmentation mécanique des patients dans les tranches d'âges indiquées.



Données ADOPS 44 et 85 (sur 4 mois pour la Vendée en 2012)

Les principaux lieux d'interventions des médecins mobiles, qu'il s'agisse de la Loire Atlantique ou de la Vendée, sont le domicile (près de 70% des visites) et les EHPAD. Ils représentent aujourd'hui un élément important dans la sécurisation médicale des EHPAD pendant la nuit. A eux seuls, ils représentent près de 90% de l'activité des médecins mobiles. A noter que la part des interventions dans les gendarmeries a été multipliée par 8 en Loire Atlantique en 3 ans (passant de 11 interventions en 2011 à 92 en 2014) et que les interventions sur la voie publique ont progressé de 33%, signe d'un service connu et reconnu.



Données ADOPS 44 et 85 (sur 4 mois pour la Vendée en 2012)

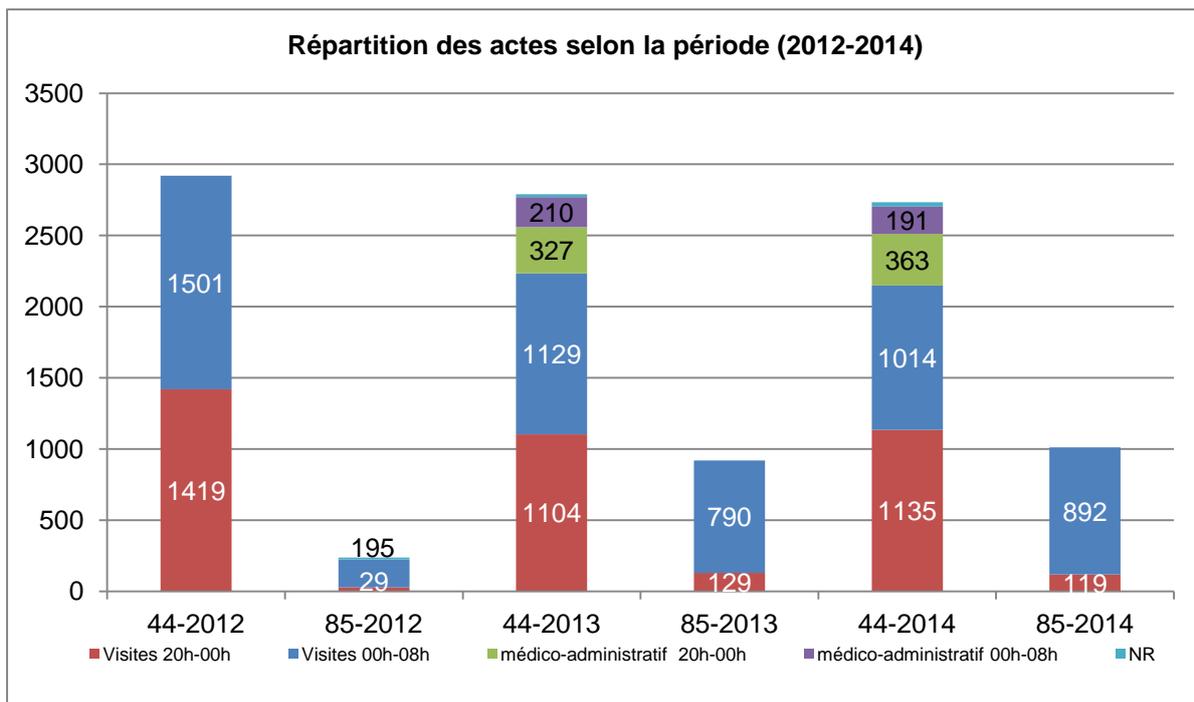
c. Nature de l'activité

L'activité des médecins mobiles est relativement stable depuis sa création.

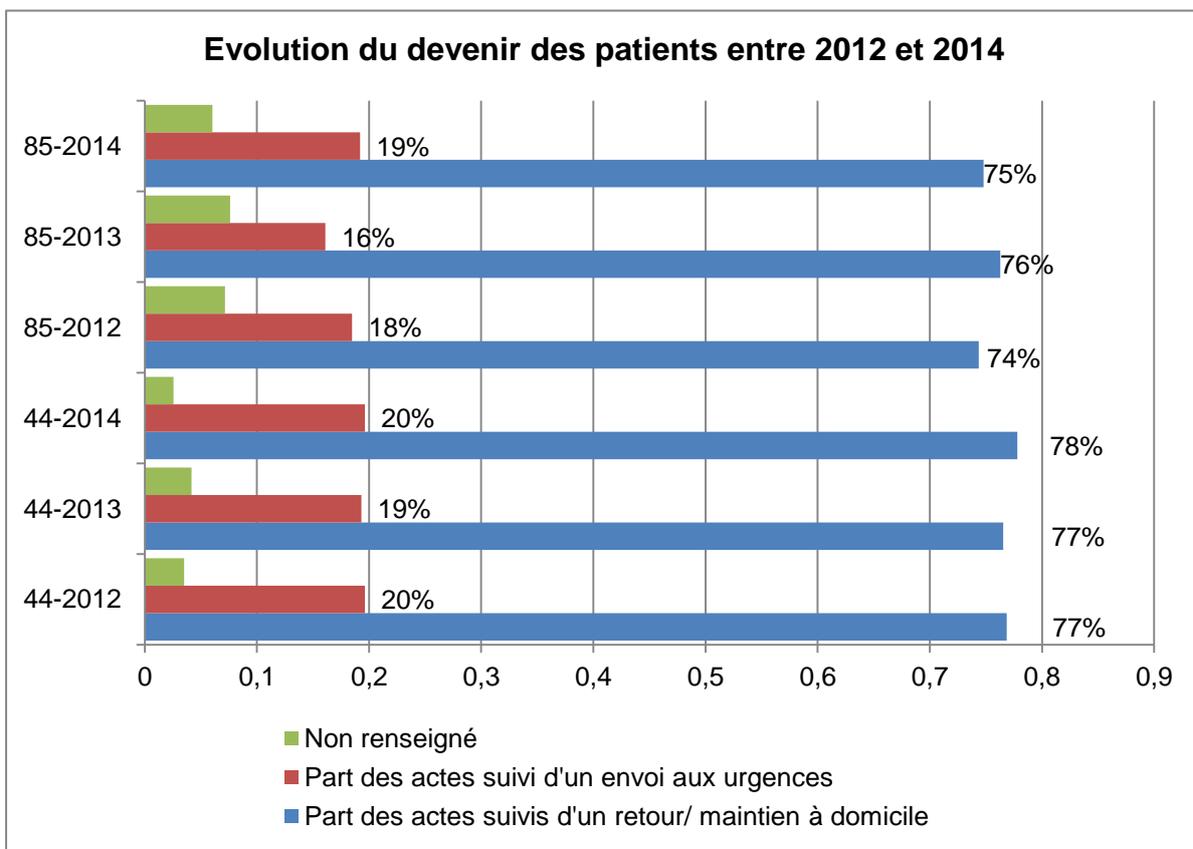
On constate toutefois une légère diminution de l'activité en Loire Atlantique (-7,3% entre 2012 et 2014) avec une progression des actes en soirée (+5,7% - liée notamment au nombre d'actes médico-administratifs qui progresse de près de 11%), au détriment de ceux en nuit profonde (-19,5%).

L'activité des médecins mobiles en Vendée, quant à elle, progresse de 10% entre 2013 et 2014, soit environ 100 actes de plus. (2012 n'est pas significative pour la Vendée puisque l'expérimentation n'a débuté qu'en septembre 2012)

Dans les deux départements, on note que dans 76% des cas, le patient a été maintenu à son domicile évitant ainsi une hospitalisation ou le recours à un transport sanitaire. 80% d'entre eux ont eu un traitement en Vendée contre 65% en Loire Atlantique (données 2014).



