

**ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS
SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE
AU 31 DÉCEMBRE 2020**



Remerciements

Le Conseil national de l'Ordre des médecins souhaite remercier l'ensemble des organisations, institutions, associations et professionnels qui ont contribué à la réalisation de cet état des lieux :

- L'ensemble des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins qui ont une nouvelle fois participé à l'enquête nationale sur la PDSA et ainsi rendu possible ce travail ;
- L'ensemble des membres de la Commission PDSA qui par leur participation aux réflexions et discussions ont permis d'enrichir ce rapport ;
- Les médecins sollicités dans le cadre des entretiens exploratoires sur la mise en place des projets pilotes du Service d'accès aux soins (SAS). Ils se sont montrés particulièrement disponibles et soutenant à la réalisation de ce travail ;
- La CNAM, dont les données précieuses permettent chaque année d'enrichir l'état des lieux ;
- Les Agences régionales de santé et les délégations territoriales ayant répondu aux diverses sollicitations et ayant permis d'enrichir, de vérifier et/ou d'objectiver certaines des données du présent rapport.
- SAMU-Urgences de France pour la transmission des précieuses données d'études et expérimentations mises en place dans le cadre de la crise sanitaire.
- L'association comtoise de régulation libérale (ACORELI) qui, comme les années précédentes, a bien voulu communiquer ses données d'activité et qui a ainsi permis d'enrichir cet état des lieux.

Table des matières

Remerciements	3
Table des matières	4
I. Méthodologie	7
1. Enquête menée auprès des CDOM	7
1.1. Conception de l'enquête.....	7
1.2. Recueil des données.....	7
1.3. Limites de l'enquête	8
2. Entretiens exploratoires sur les pilotes du Service d'accès aux soins	8
3. Exploitation de données existantes	9
3.1. Données exploitées.....	9
3.2. Calcul du taux de participation des médecins à la PDSA	9
3.3. Limites des données présentées.....	9
a. Données CNAM.....	9
b. Données Ordigard	9
II. Introduction	11
III. Résultats de l'enquête	12
1. Évolutions de l'organisation de la PDSA en 2020	12
1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM	12
1.2. Révision des cahiers des charges : une évolution pour 6 régions en 2020.....	14
1.3. Impact de l'épidémie de Covid-19 sur l'organisation de la PDSA en 2020.....	16
2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2020	18
2.1. La régulation médicale	18
a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA	19
b. Déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA : le point de vue des CDOM.....	20
c. Déploiement d'un numéro unique consacré à la PDSA : une question toujours en suspens.....	21
d. Prévalence des actes cotés non-régulés	22
e. Participation des médecins libéraux à la régulation médicale.....	26
f. Front de garde de la régulation libérale.....	28
g. Données d'activité de la régulation médicale	29
h. Rémunération de la régulation	30
2.2. L'effectif.....	32

a.	Une tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA	32
b.	Prévalence des « zones blanches ».....	33
c.	Effecton fixe : poursuite du développement des sites dédiés	38
d.	Système d'acheminement des patients vers l'effecteur fixe	40
e.	Rémunération de l'effecton	44
2.3.	Modification des horaires de permanence des soins	46
a.	Extension des horaires de PDSA au samedi matin	46
b.	Horaires adaptés en soirées	48
2.4.	La participation des médecins à la permanence des soins.....	49
a.	Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA.....	49
b.	Couverture des territoires de PDS	51
c.	Profil des médecins de garde.....	52
d.	Remplacement	54
e.	Exemptions et réquisitions	56
2.5.	Mise en place du Service d'accès aux soins & PDSA : entretiens exploratoires auprès des médecins porteurs des projets pilotes.....	56
a.	SAS : l'enjeu d'articulation entre PDSA et soins non-programmés en journée	57
b.	SAS : des outils supplémentaires pour la PDSA	58
c.	Régulation libérale du SAS : entre maintien de l'existant et mise en place de d'organisations nouvelles	58
3.	Prises en charge en EHPAD et réalisation des actes médico-administratifs dans le cadre de la PDSA	59
3.1.	La PDSA en EHPAD	59
a.	Peu d'évolutions déclarées par les CDOM.....	59
b.	Des expérimentations locales développées en contexte de crise épidémique	60
c.	Des mesures dérogatoires de rémunération pour les consultations en EHPAD dans le cadre de la crise sanitaire.....	61
d.	Retours d'expériences sur l'astreinte d'infirmiers mutualisée la nuit et le week-end entre EHPAD.....	61
3.2.	Élaboration des certificats de décès	62
3.3.	Examen des gardés à vue.....	64
4.	Rôle et activité des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins	65
4.1.	Tableau de garde	65
a.	Élaboration	65
b.	Utilisation des logiciels Ordigard et P-Gard.....	66
4.2.	Plaintes et courriers reçus	67

4.3. Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins et participation des CPTS à l'organisation de la PDSA.....	67
a. Associations de PDSA.....	67
b. Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	68
5. Permanence des soins ambulatoire spécialisée hors médecine générale.....	68
6. Partenariat ville-hôpital	69
7. Constats et perspectives	70
7.1. Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux	70
a. Causes de dysfonctionnement selon les CDOM	70
b. Difficultés générées par l'épidémie de Covid-19 en 2020.....	73
7.2. Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux	73
IV. Conclusion	75
V. Index des illustrations	76
1. Index des tableaux	76
2. Index des graphiques.....	76
3. Index des cartographies	77
VI. Sigles utilisés	78
VII. Annexes	79
Tableau du front de garde de régulation libérale réalisé à partir des cahiers des charges régionaux de la PDSA	79
Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA	83
Questionnaire PDSA 2020 soumis aux CDOM	85
Synthèse des principaux résultats	97

I. Méthodologie

L'état des lieux national sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été réalisé à partir de l'enquête transversale récurrente menée auprès des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), des entretiens exploratoires auprès des médecins porteurs des projets pilotes du Service d'accès aux soins (SAS), de l'exploitation de données existantes (Ordigard, CNAM, données d'activité d'associations de PDSA) ainsi que l'étude des cahiers des charges régionaux de la PDSA complétée par des contacts auprès de l'ensemble des Agence Régionales de Santé (ARS).