Données ADOPS 44 et 85 (sur 4 mois pour la Vendée en 2012)

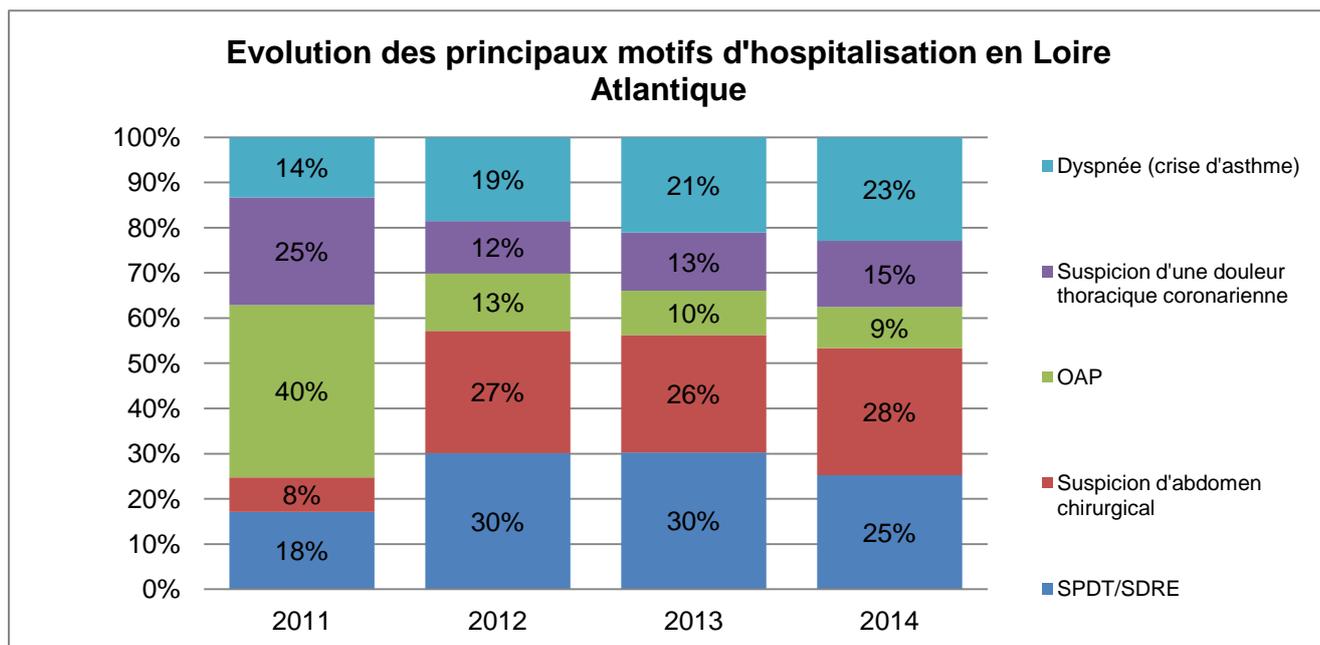


Données ADOPS 44 et 85 (sur 4 mois pour la Vendée en 2012)

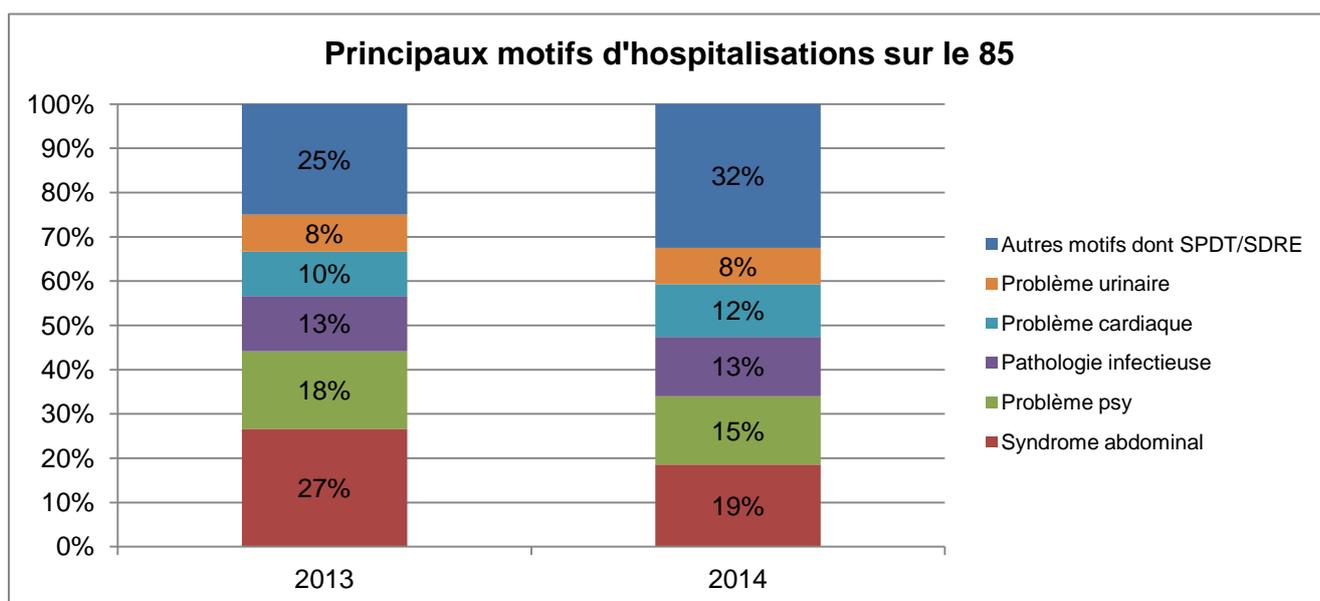
Concernant les motifs d'hospitalisations, ceux-ci sont distincts d'un département à l'autre. (cf données ci-dessous).

La suspicion d'abdomen chirurgical est le principal motif d'hospitalisation dans les deux départements, respectivement 18,56% pour la Vendée et 28,2% pour la Loire Atlantique. Leur progression reste constante au cours des années.

La part des actes médico-administratifs (SPDT/SPDRE) est quant à elle en nette progression dans les deux départements, même si une légère inflexion se fait ressentir en Loire-Atlantique en 2014.



Données ADOPS 44



Données ADOPS 85

d. Synthèse 2012-2014

Par rapport à 2012, la moyenne d'actes réalisés par nuit en 2014 a légèrement diminué en Loire Atlantique (7,6 contre 8,14 en 2012) alors qu'elle a progressé en Vendée (2,77 contre 2,25 en 2012). Pour autant, un écart important subsiste entre les deux départements qui s'explique pour partie par des différences dans l'organisation : 3 grands secteurs en Vendée contre 5 en Loire Atlantique, des médecins mobiles plus fortement mobilisés en nuit profonde en Vendée.

A noter également que le ratio d'actes par médecin et par nuit est deux fois plus élevé en Loire Atlantique qu'en Vendée. Cet écart tend à se réduire et peut s'expliquer par une entrée plus tardive de la Vendée dans l'expérimentation. Parallèlement, le nombre de nuits sans acte est de seulement 7,65% pour la Vendée alors que celui-ci représente quasiment un quart de l'activité en Loire Atlantique. La répartition de l'activité entre nuit profonde et soirée est également très différente entre les 2 départements : 46% des actes de médecins mobiles sont réalisés en nuit profonde en Loire Atlantique contre 88% pour la Vendée.

Les délais moyens pour arriver sur les lieux et la durée d'intervention sont très proches dans les deux départements et respectent la cible initiale.

Evolution de l'activité des médecins mobiles entre 2012 et 2014	Loire Atlantique (5 secteurs)	Vendée (3 secteurs)
Pool de médecins mobiles	99 (127*)	76 (53*)
Nombre d'actes / an	2771 (2 970*)	1011 (238*)
Moyenne d'actes par nuit pour la zone de couverture départementale	7,59 (8,14*)	2,77 (2,25*)
<i>Nombre d'actes par médecin et par nuit</i>	1,52 (1,63*)	0,92 (0,75*)
Nombre de nuits sans actes	412 – 22,58% (423* - 23,18%*)	84 - 7,65% (141* – 44,34%*)
Horaires d'intervention	20h-00h : 54,13% (45%*) 00h-08h : 45,87% (54%*)	20h-00h : 11,77% (12%*) 00h-08h : 88,23% (82%*)
Durée moyenne pour arriver sur les lieux	36 (35*)	44 (39*)
Durée moyenne sur les lieux (en min)	35 (33*)	31 (34*)

Base de données ADOPS 44 et 85 - (*) Données 2012 (sur 4 mois pour la Vendée)

e. Evaluation médico-économique du dispositif de médecin mobile

L'activité des médecins mobiles représente entre 7 et 9% de l'activité des médecins effecteurs en Loire Atlantique et en Vendée. Aussi, l'ARS a souhaité approfondir l'impact de la réorganisation de la PDSA et notamment la pertinence de la création du dispositif de médecins mobiles et son efficacité médico-économique.

Ainsi, il s'avère que le coût moyen d'une prise en charge aux urgences non suivie d'une hospitalisation est de 585€ en moyenne (cf détail ci-dessous). Un acte réalisé dans le cadre du dispositif médecin mobile est donc plus économique qu'un passage aux urgences en Loire Atlantique (546€, moyenne 2014) mais plus onéreux en Vendée (971€, moyenne 2014).

Indicateurs	Données	44	85
Coût moyen d'une prise en charge aux urgences non suivi d'une hospitalisation	Forfait d'Accueil et de Traitement des Urgences (ATU)	25€	25€
	Forfait Annuel Urgence (FAU) <i>(données SAE 2012)</i>	75€	75€
	Coût national moyen actes pour un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation <i>(source finances hospitalières juillet / aout 2010)</i>	85€	85€
	Coût moyen d'un Transport Sanitaire en garde (A/R) <i>(données assurance maladie 2012)</i>	414€	394€
	Total	599€	579€
Coût moyen d'un acte de Médecin mobile (2014)	Total <i>(cout forfait/nombre d'actes annuel)</i>	546€	971€

En outre, le dispositif « médecin mobile » propose une qualité de service différente et accrue en fonction des pathologies et des typologies de patients permettant d'éviter dans plus de 75% des cas une hospitalisation. Il génère donc des économies pour le système de santé, notamment en cas d'hospitalisation d'une personne âgée dont la prise en charge pourrait engendrer des coûts supplémentaires importants.

Il favorise le maintien du patient dans son cadre de vie, la coordination entre professionnels de santé et permet un temps d'accompagnement des proches dans certaines situations. Il évite, également, l'attente aux urgences en cas de prise en charge à l'hôpital pour la population et notamment pour les personnes âgées vivant en EHPAD.

Enfin, il assure des missions pour lesquels plus aucune réponse n'était apportée comme la PDS des hôpitaux de proximité, celle de l'hospitalisation à domicile, ou encore la réalisation des actes médico-administratifs, à la grande satisfaction des forces de l'ordre qui trouvent dorénavant un interlocuteur pour remplir leurs missions. Pour l'ADOPS 85 « l'activité de visites en nuit profonde n'est plus rétrograde, attire même des jeunes médecins non encore installés qui viennent prêter main forte aux plus âgés ».

Deux thèses, réalisées par des étudiants en médecine, sur le dispositif des médecins mobiles, une sur le devenir à 48h des patients pris en charge par le dispositif de médecins mobiles en Loire Atlantique et l'autre sur l'organisation de la PDSA en 44, complètent cette analyse positive. (Accessible via le site de l'université de Nantes).

VII. Pilotage financier de l'expérimentation de la permanence de soins

1. Cadre théorique

Par arrêté du 31 décembre 2009, le montant maximal des dépenses allouées au titre de la PDSA (zones expérimentales et non expérimentales) a été fixé à 16,3 millions d'euros (en dépenses remboursées). Le montant des dépenses de la PDSA en 2008 était pour information de 14 603 499 €. Cette réévaluation du montant de dépenses avait été accordée notamment eu égard à la faible structuration de la régulation libérale en Sarthe et Maine et Loire.

Ce montant comprend les forfaits de régulation, astreintes et, pour les zones expérimentales, les actes majorés (consultations et visites) des assurés affiliés à la CPAM, SLM, MSA et RSI de la région des Pays de la Loire. Les indemnités kilométriques et actes techniques (CCAM, etc.) n'en font pas partie.

Ce montant maximal de dépenses a été ventilé par département à partir de critères théoriques communs afin de constituer les enveloppes de base :

- le niveau de rémunération du régulateur libéral et de l'effecteur, déterminé sur les bases conventionnelles,
- le nombre de régulateurs libéraux par tranche horaire, évalué en fonction du nombre d'affaires médicales à traiter (statistiques du SAMU et des associations de permanence des soins),
- le nombre nécessaire de médecins d'astreinte par tranche horaire, estimé en fonction du nombre des territoires de premier recours,
- l'activité moyenne théorique d'un effecteur, déterminée en fonction du nombre d'habitants et de ratios régionaux de consommation de soins,
- la prise en compte de l'effet saisonnier pour les départements concernés, évalué en «nombre équivalent d'habitants à l'année», afin de déterminer les besoins supplémentaires en régulateurs libéraux et en effecteurs sur certaines périodes.

La zone d'expérimentation couvre l'ensemble de la région à l'exclusion :

- des agglomérations nantaise et nazairienne pour la Loire Atlantique (sur l'effectif),
- du département de la Sarthe dans son intégralité,
- de l'Île d'Yeu pour la Vendée.

Les enveloppes des départements ayant intégré l'expérimentation ont été revalorisées pour tenir compte de l'augmentation de la valeur de la consultation en médecine générale au 1er janvier 2011. Le coût théorique de la PDSA sur la zone d'expérimentation est réévalué à 13 759 405 €, réparti de la façon suivante :

- 4 083 499 € pour la Loire Atlantique, (hors agglomérations nantaise et nazairienne)
- 3 905 303 € pour le Maine et Loire,
- 2 053 312 € pour la Mayenne,
- 3 717 291 € pour la Vendée (hors Ile d'Yeu).

A noter que les enveloppes théoriques pour les zones non expérimentales ont été réévaluées à hauteur de 1 388 381 € pour la Sarthe et 90 000 € pour l'Île d'Yeu, soit une enveloppe régionale théorique évaluée à 15 237 786 €.

2. Le coût de la régulation libérale

La régulation libérale assure la réponse aux besoins de soins exprimés aux horaires de permanence des soins ainsi que, le cas échéant, l'orientation vers l'effecteur ou la structure adéquate. Elle s'effectue dans le respect des recommandations des bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS). Pour l'expérimentation, le tarif est compris entre 3 et 4C (avec une valeur du C à 23€), avec un coût moyen à 74€ pour 2014.

Les départements de la Loire Atlantique, de la Mayenne et de la Vendée réalisent la régulation sur toutes les plages horaires de PDSA. Seul le département du Maine et Loire déroge à ce fonctionnement et n'assure par la couverture en nuit profonde (arrêt à 1h la semaine et les week-ends, reprise à 7h le dimanche matin).

En 2014, près de 3,1 millions d'euros ont été alloués à la régulation libérale. Le département de la Loire Atlantique concentre plus de 33% de la dépense.

Le coût de la régulation libérale moyen s'élève à **1,03€ par habitant** pour la zone expérimentale.

Département	2014			Evolution entre 2008 et 2014	
	Montants versés	Volume horaire (h)	Coût horaire moyen	Montants versés	Volume horaire
Loire-Atlantique	1 043 073€	15 117	69€	+ 21,5%	+16,9%
Maine et Loire	644 920 €	7 319	88€	+ 113%	+37,0%
Mayenne	525 504 €	6 192	84€	+ 42%	+2,6%
Vendée	860 441 €	12 460	69€	+ 7,3%	-3,3%
Total territoires expérimentaux de la région des Pays de la Loire	3 073 938 €	41 088	74,8€	+31,7%	+10,5%

La différence d'évolution constatée entre les montants versés et les volumes horaires en 2014 par rapport à 2008 s'expliquent par un accroissement du tarif horaire conventionnel de régulation suite à l'expérimentation, notamment en Maine et Loire et en Mayenne, dont le tarif se situe entre 84 et 88 € contre 69 € pour le tarif conventionnel, ainsi que ceux de la Loire Atlantique et la Vendée

3. Le coût de l'effecton

L'astreinte est une indemnité versée aux médecins généralistes inscrits en tant que médecins de permanence sur les tableaux de garde. Les montants des forfaits varient d'un département à l'autre pour s'ajuster aux contraintes de pénibilité du travail.