1. Enquête menée auprès des CDOM

1.1. Conception de l'enquête

L'état des lieux s'appuie en grande partie sur les résultats du 18^{ème} volet d'une enquête transversale récurrente conçue et réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Celle-ci a pour objectif de faire un état des lieux annuel sur la permanence des soins ambulatoires en France en s'attachant à identifier les diverses organisations mises en place ainsi que les principales problématiques rencontrées. En réitérant l'enquête tous les ans, le CNOM entend identifier les grandes tendances touchant à l'évolution de la permanence des soins ambulatoires dans le temps.

L'enquête a été menée auprès de l'ensemble des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM).

Le questionnaire comportait 79 items (dont 41 sous-questions) répartis au sein de 5 volets distincts (Cf. annexes) :

- Les évolutions du cahier des charges régional de la PDSA et de sa déclinaison départementale ;
- La PDSA sur le terrain en 2020 ;
- La PDSA et le fonctionnement du conseil départemental de l'Ordre des médecins ;
- L'impacts de l'épidémie sur la PDSA ;
- Les aspects qualitatifs et prospectifs de la PDSA.

1.2. Recueil des données

L'enquête a été diffusée par courriel le 30 novembre 2020 auprès de l'ensemble des Présidents des CDOM sous forme de questionnaire auto-administré uniquement accessible en ligne via un accès individuel et sécurisé. Le délai pour y répondre était initialement fixé au 18 décembre 2020. Deux relances successives ont été réalisées auprès des non-répondants les 14 et 21 décembre, un délai supplémentaire a été accordé, repoussant la clôture de l'enquête au 30 décembre. Au total, 103 CDOM¹ ont participé.

¹ Soit les 101 CDOM de métropole et d'Outre-mer et les organes de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française.

1.3. Limites de l'enquête

Toute enquête par questionnaire comporte des biais inévitables, tels que la subjectivité des réponses, la mauvaise interprétation ou l'incompréhension des questions. En effet, les réponses biaisées ou erronées ne peuvent pas être systématiquement exclues.

Pour limiter au maximum les erreurs de remplissage, les questionnaires ont fait l'objet d'un contrôle de cohérence des informations recueillies suivi d'un contact avec les conseils départementaux. Ces contacts permettent également d'affiner ou de préciser certains points et contribuent à un traitement fiable et homogène de l'information recueillie. En 2020, ils ont conduit à la détection d'erreurs de remplissage relatives aux données recueillies en 2019. La correction de ces données et des calculs les incluant ont conduit à certains décalages entre les données du rapport 2019 et celles du rapport 2020, auquel cas ce sont les données du présent rapport qu'il faut retenir. Il est par ailleurs important de rappeler qu'il s'agit d'une enquête déclarative. Dans la mesure du possible, des données externes ont été intégrées à l'analyse de manière à objectiver certains constats.

2. Entretiens exploratoires sur les pilotes du Service d'accès aux soins

Parallèlement à l'enquête quantitative menée auprès des CDOM, des entretiens semi-directifs à visée exploratoire ont été menés auprès des médecins porteurs de projets pilotes du Service d'accès aux soins (SAS). Celui-ci s'articule avec l'organisation de l'Aide médicale urgente (l'AMU) et de la PDSA (trois notions distinctes que la loi devrait entériner) en réponse aux demandes de soins durant la journée, de 8h à 20h. L'objectif des entretiens exploratoires était d'appréhender la conséquence de la mise en place de ces nouvelles organisations sur le fonctionnement actuel de la PDSA, d'en identifier les raisons et les éventuelles problématiques.

La grille d'entretien a été construite de manière à évoquer : 1) les éventuelles modifications du fonctionnement de la PDSA engendrées par la mise en place du SAS ; 2) la continuité entre l'organisation de la PDSA déjà en place et celle des soins non-programmés en journée organisée par le SAS ; 3) le système de plateforme d'accès à la régulation médicale libérale retenu (plateforme dédiée, numéro d'accès) ; 4) les problématiques identifiées dans le cadre de la mise en place du projet.

Dans un premier temps, l'ensemble des délégations départementales des ARS des 22 projets pilotes retenus par la DGOS ont été contactées de manière à identifier des médecins porteurs de projets sur le terrain ; en l'absence de retour, certains CDOM ont également été contactés. Les médecins identifiés ont ensuite été sollicités pour participer à des entretiens individuels : au total, 9 entretiens ont été réalisés et couvrent la mise en place de 8 projets pilotes sur les 22 existants. Ces entretiens exploratoires doivent être considérés avec précaution du fait de l'absence d'exhaustivité des projets observés et de la relative immaturité d'un certain nombre d'entre eux. Ainsi, certaines observations sont d'ordre hypothétiques tandis que d'autres sont déjà ancrées dans un principe de réalité. Elles permettent néanmoins une première appréhension des implications de la mise en place du SAS sur l'organisation et le fonctionnement de la PDSA et des possibles « passerelles » entre ces deux pans de l'organisation des soins-non-programmés.

3. Exploitation de données existantes

3.1. Données exploitées

En sus des données recueillies auprès des CDOM, certains points ont été complétés par des données issues des bases de l'assurance maladie (SNIIRAM), de la DREES, de l'association de régulation libérale ACORELI et du CNOM. D'autres données d'associations participant à la PDSA ont été demandées mais n'ont pas été fournies et n'ont donc pas pu être intégrées à cet état des lieux.

Ces différentes sources seront systématiquement mentionnées lors de la présentation de données non directement recueillies auprès des CDOM. À l'inverse, toute donnée apparaissant sans source est issue de l'enquête réalisée auprès de ces derniers.