Au niveau régional, la rémunération des astreintes des médecins effecteurs est en forte diminution (-12,66%) entre 2008 et 2014. Toutefois, cette diminution n'est pas uniforme et seuls les départements du Maine et Loire et de la Vendée suivent cette tendance. L'arrêt de la nuit profonde en Maine et Loire, la réorganisation des secteurs, l'harmonisation des pratiques et la montée en charge progressive de la régulation dans ces 2 départements expliquent ces diminutions.

Au total, près de **5,1 millions d'euros** ont été versé en 2014 pour les territoires expérimentaux de PDSA en Pays de la Loire. Le coût par habitant s'élève ainsi à **2,08€**

Départements	Astreintes MMG+secteurs traditionnels 2014	Astreintes médecins mobiles 2014	Total Astreintes 2014	Evolution 2008 -2014	Coût par habitant 2014
Loire-Atlantique	526 100 €	827 650€	1 353 750€	+ 36,4%	1,81€
Maine et Loire	1 159 400 €	-	1 159 400€	-44,5%	1,51€
Mayenne	1 182 862 €	-	1 182 862€	36,8%	3,85€
Vendée	855 750 €	518 700€	1 374 450€	-26%	2,21€
Total territoires expérimentaux de la région des Pays de la Loire	3 724 112€	1 366 650€	5 070 462€	-12,7 %	2,08€

4. Le coût des actes

Le coût de l'activité est calculé à partir des actes effectués durant les heures de permanence des soins ambulatoire par les médecins généralistes. Les données sont celles de l'inter-régimes Assurance Maladie/MSA/RSI. Ce coût intègre le delta des médecins mobiles (part complémentaire versée par l'ARS sur l'enveloppe actes de PDSA aux médecins qui n'auraient pas atteint l'activité cible pour une nuit donnée) pour les départements de la Loire Atlantique et de la Vendée.

En 2014, le coût de l'activité s'élève à **3,23 millions d'euros** pour les territoires expérimentaux de PDSA des Pays de la Loire. Par rapport à 2008, le coût global de l'activité est en baisse de près de 31%. Rapporté à la population, le coût atteint **1,32€** par habitant en 2014.

Une forte diminution du nombre d'actes est constatée excepté dans les départements de la Vendée et de la Loire Atlantique du fait de la remise en place d'une couverture de la nuit profonde grâce aux médecins mobiles.

Départements	Coût de l'activité des médecins effecteurs * (2014)	Evolution 2008 -2014	Coût par habitant 2014
Loire-Atlantique	1 372 716 €	+2,5%	1,84€
Maine et Loire	807 997 €	-55,1 %	1,05€
Mayenne	189 757 €	-63,7%	0,62€
Vendée	861 626 €	-13,8 %	1,39€
Total territoires expérimentaux de la région des Pays de la Loire	3 232 097 €	-30,9%	1,32€

(*) Y compris coût de l'activité des médecins mobiles pour la Loire Atlantique et la Vendée

5. Evolution du coût de l'expérimentation de la permanence des soins ambulatoires

En 2014, le coût de la permanence des soins ambulatoire pour sa partie expérimentale est estimé à **11,38 millions d'euros**, répartis ainsi :

- 3,07 millions d'€ pour les forfaits de régulation libérale,
- 5,07 millions d'€ pour les forfaits d'astreintes (maisons médicales de garde et médecins mobiles),
- 3,23 millions d'€ pour l'activité des médecins effecteurs durant la période de PDSA,

Départements	2014				Coût moyen par habitant
	régulation	astreintes	actes	Total	
Loire-Atlantique	1 043 073 €	1 353 750 €	1 372 716 €	3 769 539 €	4,47€
Maine et Loire	644 920 €	1 159 400 €	807 997 €	2 612 317 €	3,41€
Mayenne	525 504 €	1 182 862 €	189 757 €	1 898 123 €	6,18€
Vendée	860 441 €	1 374 450 €	861 626 €	3 096 517 €	4,98€
Total territoires expérimentaux de la région des Pays de la Loire	3 073 938 €	5 070 462 €	3 232 097 €	11 376 498 €	4,43€

Le **coût moyen par habitant est de 4,43€**, actes compris, contre une moyenne nationale de 6,05€ par habitant à périmètre équivalent (*données 2011 issues du rapport de la cour des comptes de septembre 2013 : dépenses de la PDSA estimées à 393,5M€ pour 65 millions d'habitants France entière (données Insee)*).

On constate que l'enveloppe globale consommée en 2014 est de 11 376 498 € soit un taux de réalisation par rapport à l'enveloppe théorique en nette progression par rapport à 2011 puisqu'il passe de 57,6% en 2011 à 82,7 % en 2014. L'évolution de la consommation de l'enveloppe expérimentale est liée à :

- l'entrée progressive dans l'expérimentation de la Vendée (septembre 2012),
- une optimisation des plages de régulation pour répondre aux besoins constatés (44 et 49 principalement),
- une revalorisation des astreintes d'effectif liée à la réorganisation des territoires (49 notamment).

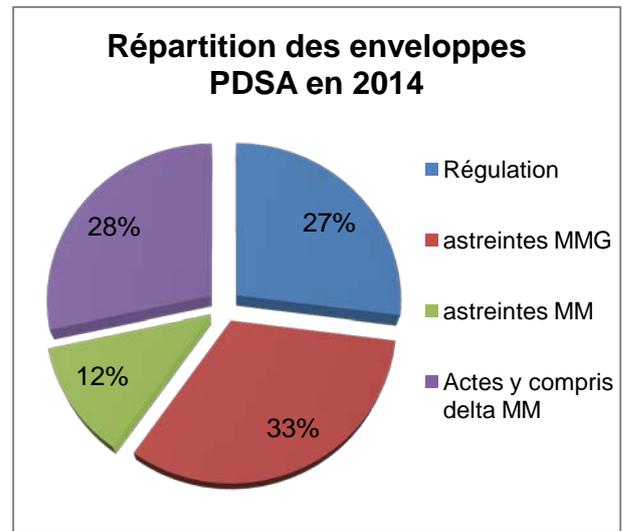
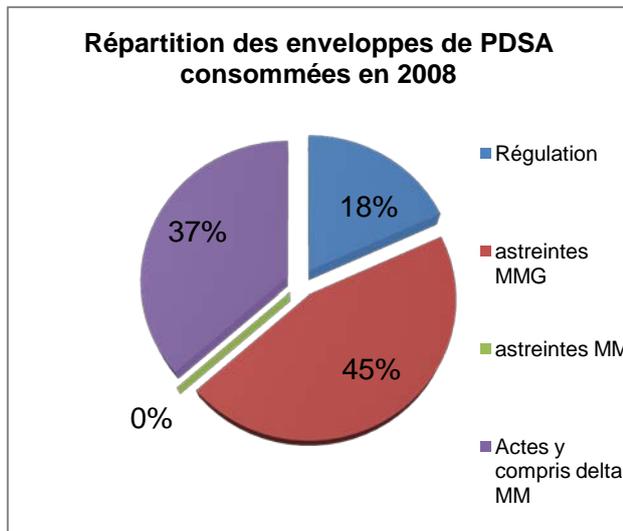
Les écarts de consommation observés par rapport à l'enveloppe théorique sont principalement liés à une surestimation de l'enveloppe acte dans les modèles économiques en raison des difficultés, pour appréhender un certain nombre de facteurs (épidémie, conditions climatiques,...), malgré des réajustements en cours d'année.

L'enveloppe PDSA attribuée dans le cadre de l'expérimentation est ainsi respectée et permet de répondre à l'objectif de maîtrise des dépenses de santé.

Départements	Enveloppe PDSA consommée (zones expérimentales) <i>Données assurance maladie</i>					Evolution 2008- 2014	Enveloppe théorique cible
	2008	2011	2012 <i>(4 mois pour la Vendée)</i>	2013	2014		
Loire-Atlantique	3 189 972€	3 530 375€	3 728 274€	3 697 591€	3 769 539 €	+18,2%	4 083 499€
Maine et Loire	4 209 673€	2 654 380€	2 761 207€	3 549 851€	2 612 317 €	-25,6%	3 905 303€
Mayenne	1 757 778€	1 740 315€	1 926 656€	1 777 156€	1 898 123 €	+8%	2 053 312€
Vendée	3 660 080€	<i>Expérimentation non débutée</i>	825 069€	3 071 387€	3 096 517 €	-15,4%	3 717 291€
Total territoires expérimentaux de la région des Pays de la Loire	12 817 473€	7 925 070€	9 241 206€	11 548 335€	11 376 497 €	-11.2%	13 759 405€

Elle permet en outre de générer **11% d'économie, soit 1,44 millions d'euros par rapport à 2008.**

L'objectif de rééquilibrage des enveloppes a été respecté : le poids de l'enveloppe actes dans les dépenses de PDSA passe ainsi de 37% à 28% au profit de la régulation (27% en 2014, contre 18% en 2008).



A noter que pour couvrir la totalité des plages de la PDSA, il convient de mettre en place une couverture en nuit profonde dans le Maine et Loire. Le besoin est estimé à un complément de près de 550 000 €, permettant ainsi de couvrir la régulation et l'effectif.

Concernant l'effectif, les propositions portent soit sur le redécoupage du département en deux ou trois hypersecteurs (modèle basé sur les médecins mobiles), soit sur la mise en place d'un médecin de garde répondant aux appels des EHPAD. (Représentant la majorité des appels sur cette période)

VIII. Bilan qualitatif

1. Analyse comportementale des usagers

Une étude a été menée auprès de la population se trouvant dans les zones expérimentales afin de mesurer la notoriété du dispositif de PDSA, son utilisation par la population et le degré de satisfaction de celle-ci au regard de la réorganisation effectuée.

Cette enquête a été confiée à la société The links dans le cadre d'un marché public et administrée par téléphone entre le 07 et 20 janvier 2015 sur la période de septembre 2013 à décembre 2014. L'échantillon est composé de 1078 personnes dont 150 utilisateurs du dispositif.

Notoriété

58% des personnes interrogées disent connaître le numéro de téléphone pour joindre un médecin. Parmi ces personnes, 53% citent le 15 (67% en Loire Atlantique contre seulement 37% en Vendée) et 18,9% évoquent un numéro à 10 chiffres sans le connaître. Le 18 arrive en 3^{ème} position avec 6,8%. A noter que 12% des Vendéens connaissent le numéro à 10 chiffres à composer contre seulement 2% en Mayenne.

14% des personnes ont souvenir d'avoir eu une information sur les numéros à appeler (22% en Vendée) aux horaires de PDSA. Pour 22% d'entre eux, l'information a été obtenue par la campagne de communication initiée par l'ARS en 2013, 27% par la presse, 16% par les généralistes et 10,7% par les pharmacies. 59% des personnes n'auraient pas appelé ce numéro en amont de la campagne. Les retraités et les étudiants sont ceux qui ont davantage conservé le numéro à composer (respectivement 16% et 21%).

Il semble donc nécessaire de renouveler régulièrement des campagnes de communication auprès de la population afin d'optimiser le taux de connaissance du dispositif, même si cette campagne a eu un impact non négligeable sur la population (notamment des étudiants et retraités).

Utilisation du dispositif

13,6% des personnes interrogées ont appelé le 15 ou le numéro à 10 chiffres (25% pour les familles de 4 personnes). 66% d'entre eux ont sollicité une seule fois le dispositif dans l'année. Les familles composées de 4 personnes sont celles qui utilisent majoritairement le dispositif (38%). Les bénéficiaires sont les enfants de 0 à 17 ans pour 40,8%. Les plus de 60 ans représentent 25%. A noter que 19% des personnes interrogées se sont rendues directement aux urgences sans composer le 15 ou un numéro à 10 chiffres et seulement 4% directement dans une maison médicale de garde.

Dans plus de 35% des situations, la solution proposée a été l'invitation à se déplacer vers un lieu de consultation, 28% ont reçu un conseil téléphonique, 14,5% ont eu la visite d'un généraliste et près de 14% ont été invité à se rendre aux urgences.

Les résultats sont cohérents avec l'évaluation du dispositif menée par les ADOPS et les SAMU. Cette étude démontre néanmoins la nécessité de poursuivre l'information de la population afin d'éviter qu'elle ne se rende aux urgences directement.

Degré de satisfaction

Concernant le conseil par téléphone, pour 93% des personnes cette solution a été suffisante pour résoudre leur problème et 88% estiment que le conseil a été particulièrement clair et compréhensible.

Concernant la visite à domicile, 88,8% des usagers jugent raisonnable le délai d'attente.

L'ensemble des répondants déclare avoir mis moins d'une heure pour se rendre sur le lieu de consultation dont 81% ont mis moins de 30 minutes.

Suite à l'appel à la PDSA, près d'un tiers ont consulté un médecin dans les 48h. Cette consultation est la résultante du conseil donné par le régulateur dans 57,2% des cas.

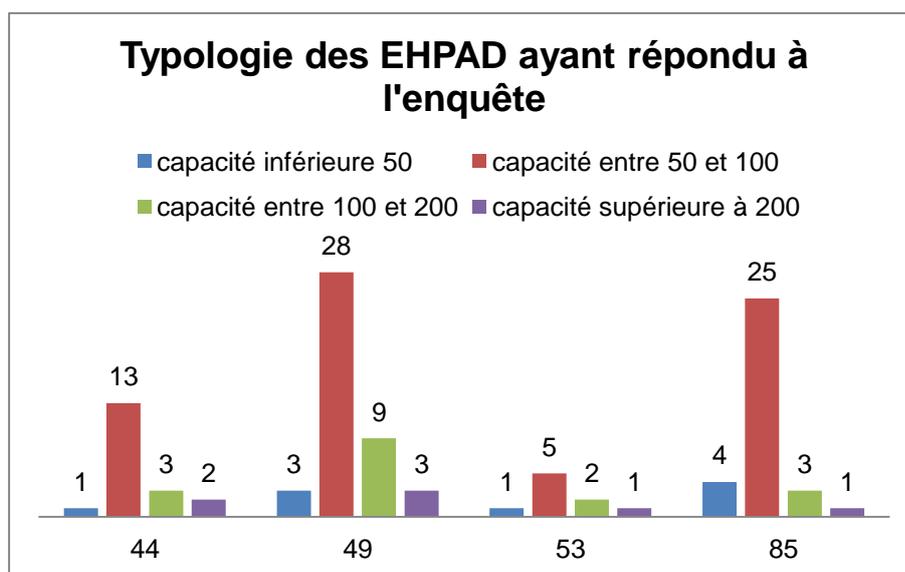
Plus de 9 usagers sur 10 feraient de nouveau appel à ce même numéro en cas de survenance du même problème de santé.

La population semble donc apprécier le dispositif actuellement déployé dans les Pays de la Loire qui répond à leurs attentes.

2. Impact de la réorganisation de la PDSA sur les pratiques des EHPAD

En complément de l'étude menée auprès des usagers, l'agence a souhaité mesurer l'impact de la réorganisation de la PDSA sur les pratiques des EHPAD et la fréquence du recours à la PDSA, notamment les types de réponses apportées et suites à donner à 48h.