3.2. Calcul du taux de participation des médecins à la PDSA

Le calcul du taux de participation des médecins à la PDSA a été réalisé à partir des données d'activité d'Ordigard qui ont l'avantage de répondre aux exigences relatives à la définition de la population de médecins susceptibles de participer à la PDSA et de porter sur l'année 2020. Elles permettent également d'établir un taux de participation à partir de données homogènes et comparables au niveau national. La limite reste cependant le manque d'exhaustivité de ces données puisqu'elles portent sur 91 départements.

Le mode de calcul définit a été le suivant :

- *Médecins ayant participé à la PDSA en 2020 (numérateur)* : médecins ayant été inscrits à au moins une garde (effectif et/ou régulation) au cours de l'année 2020 en tant que titulaire ou remplaçant et ayant ou non réalisé une garde ;
- *Médecins susceptibles de participer à la PDSA en 2020 (dénominateur)* : ensemble des médecins généralistes ayant une activité libérale de titulaire de cabinet, de collaborateur ou d'associé de Société d'exercice libéral (SEL) ou de Société civile professionnelle (SCP), de régulateur, une activité de remplacement libéral, une activité en centre de santé. Les médecins exemptés sur l'ensemble de la période apparaissant dans cette base ont été exclus.

3.3. Limites des données présentées

a. Données CNAM

Les données de la CNAM ne portent pas sur l'année 2020 mais sur l'année 2019. Ce décalage temporel ne permet pas la mise en regard à un instant t des données de l'enquête et des données issues de cette base. Elles permettent cependant d'établir un ordre de grandeur de référence, sachant que le type de données présentées reste relativement stable d'une année sur l'autre.

b. Données Ordigard

Le CNOM a créé Ordigard, un logiciel de gestion des tableaux de garde à destination des CDOM couplé au logiciel P-Gard qui facilite et accélère la procédure de paiement des forfaits d'astreintes par les caisses primaires d'assurance maladie. Les données d'activité recueillies par ces logiciels et exploitées dans ce rapport permettent notamment d'établir le profil des médecins de garde. Utilisées pour le financement du dispositif, elles peuvent être considérées

comme particulièrement fiables. Cependant, bien qu'une grande majorité des CDOM y ait adhéré, elles présentent la limite de ne pas être exhaustives. Au 31 décembre 2020, 91 conseils départementaux sur 101 ont utilisé Ordigard couplé à P-Gard² sur l'année complète. A noter qu'il est également possible que l'utilisation de ces logiciels soit effective pour une partie seulement des territoires de garde, rendant incomplètes les données recueillies comme cela a pu être identifié pour le département du Haut-Rhin en 2018 et 2019.

² En 2020, sur 101 départements : 6 n'utilisaient aucun des deux logiciels, 95 utilisaient Ordigard et 91 utilisaient Ordigard couplé à P-Gard. Les 10 départements non représentés par la base Ordigard/P-Gard pour l'ensemble de l'année 2020 sont : l'Aude, le Calvados, la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire, la Mayenne, la Seine-Maritime, la Vendée, la Guadeloupe, Mayotte et la Guyane.

II. Introduction

Ce rapport présente la 18ème édition de l'état des lieux sur la permanence des soins ambulatoires réalisé par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce travail est avant tout rendu possible grâce à l'enquête nationale menée auprès des Conseil départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) qui, fondée sur leur expérience de terrain, permet d'interroger à la fois les modalités de l'organisation en place, son évolution ainsi que les problématiques rencontrées. Face à la crise sanitaire d'ampleur qui a démarrée en 2020, l'enquête a également intégré un volet sur ses éventuelles conséquences sur l'organisation de la PDSA et les difficultés qu'elle a pu générer. Par ailleurs, le lancement des projets pilotes du service d'accès aux soins (SAS) en 2020 a été l'occasion d'interroger les liens possibles entre ce nouveau dispositif et la PDSA par le biais d'entretiens exploratoires auprès de médecins porteurs des projets.

En termes d'évolutions de l'organisation en 2020, deux constats antagonistes liés à la crise sanitaire peuvent être formulés : une amplification des évolutions en grande partie liée aux mesures exceptionnelles de crise avec le renforcement et l'élargissement de la régulation libérale notamment et, dans le même temps, le report de modifications à caractère permanent (impliquant une évolution du cahier des charges) prévues en 2020 par certaines ARS.

Les tendances organisationnelles observées les années précédentes se poursuivent en 2020. Elles concernent principalement la réduction du nombre de territoires de PDSA par resectorisation et le développement des sites dédiés renforcé par la mise en place du Pacte de refondation des urgences. L'élargissement des horaires de PDSA au samedi matin, fortement soutenu par les CDOM, a favorablement progressé pour la régulation tandis qu'elle reste très minoritaire pour l'effectif. Concernant la création d'un numéro unique dédié à la PDSA, l'arbitrage a une nouvelle fois été ajourné par le gouvernement qui propose que le débat se poursuive à l'échelle nationale, alimenté par la mise en place des projets pilotes du SAS. Sur le sujet capital de l'organisation de la PDSA en EHPAD, le CNOM réitère une nouvelle fois le constat de l'absence d'évolution malgré les observations alarmistes incessamment formulées par les divers rapports sur le sujet.

La participation des médecins à la PDSA a été marquée par une évolution favorable en 2020, qui s'explique probablement en grande partie par la situation de crise sanitaire exceptionnelle : le nombre de participants à la régulation a augmenté (qu'il s'agisse de médecins libéraux en activité ou de médecins retraités, salariés ou remplaçants) ainsi que le taux de participation national à la PDSA. On note également une réduction de la part de « zones blanches » possiblement liée à des resectorisations. Un des indicateurs du bon fonctionnement de la PDSA s'est toutefois dégradé en 2020 avec la hausse du nombre de territoires couverts par moins de 10 ou 5 médecins volontaires.

Le manque de médecins demeure le principal facteur de fragilisation de l'organisation de la PDSA identifié par les CDOM, qu'il soit lié à la démographie médicale (faiblesse de la densité médicale et vieillissement des médecins en exercice) ou à la démobilisation des médecins libéraux. Les modalités organisationnelles (resectorisations, facteurs géographiques et manque de moyens) ont également pu être soulevées comme facteurs fragilisant l'organisation de la PDSA. Comme principales pistes d'améliorations les CDOM désignent prioritairement les mesures financières, la mise à disposition de transports dédiés, la mise en place d'actions de communication et la plus grande participation d'étudiants et de médecins salariés.

III. Résultats de l'enquête

1. Évolutions de l'organisation de la PDSA en 2020

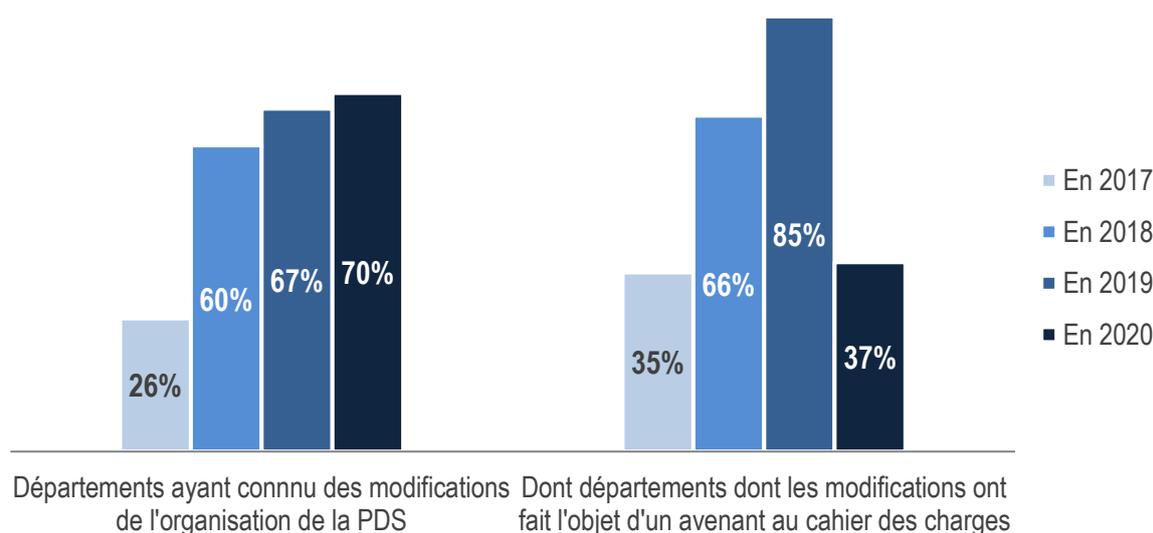
1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM

Malgré la crise sanitaire d'ampleur survenue en 2020 qui a pu retarder certaines évolutions prévues, 70% des CDOM ont fait part de changements organisationnels de la PDSA au cours de l'année, en relation ou non avec l'épidémie de COVID-19 (Cf. Graphique 1). Au regard du contexte ce chiffre reste élevé et pourrait en partie s'expliquer par les mesures exceptionnelles mises en place dans le cadre de la crise sanitaire.

Deux types de changements organisationnels peuvent être distingués en 2020 : des changements temporaires, d'une part, liés au contexte épidémique et aux mesures exceptionnelles mises en place pour y faire face ; et des changements permanents indépendants du contexte épidémique, d'autre part, qui ont été observés dans une moindre mesure car la crise a retardé leur mise en œuvre dans certaines régions.

Dans le détail, il apparaît notamment que pour 22% des départements les changements déclarés concernent exclusivement une hausse du nombre de médecins régulateurs, potentiellement liée aux besoins de régulation libérale majorés par la crise. Par ailleurs, la relative faiblesse du taux de départements dont les évolutions ont fait l'objet d'un avenant ou d'une modification du cahier des charges, qui s'établit à 37%, soit quasiment au même niveau qu'en 2017, va dans le sens de cette hypothèse. C'est davantage ce chiffre qui permet d'identifier la part des départements dont l'organisation de la PDSA a structurellement et durablement évolué en dehors des ajustements temporaires liés à la crise sanitaire.

Graphique 1 – Évolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2017 et 2020

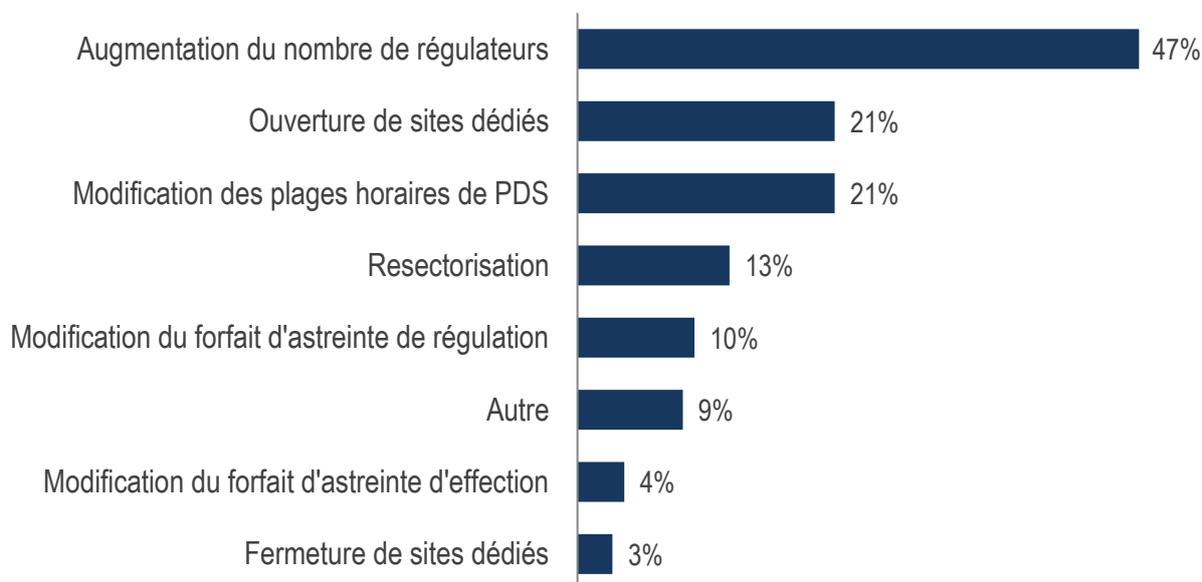


Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2017, 2018, 2019 et 2020

Les évolutions organisationnelles ont concerné, par ordre d'importance, le renforcement de la régulation libérale, l'ouverture de sites dédiés, la modification des plages horaires de la PDSA – arrêt de la nuit profonde, suppression de plages horaires en soirée, élargissement des

horaires de PDSA au samedi matin – l’ajustement territorial des secteurs de PDSA par resectorisation, la modification des forfaits d’astreintes de régulation et dans une moindre mesure, de l’effectif ainsi que la fermeture de sites dédiés (Cf. Graphique 2).