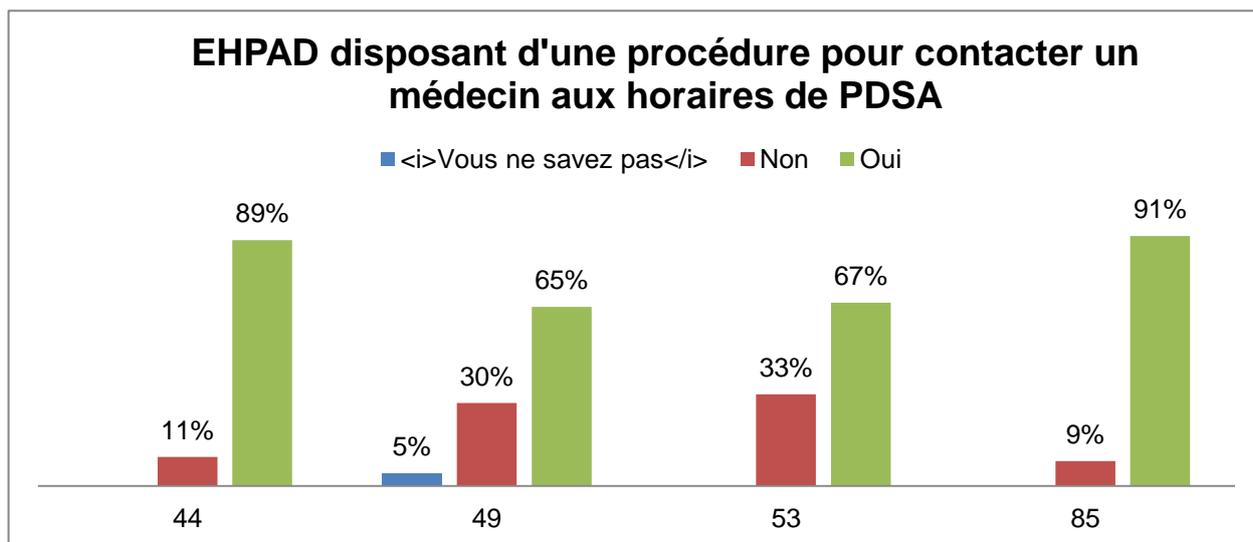
Cette enquête a été confiée à la société The links dans le cadre d'un marché public et réalisée par mail entre le 29 janvier et le 12 février 2015. 104 EHPAD ont répondu à l'enquête, soit 23,7% des EHPAD de la région se trouvant dans les zones expérimentales



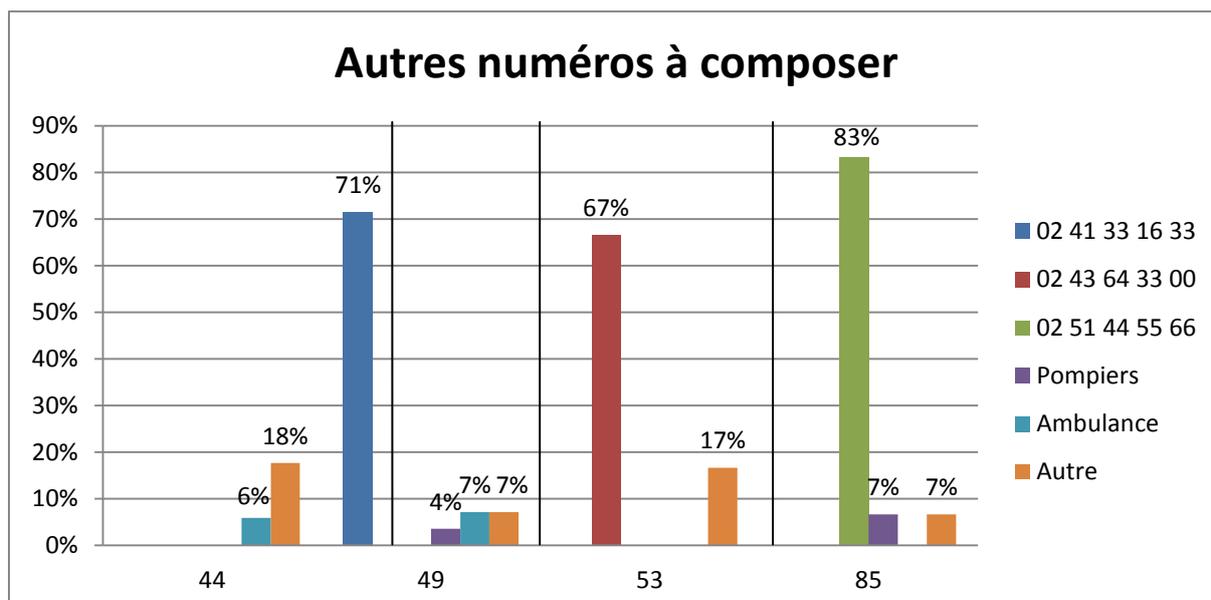
Notoriété

Plus de 2/3 des établissements répondants ont eu connaissance d'une information sur les numéros à joindre (78% en Vendée contre seulement 42% en Loire-Atlantique).

1/3 des EHPAD ayant eu connaissance de l'information ont été amenés à revoir leur organisation en terme de recours à un médecin de garde (50% en Loire Atlantique contre seulement 17% en Mayenne). 78% des établissements interrogés affirment qu'il existe une procédure dans leur structure pour contacter un médecin aux horaires de PDSA.



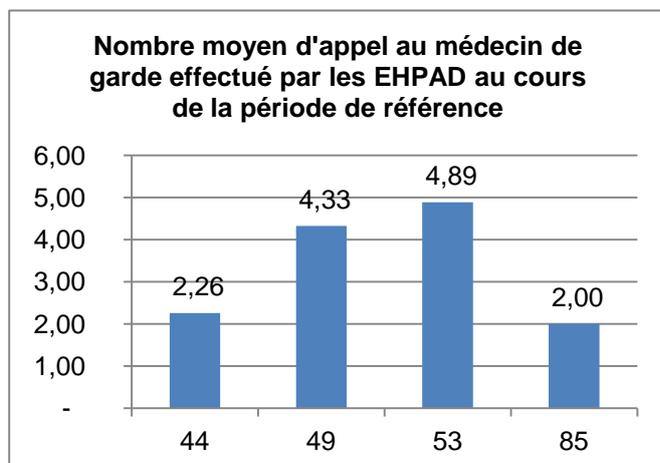
Dans plus de 53% des situations (et même 94% en Loire Atlantique) la conduite à tenir est d'appeler le 15. Ces réponses étant à choix multiples, les EHPAD ont également indiqué les choix ci-dessous (hors réponse numéro 15) :



Le numéro à dix chiffres arrive principalement en seconde option, derrière le 15.

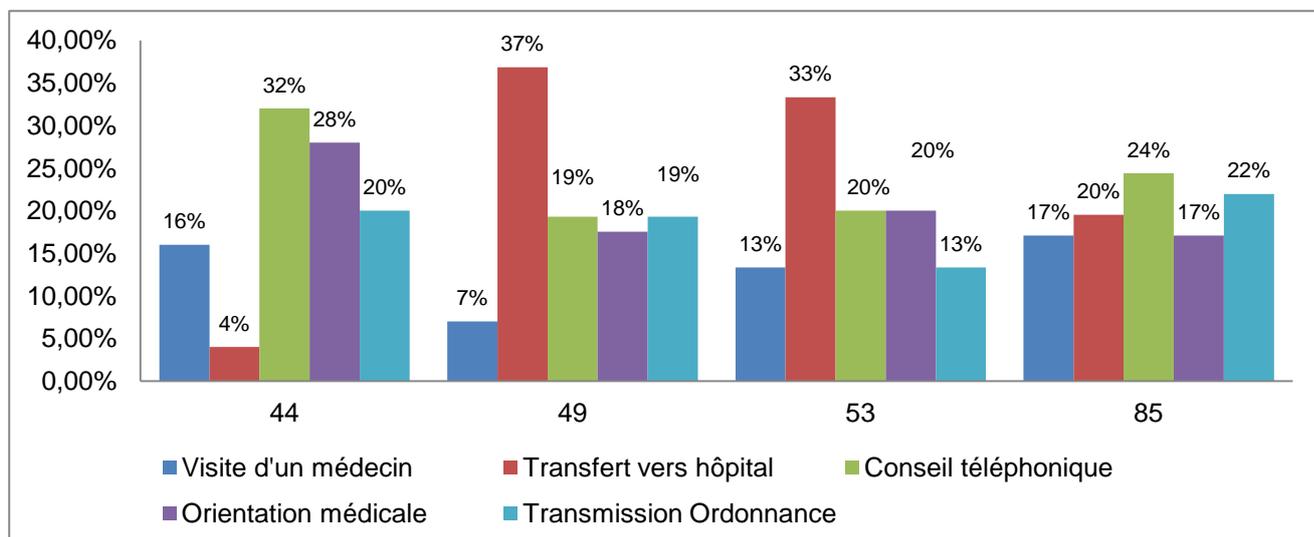
Utilisation du dispositif

84% des EHPAD ayant répondu ont fait appel au dispositif de PDSA au cours de la période d'enquête avec des moyennes variant du simple au double d'un département à l'autre.



56% d'entre eux ont composé le 15 prioritairement.

Le transfert vers l'hôpital est la décision majoritaire en Maine et Loire et Mayenne, alors qu'en Loire-Atlantique et Vendée, il s'agit d'un conseil téléphonique.



Résultats de l'utilisation du dispositif PDSA

Dans 36% des situations un rapport émanant du médecin de garde a été transmis à l'EHPAD (58% en Mayenne).

62% des appels ont donné suite à une consultation en médecine générale dans les 48h après le conseil téléphonique, contre seulement 42% suite à la venue d'un médecin dans l'EHPAD.

La visite d'un médecin dans l'EHPAD a évité une hospitalisation dans 62 % des cas.

Bilan

Le dispositif de permanence des soins ambulatoire semble bien connu des EHPAD de la région.

La communication réalisée en 2013 a démontré son intérêt dans la connaissance du dispositif et le processus de révision des procédures, même s'il persiste des disparités locales.

Les pratiques sont également variables d'un département à l'autre dans l'utilisation du dispositif. Elles restent dépendantes des relations engagées avec les partenaires (ADOPS, SAMU,...) et du réseau déployé sur les territoires.

Le nombre d'hospitalisation évité est conséquent, conforme aux données des ADOPS 44 et 85 issues de l'évaluation du dispositif des médecins mobiles, générant des économies substantielles dans le système de santé.

3. Apports qualitatifs de l'expérimentation

Outre un apport de données quantitatives conséquent, l'expérimentation de la PDSA a permis d'impulser une dynamique qualitative et constructive remarquable.

Ainsi, l'expérimentation a favorisé **la structuration d'un dispositif** devenu atone au fil des années. Les ADOPS ont été la pierre angulaire et motrice du dispositif de permanence des soins en animant un réseau d'acteurs locaux permettant de fédérer les professionnels de santé.

En rendant plus attractive les gardes au regard de la pénibilité du travail demandé, la (re)mobilisation des médecins libéraux locaux s'est accrue. Cette cible initiale a même été dépassée puisque les organisations, adaptées aux contraintes locales, ont suscité l'installation de nouveaux médecins dans des secteurs isolés, à l'instar du département de la Mayenne, ou dans les zones rurales du Maine et Loire (territoire du Beaugois et Versois).

Le maillage territorial créé apporte dorénavant une réponse aux patients habitants dans des zones sous dotées. Il permet ainsi de pallier l'absence de disponibilité ou de présence des médecins aux horaires de continuité des soins par un dispositif éprouvé dans des secteurs tels que ceux de Cholet (49), Laval (53), Challans (85),...Il assure également la PDS dans les hôpitaux de proximité et les services d'HAD et participe à sécuriser les EHPAD.

Premier élément du puzzle dans la politique de réorganisation des soins de premier recours au niveau des territoires, l'organisation actuelle de la PDSA a été le catalyseur du déploiement des MSP, dont le chiffre ne cesse de croître d'année en année dans les Pays de la Loire (plus de 50 à fin 2014), permettant de démontrer la volonté et le professionnalisme des médecins libéraux locaux dans le déploiement d'un système de santé libéral adapté aux besoins des ligériens.

En outre, cette organisation structurante a permis de **poser les bases d'un travail partenarial reconnu**. En créant des associations gestionnaires départementalisées, les partenariats avec des institutionnels locaux tels que les préfetures, forces de l'ordre et établissements de santé ont été facilités (réalisation des certificats de décès, certificat médicaux pour les hospitalisations sans consentement,...).

Les relations installées entre l'agence et les ADOPS ont créé un climat de confiance et de respect mutuel permettant d'établir un dialogue constructif. Le regard des professionnels a pu s'exprimer et être entendu. A titre d'exemple, dans le cadre du mouvement de grève national de fin d'année 2014, des réquisitions ont dû être opérées mais celles-ci ont été grandement facilitées par l'organisation actuelle. Leur nombre a été maîtrisé.

L'impulsion de dynamiques territoriales a abouti à des échanges plus fréquents entre ADOPS et SAMU permettant de faire évoluer les regards sur les pratiques et la connaissance d'autrui, passant d'une logique purement individuelles à une démarche collective. Les tensions et crispations ont ainsi pu être évitées. Le partage et l'association de compétences entre les hospitaliers et les libéraux ont ainsi été valorisés. Le climat de confiance installé traduit la complémentarité des deux champs d'actions.

Par ailleurs, la lisibilité des organisations et des professionnels de terrain a été renforcée. De part leur positionnement reconnu, les ADOPS ont élaboré de nombreuses conventions, renforçant les liens avec des structures telles que les EHPAD, les établissements spécialisés ou encore les pharmacies et sécurisant les points fixes de consultation (accès restreint, souvent à proximité des services d'urgences et dont le financement du fonctionnement est dorénavant assuré).

Dès lors, **l'expérimentation a fait émerger plusieurs actions transversales** qui auraient été difficilement envisageables auparavant tant les différences entre département étaient marquées.

Ainsi des formations communes ont été organisées entre les médecins régulateurs et effecteurs assurant un confort de travail apprécié de l'ensemble des professionnels intervenant aux horaires de PDSA. Il démontre un réel intérêt à la pratique harmonisée initiée par les ADOPS et impulsée par l'agence.

Un audit sur le fonctionnement des maisons médicales de garde a été réalisé fin 2013 permettant de réaliser un état des lieux et d'identifier les perspectives de travail pour les prochaines années. Cet audit a pointé la nécessité de professionnaliser le fonctionnement des MMG et des ADOPS et d'optimiser les budgets de fonctionnement. Ces actions, partagées par les ADOPS, sont en cours et devraient aboutir fin 2015.

Concernant le projet de système d'information, celui-ci a été initié par l'agence dès 2012. Ce dispositif est apparu essentiel afin de sécuriser et faciliter la traçabilité des prises en charge des patients entre les assistants de régulation médicale, les médecins régulateurs et les effecteurs et d'assurer une plus grande exhaustivité dans le recueil des données d'activité de la PDSA. En lien avec le GCS-e-santé de la région des Pays de la Loire, un cahier des charges a pu être élaboré en 2013. Le futur système d'information PDSA qui sera déployé d'ici le deuxième semestre 2015, sera alors interconnecté avec le système d'information des SAMU de la région et permettra d'améliorer le pilotage de la PDSA. Les données d'activité seront ainsi collectées et codifiées de façon homogène au niveau régional pour les départements du 44, 49, 72 et 85.

Enfin, afin de mieux informer la population et de répondre à une demande des ADOPS, une communication régionale a été réalisée fin 2013 dans laquelle figure un message clair et lisible pour la population. Ce travail a été mené en partenariat avec les acteurs de terrains.