Graphique 2 – Changements organisationnels de la PDSA en % de départements concernés au cours de l’année 2020 (N = 103)



Source : CNOM, Enquête PDSA 2020

Par ailleurs, 29% des CDOM ont déclaré que l’organisation de la PDS n’était pas réellement mise en œuvre telle que formalisée dans le cahier des charges et ses avenants. Les écarts tiennent principalement à l’absence de couverture libérale sur certains territoires par manque de médecins effecteurs et régulateurs. C’est notamment le cas dans la Drôme, le Loiret, la Corse-du-Sud, le Finistère, la Haute-Marne, les Landes ou la Seine-Maritime. Le décalage peut également concerner des sites dédiés non-opérants ou des resectorisations non-encore officialisées, en partie du fait de la crise sanitaire qui, selon certaines ARS interrogées, a retardé la publication des avenants et/ou des cahiers des charges mis à jour.

Lorsque des évolutions de l’organisation de la PDSA ont eu lieu, 23% des CDOM ont déclaré ne pas y avoir été associés par l’ARS, c’est 17% de plus qu’en 2019. Ce décalage pourrait notamment être lié aux mesures exceptionnelles mises en place dans l’urgence au niveau régional par les ARS pour adapter rapidement l’organisation au contexte de crise sanitaire. Sur l’ensemble de ces départements, seuls les CDOM de l’Essonne et de l’Indre ont témoigné de difficultés tenant aux relations avec les instances décisionnaires. Le CDOM de l’Indre précise ainsi : « depuis 2 ans, nous attendons un CODAMUPS, l’ARS n’en tient pas compte et se contente de l’organisation actuelle, alors que certaines choses devraient être revues », tandis que le CDOM de l’Essonne explique que : « certaines initiatives de l’ARS (installations non concertées de points de consultations fixes CCSU) ont déséquilibrés des secteurs de garde très fragiles, les mêmes acteurs étant recrutés avec des rémunérations et des modes d’exercice différents ».

À noter par ailleurs qu'à compter du 1er janvier 2020 le décret n° 2019- 1434 du 23 décembre 2019 a mis fin à l'expérimentation donnant la possibilité aux ARS de certaines régions d'utiliser un droit de dérogation permettant de porter modifications au cahier des charges de la PDSA sans disposer des avis de certaines instances (CODAMUPS notamment). Cette dérogation devait leur permettre de mettre rapidement en œuvre les mesures souhaitées³. Il est intéressant de noter que, contrairement au schéma habituel voulant que les expérimentations prévues par le législateur soient généralisées à terme sans évaluation préalable, celle-ci n'a pas fait l'objet d'une généralisation. L'absence d'évaluation et de communication sur ce point ne permet cependant pas d'en présenter les raisons.

1.2. Révision des cahiers des charges : une évolution pour 6 régions en 2020

Bien que la crise sanitaire ait retardé l'évolution de l'organisation de la PDSA prévue pour certaines régions au cours de l'année 2020 (en Corse, Bretagne et Normandie notamment), 6 d'entre elles ont connu une révision de leur cahier des charges ou publié des arrêtés y portant modification. Il s'agit des régions Bourgogne-Franche-Comté, Guyane, Ile-de-France, Martinique, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur. A noter par ailleurs que l'ensemble des nouvelles régions avaient procédé à la fusion des cahiers des charges au cours des deux dernières années et que les autres régions avaient également procédé à la révision de leurs cahiers des charges. Cela peut également expliquer l'absence de modification survenue en 2020 pour une grande partie des régions.

- En **Bourgogne-France-Comté**, le cahier des charges a été révisé au cours de l'année et quatre arrêtés ont été publiés. Ces derniers entérinent deux resectorisations (par fusion de secteurs) au sein des départements de Saône-et-Loire et de Haute-Saône, la revalorisation des forfaits de régulation en nuit profonde pour l'ensemble de la région à l'exception de l'Yonne et l'arrêt des gardes en soirées de semaine pour un secteur supplémentaire dans le Jura. Par ailleurs, certaines évolutions n'ont pas encore fait l'objet d'arrêté mais sont à noter : la réduction de la plage horaire de PDSA des soirs de semaines sur un secteur en Haute Saône ainsi que la création de deux nouvelles MMG (dans l'Yonne et le Jura).
- En **Guyane** le cahier des charges révisé a été entériné par un arrêté publié en mai 2020. Les changements organisationnels concernent la réduction des plages horaires de PDSA et l'ajustement concomitant des forfaits pour la rémunération des effecteurs. Le cahier des charges prévoit également la création d'une nouvelle MMG.
- En **Martinique** le cahier des charges a été révisé au cours de l'année et un arrêté a été publié en octobre 2020. Plusieurs modifications sont à noter. D'une part, la suppression de la tranche horaire 23h – 00h pour l'effectif et la régulation du fait de la faiblesse de l'activité constatée. Deux lignes supplémentaires d'effectif pour SOS Médecin ont été inscrites sur le secteur Centre, les week-ends et jours fériés sans rémunération associée. L'ARS précise que l'activité sur ce secteur pourrait justifier la validation d'une seconde ligne d'effectif mais que le budget alloué au financement de la PDSA ne permet pas de prendre en charge la rémunération qui y est associée. Les médecins peuvent cependant prétendre à la défiscalisation en horaires de PDSA. Le nouveau cahier des charges intègre également la poursuite de l'expérimentation débutée en 2018 concernant la coordination ville-hôpital dans le secteur Sud de l'île : les gardes sont réalisées au CH par un médecin hospitalier en

³ L'expérimentation d'une durée de deux ans, prévue par le Décret n° 2017-1862 du 29 décembre 2017, concernait les ARS des régions Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

semaine et en MMG par des médecins libéraux volontaires les week-ends et jours fériés. L'intervention du Réseau médical solidaire de l'aéroport Aimé Césaire (RMSAAC), association financée depuis 2018 par l'ARS pour la réalisation des certificats de décès aux heures de PDSA sur l'ensemble du territoire a également été intégrée au cahier des charges. Enfin, ce dernier prévoit la possibilité de mettre en place une régulation libérale de jour dans le cadre de situations sanitaires exceptionnelles, comme cela a été le cas en Martinique lors des deux périodes de confinement en 2020.

- Le cahier des charges de la région **Ile-de-France** a été révisé au cours de l'année 2020. Il intègre notamment l'ouverture de 10 sites dédiés pour les départements de Seine-et-Marne, de Paris, des Yvelines, de l'Essonne et du Val-d'Oise et le renforcement du front de régulation libérale en soirées de semaine pour Paris et les Hauts-de-Seine.
- En **Nouvelle-Aquitaine** le cahier des charges a été révisé au cours de l'année et un arrêté a été publié en novembre 2020 concernant une resectorisation en Dordogne. D'autres modifications sont à noter : la création d'une MMG en Gironde ainsi que l'extension des horaires de PDSA au samedi matin pour la régulation en Corrèze.
- Pour la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, seul l'arrêté publié en novembre 2020 dans le cadre de la situation d'urgence sanitaire est à mentionner. Celui-ci donnait la possibilité aux délégués départementaux de l'ARS d'étendre les horaires de PDSA au samedi matin pour l'effectif à compter de sa date de publication et jusqu'au 31 décembre 2020.

Aucune révision ou aucun avenant au cahier des charges n'est à noter en 2020 pour les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Corse, Grand-Est, Guadeloupe, Hauts-de-France, Normandie, Pays-de-la-Loire, Occitanie, Réunion. Certains points méritent cependant d'être soulignés :

- En **Bretagne** les modifications du cahier des charges n'ont pas pu avoir lieu en 2020, le groupe de travail régional chargé de sa révision n'ayant pu se tenir du fait du contexte de crise sanitaire. La formalisation du cahier des charges des MMG prévu en 2020 n'a également pu aboutir. L'ARS indique que les décisions prises en fin d'année 2019 sur ce point précis ont néanmoins été mises en œuvre sur le plan financier puisque le budget des MMG a été sensiblement réévalué en début d'année 2020.
- L'ARS de **Guadeloupe** a entamé en 2020 un travail d'évaluation du cahier des charges de la PDSA en vue de sa révision prévue pour la fin d'année 2021.
- En **Normandie**, l'ARS indique que les travaux qui devaient être engagés avec les acteurs sur la révision et la modification du cahier des charges n'ont pas pu être menés à terme et ont été reportés à 2021 au regard du contexte de crise sanitaire. Un groupe de travail visant à évaluer le dispositif a toutefois été mis en place en Seine-Maritime. Par ailleurs, l'ARS prévoit une modification du cahier des charges de la PDSA avec la mise en place des projets pilotes du SAS impliquant l'arrêt de l'expérimentation de la régulation le samedi matin qui sera intégrée au droit commun.
- Concernant la région **Occitanie** une procédure de révision des annexes départementales a été entamée en fin d'année pour 4 départements : l'Hérault, la Lozère, les Pyrénées-Orientales et le Lot. Elle concerne notamment un renforcement de la régulation libérale, des resectorisations et la création de MMG. L'arrêté est attendu pour le début d'année 2021.
- Pour la région **Pays-de-la-Loire** les conventions pluriannuelles de 2017 de gestion et de financement de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire signée entre

l'ARS et les ADOPS de la région ont été prorogées pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction, à compter du 1er janvier 2020.

- Enfin, concernant **Mayotte**, l'article R. 6422-1 du code de la santé publique rend inapplicables les articles R. 6315-1 à 6 établissant les modalités de mise en place de la PDS au niveau national. Il n'y a donc, pour l'heure, toujours aucune organisation opérationnelle de la PDSA.

1.3. Impact de l'épidémie de Covid-19 sur l'organisation de la PDSA en 2020

Selon les déclarations des CDOM, la crise épidémique survenue en 2020 a conduit à des modifications de l'organisation de la PDSA pour 67% des départements.

Graphique 3 – Proportion de départements ayant connu des modifications de l'organisation de la PDSA liées à la crise sanitaire en 2020 (N = 103)



Source : CNOM, Enquête PDSA 2020

C'est principalement l'organisation de la régulation qui a été modifiée et renforcée avec une augmentation des moyens alloués en horaires de PDSA pour 39% des départements.

Le soutien de la régulation libérale fait partie des dispositifs régionaux de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles comme c'est par exemple le cas pour les régions Ile-de-France ou Occitanie. En Ile-de-France, une expérimentation permet l'attribution pour la période hivernale d'une enveloppe globale de 250 heures allouée à chaque régulation médicale libérale avec la possibilité de renforcer la présence des régulateurs libéraux, lorsque le besoin paraît justifié. En Occitanie, un volant annuel d'heures dit « renfort » est mobilisable dans la limite de 200 heures par département sans accord préalable de l'ARS afin d'ajuster les effectifs en période épidémique ou d'afflux touristique.