Le dernier axe qualitatif de cette expérimentation est la **responsabilisation des acteurs**. Elle s'est traduite auprès des médecins par une marque de confiance de l'agence et des CPAM et démontre l'effectivité d'une co-gestion maîtrisée où le rôle de chacun a été clairement défini à l'avance. Le respect des enveloppes attribuées au début de l'expérimentation est donc atteint. L'organisation actuelle prouve qu'elle est dorénavant compatible avec une logique d'efficacité dans laquelle les médecins se sont impliqués fortement. La culture de l'évaluation intégrant une démarche qualité est engagée. Elle devra être poursuivie et améliorée dans les prochaines années.

IX. Synthèse des résultats de l'expérimentation

Objectifs atteints	Objectifs partiellement atteints / contraintes
<p>Diminution du nombre de secteurs par 2 : 50 secteurs (2014) contre 96 (2008) avec l'implantation de 34 MMG (une sur chaque secteur en Loire Atlantique, Maine et Loire et Mayenne)</p>	<p>Déploiement des MMG non achevé en Vendée</p>
<p>Augmentation de 10% du volume d'heures de régulation</p>	
<p>9% de médecins régulateurs supplémentaires avec formation renforcée et pratiques stabilisée depuis 4 ans</p>	
<p>Près de 8 % de médecins effecteurs supplémentaires par rapport à 2011 (1 603 sur la zone expérimentale en 2011 contre 1 729 en 2014)</p>	
<p>Absence de carence autant en régulation qu'en effectation permettant de ne plus avoir recours aux réquisitions.</p>	<p>Absence de couverture en nuit profonde des plages de régulation et d'effectation en Maine et Loire</p> <p>Absence de couverture en nuit profonde pour les 3 secteurs urbains en Mayenne au vu de la faible activité. En accord avec les 3 CH, les patients sont orientés vers les services d'urgence après minuit.</p>
<p>Mise en place du dispositif Médecins mobiles en Loire-Atlantique et en Vendée permettant de couvrir la nuit profonde, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une part d'intervention en EHPAD ou établissement médico-sociaux non négligeable permettant d'éviter de nombreuses hospitalisations - une part d'actes suivi d'un envoi aux urgences limitée <p>Le dispositif des médecins mobiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - permet d'éviter le recours aux TS et à l'hospitalisation pour 75% de la population prise en charge, soit 2 150 actes en Loire Atlantique et 750 pour la Vendée - favorise le maintien du patient dans son cadre de vie - favorise la coordination entre professionnels et permet un temps d'accompagnement des proches important dans certaines situations 	<p>Faiblesse du volume des actes des médecins mobiles, plus spécifiquement en 85, qui génère un coût relativement important pour ce département.</p> <p>Malgré ce coût, l'enveloppe PDSA en 2014 est en diminution par rapport à 2008.</p> <p>Par ailleurs, le dispositif des médecins mobiles a été mis en place en septembre 2012 en Vendée. C'est un dispositif encore récent dont la montée en charge est progressive et notamment auprès des personnes âgées vivant en EHPAD. Dans ce cadre, le recours à ce dispositif peut être amélioré, si on compare par rapport à la Loire Atlantique (20 % d'intervention en EHPAD contre près de 10 % pour la Vendée), notamment en passant par une communication auprès du secteur médico-social.</p>

Objectifs atteints

Structuration des organisations départementales :

- Création d'associations responsabilisées et impliquées dans la traçabilité de leur activité. (contrat annuel entre ARS et ADOPS avec perspective de CPOM pour les 3 prochaines années 2015-2017)
- Gestion des périodes de crise (type grève) simplifiées et sécurisantes (pas de réquisition à l'aveugle)
- Travail partenarial entre hospitaliers et libéraux
- Mise en place de projets régionaux tels que le SI PDSA (signature des bons de commande pour la mise en place d'un SI commun et interconnecté avec les SI SAMU début 2015 pour un déploiement et une mise en œuvre dans l'année)

Réalisation d'une campagne de communication régionale en octobre 2013 (cartes de visite et affiches transmises aux médecins, collectivités territoriales et partenaires de l'agence avec point presse dans chaque département)

Elaboration d'une enquête sur la notoriété et les impacts pour les usagers du dispositif expérimental de la PDSA en PDL début 2015 : 58,2% des personnes interrogées disent connaître le numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence. 22% d'entre eux ont eu connaissance du numéro via la campagne de communication de l'agence (27% par la presse et 16% par leur propre médecin). Plus de 9 usagers sur 10 feraient de nouveau appel à ce même numéro

Elaboration d'une enquête sur les évolutions de pratiques des EHPAD en matière de recours à une compétence médicale aux horaires de PDS (début 2015)

X. Conclusion et perspectives

L'expérimentation relative à la permanence de soins ambulatoire menée dans les Pays de la Loire s'achèvera le 31 décembre 2015.

Elle a permis de créer une dynamique fédératrice et partenariale sans précédent dans la région, poursuivant l'objectif de maintien d'une permanence des soins assuré à 100% par les libéraux tout en s'inscrivant dans la complémentarité de l'action des médecins hospitaliers.

La structuration du dispositif et la réorganisation des secteurs se sont effectuées dans le dialogue et sans conflit alors que les grèves et la non couverture de secteurs de gardes étaient devenues fréquentes avant 2008.

Le réseau constitué a permis de développer des politiques de santé en lien avec la stratégie nationale de santé et le pacte territoire santé.

La dernière enquête nationale de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2014 souligne l'érosion continue du volontariat, l'abandon croissant des gardes en nuit profonde et le déficit de communication en direction du grand public sur le dispositif de PDSA. En Pays de la Loire, le système mis en place au travers de l'expérimentation a permis, au contraire, l'engagement ou le maintien de l'implication de la majorité des médecins dans l'organisation de la PDSA, y compris en nuit profonde. Le système des médecins mobiles est reconnu et apprécié car il a permis de remettre en place une effectif en nuit profonde, notamment en direction des EHPAD.

L'expérimentation a apporté une réponse à certaines problématiques récurrentes et toujours d'actualité dans d'autres régions et également en Sarthe, comme celles des certificats de décès et des actes médico-administratifs, qui ont été intégrés à la PDSA bien que ne relevant pas du cahier des charges régional.

Avec un coût moyen à 4,43 € par habitant en 2014, hors coût annexe (notamment le coût de fonctionnement des ADOPS et des MMG), la PDSA se situe à un tarif inférieur à la moyenne nationale (6,05 € en 2011). Le volume d'actes, en baisse de près de 30% par rapport aux données de 2008, traduit une volonté affichée de la part des médecins libéraux de participer à la maîtrise des dépenses de santé.

Les ADOPS souhaitent poursuivre leur engagement dans cette refondation de la PDSA en développant de nouveaux projets comme :

- L'intégration du département de la Sarthe dans le dispositif mis en place,
- la généralisation des lecteurs de cartes vitales dans les MMG permettant d'assurer le tiers payant et rendant équitable l'accès aux soins,
- la recherche d'optimisation des ressources en facilitant les mutualisations,
- l'objectivation des données en adoptant le futur SI PDSA,
- ou encore l'innovation en permettant l'extension de la PDSA au samedi matin (53) ou la mise en place d'une PDSA spécifique pour les EHPAD en lien avec les médecins coordinateurs (49).

L'objectif poursuivi est donc de voir aboutir la pérennisation du dispositif actuel qui a permis une adaptation aux contraintes locales, un investissement des organisations concernées et un soutien des institutions.

Pour que le dispositif fonctionne, il est nécessaire de veiller à l'adhésion de tous les acteurs y compris les ARS et les CPAM, car il nécessite une implication importante des institutions dans l'accompagnement et le suivi des projets, avec un travail transversal sur le suivi des crédits non négligeable.

Selon les ADOPS, l'absence de pérennisation du dispositif de PDSA tel que mis en place dans le cadre de l'expérimentation remettrait tout le dispositif de premier recours des Pays de la Loire et altérerait la confiance retrouvée de la population dans le système de permanence des soins. Elle est considérée comme inenvisageable par les acteurs de la région (Cf. contributions en annexe).