À noter que de nombreux départements ont étendu la régulation libérale sur les plages horaires non initialement couvertes en PDSA, en journée de 8h à 20h et, pour certains, le samedi matin. Ça a notamment été le cas pour l'ensemble de la Normandie, en Martinique, dans le Cher, en Corse-du-Sud, dans le Nord, dans le Morbihan, en Ille-et-Vilaine, en Haute-Vienne, dans l'Eure-et-Loir ou encore en Dordogne où la régulation a été étendue de 14h à 18h en semaine.

Parallèlement à l'élargissement des plages horaires de la régulation libérale, une hausse du nombre de médecins régulateurs volontaires a été déclarée par 31% des CDOM. S'ajoute à cela une hausse de la participation des médecins retraités à la régulation médicale dans le cadre de la crise sanitaire pour 17% des départements, pour un effectif supplémentaire de 209 médecins au total. Des plateformes de régulation dédiées aux appels Covid-19 couvrant les horaires de PDSA en soirées et les week-ends ont été ouvertes dans 19% des départements. Enfin, 6% des CDOM ont déclaré qu'un système de visio-régulation avait été mis en place en horaires de PDSA.

Concernant l'effectif, la hausse du nombre de médecins volontaires a été observée pour 15% des départements tandis qu'il aurait diminué pour 6%. Pour prendre en charge les patients Covid-19, des centres dédiés couvrant les horaires de PDSA ont été créés dans 19% des départements. Enfin, 19% des CDOM ont déclaré que les conditions d'accès aux MMG avaient été modifiées. Sur ce point, les informations fournies par les CDOM permettent d'identifier différentes évolutions :

- La fermeture complète de points fixes de manière à privilégier les visites à domicile comme cela a été le cas dans la Nièvre, la Corse-du-Sud ou encore dans l'Aude de manière partielle. Certaines points fixes localisés en EHPAD ont également été fermés pour éviter la mise en danger des résidents comme cela a pu être observé dans l'Oise et la Drôme.
- La réquisition des locaux situés au sein des services d'accueil des urgences pour répondre aux prises en charge Covid-19, comme observé en Mayenne, dans l'Aude, le Rhône ou la Drôme.
- La relocalisation des sites dédiés, soit parce que les locaux initiaux ont été réquisitionnés pour les prises en charges Covid-19 (comme dans la Drôme), soit parce que les sites étaient situés dans des lieux accueillant des personnes fragiles comme dans la Manche (fermeture de sites au sein d'une polyclinique, clinique et d'un centre de rééducation). Dans le Loir-et-Cher, une MMG située à l'entrée des urgences a été relocalisée pour éviter une attente commune entre les patients Covid-19 et non-Covid.
- Une limitation de l'accès aux MMG a été organisée dans certains départements avec l'instauration d'une prise de rendez-vous systématique via la régulation de manière à réduire les contacts entre les patients comme en Moselle ou dans la Sarthe. Le Val-de-Marne a mis en place une régulation avec un code d'accès émis par le 15 pour les patients souhaitant se rendre en MMG.
- Une modification de l'accueil comme dans la Drôme ou la Manche où la présence des patients en salle d'attente a été réduite au maximum en organisant l'attente dans leur propre véhicule sur les parkings des sites dédiés.
- La mise en place, au sein du site dédié, de deux filières de prise en charge Covid/non-Covid avec un doublement des lignes d'effectif comme cela a notamment été organisé en Gironde, dans le Pas-de-Calais, dans la Manche ou dans le Val-de-Marne : « *nécessité de séparer les flux Chauds (Covid+) et froids (Covid-) pour éviter les contaminations dans les salles d'attente* ».

Enfin, d'autres évolutions ont été mentionnées de manière plus ponctuelle par les CDOM comme la création d'une liste de médecins d'astreinte pour la réalisation des certificats de décès dans le Val-d'Oise ou la mise en place spontanée d'équipes dédiées à la PDSA dans les EHPAD impactés par l'épidémie afin de soulager les effecteurs dans l'Aveyron.

2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2020

2.1. La régulation médicale

Pilier de l'organisation de la PDSA, la régulation médicale est le point d'entrée du patient au sein du dispositif. Toute intervention d'un médecin de garde doit avoir lieu après une régulation médicale téléphonique. Avec la mise en place du service d'accès aux soins et l'organisation de la réponse aux soins non-programmés, il est prévu qu'elle soit étendue 24 heures sur 24 : « *Le renforcement de la régulation médicale est plus que jamais d'actualité. Ce filtre pré-hospitalier téléphonique constitue un des moyens de modérer l'accès aux services d'accueil des urgences, de réorienter les appelants vers les parcours de soins non programmés et de les conseiller. Il nécessite le développement de la permanence des soins ambulatoires téléphonique et son extension H24 qui pour l'instant n'est accessible que dans certains grands centres urbains* »⁴. La crise sanitaire survenue au cours de l'année 2020 semble avoir conduit au renforcement et à l'extension de la régulation libérale en journée pour de nombreux départements (comme dans la Somme, la Manche, la Dordogne, les Côtes d'Armor, l'Eure, la Martinique). Près d'un CDOM sur deux (46%) a déclaré que la crise sanitaire avait conduit à une augmentation du nombre de régulateurs libéraux volontaires en horaires de PDSA et plus d'un sur deux (58%) a déclaré que des moyens supplémentaires avaient été mis en place pour la régulation. Par ailleurs, elle a pu conduire, par son ampleur, à une modification des pratiques des Services d'aide médicale d'urgence (Samu)-Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) 15. Il est en effet possible d'envisager qu'ils aient dû s'adapter pour faire face à la gestion des nombreux appels liés à la Covid19 en sus de l'activité de régulation préexistante.

Sur ce point, le retour d'expérience du Samu de Paris⁵ nous donne un éclairage intéressant. Les constats réalisés permettent d'identifier des évolutions organisationnelles : collaboration ville-hôpital, mise en place de filières de régulation identifiées Covid-19, adaptation de l'organisation en place, renforcement des effectifs de régulateurs grâce à la participation d'étudiants et de médecins de la PDS notamment. Il s'agirait notamment de capitaliser sur ces avancées en alimentant les réflexions concernant l'organisation de la PDSA et, plus largement, la mise en place du Système d'accès aux soins (SAS). Parmi les innovations organisationnelles présentées, la stratégie de « décroché – raccroché » permettant de libérer rapidement des lignes téléphoniques entrantes et d'utiliser d'autres lignes pour rappeler et répondre aux demandes non urgentes est intéressante. Concrètement, toute demande de conseil Covid conduisait à l'ouverture d'un dossier de régulation médicale spécifique permettant, après le raccroché, un rappel systématique, non urgent, par un membre de l'équipe médicale (étudiant ou médecin volontaire retraité). Selon le SAMU de Paris « *cette méthode de réponse différée a été appréciée par les appelants qui ont manifesté leur satisfaction d'être rappelés et de disposer alors du temps nécessaire de dialogue avec un*

⁴ Mesnier T, Carli P., Pour un pacte de refondation des urgences, Paris, 2019.

⁵ C. Telion, J.-S. Marx, C. Dautreppe, P. Carli, Retour d'expérience sur la régulation au Samu de Paris pendant la crise de Covid-19, Annales françaises de médecine d'urgence, 2020, 10, p.202-211.

médecin pour exposer leur cas. [...] Le dispositif mis en place a permis d'éviter la panique des patients, qui sans régulation et sans contact médical auraient afflués au SAU ». Une telle organisation est particulièrement intéressante dans les cas où les régulateurs sont en sous-effectif et qu'une priorisation des appels est nécessaire (réception commune des appels AMU et PDSA notamment). Par ailleurs, le SAMU de Paris a mis en place un système de visio-interrogatoire devant permettre d'évaluer l'importance de la dyspnée et de l'atteinte respiratoire des patients. En complément, si les éléments recueillis n'étaient pas jugés suffisants, l'envoi d'une équipe à domicile a été rendu possible. Selon le SAMU de Paris « ces interventions ont permis de maintenir à domicile dans de bonnes conditions des patients relevant de la médecine ambulatoire en attendant qu'une visite ou une consultation médicale soit organisée ».

a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA

En 2020, l'organisation de la régulation de la PDSA n'a pas évolué et reste exclusivement départementale pour 85% des départements. Dans les autres cas, il s'agit d'une organisation interdépartementale comme c'est historiquement le cas pour l'ancienne région Franche-Comté et, plus récemment, pour les départements de la Nièvre et de la Côte-d'Or.

Aucune évolution significative des modalités d'accès à la régulation n'est à noter en 2020. Celles-ci restent variables d'un département à l'autre :

- Pour 40 départements, le 15 reste le seul numéro d'accès à la régulation médicale en horaires de PDSA. Pour 13 départements, il peut être disponible depuis le domicile ou le cabinet du médecin, on parle alors de « régulation déportée ». Cette organisation permet une plus grande participation des médecins, notamment en cas de contraintes géographiques particulières (lieux difficiles d'accès, secteurs très vastes, etc.) ou en appoint lors de pics prévisibles d'appels (épidémie notamment). Elle pourrait être amenée à se développer, comme préconisé dans le cadre du pacte de refondation des urgences, avec l'élargissement de la régulation 24h/24 : « L'exigence de disponibilité des médecins régulateurs 24h/24 va imposer une évolution conceptuelle autour de cette régulation de soins non programmés ambulatoires. En effet, il semble illusoire d'imaginer que le nombre de médecins volontaires sera suffisant pour être présents au sein de la plateforme SAS 24h/24. C'est pourquoi il est préconisé de favoriser le développement de la régulation « déportée » au sein éventuellement de cabinets voire même en dehors des heures ouvrables, du domicile de certains médecins généralistes volontaires »⁶.
- Le 116-117 aboutissant à un dispositif de régulation propre est effectif dans les 12 départements expérimentateurs des régions Corse, Pays-de-la-Loire et Normandie ;
- 31 départements disposent d'un numéro départemental ou régional à 4 ou 10 chiffres donnant accès aux plateformes de régulation médicale ;
- 31 départements disposent d'un numéro d'association de type SOS Médecins pour tout ou partie du territoire.

Ces modalités d'accès à la régulation peuvent se cumuler sur un même département. Ainsi, en 2020, 50 départements cumulaient 2 numéros distincts et 11 départements 3 numéros. Par ailleurs, comme cela avait été souligné l'année passée, certains départements disposent d'un numéro d'accès à la régulation médicale payant (notamment dans la Meuse, la Moselle, la Meurthe-et-Moselle et les Vosges), ce qui apparaît contraire à l'article L6314-1 du Code de la

⁶ Voir note précédente.

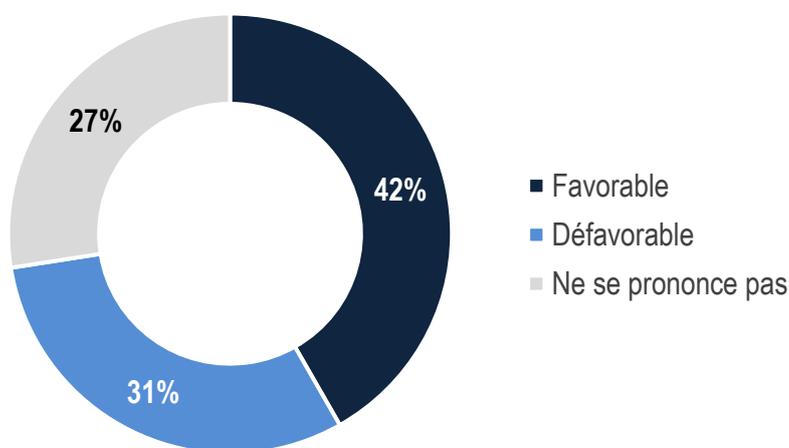
santé publique. Il revient aux CDOM concernés de se rapprocher de l'ARS pour traiter cette problématique.

b. Déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA : le point de vue des CDOM

L'expérimentation du 116-117, numéro dédié à la PDSA, est effective depuis 2016 au sein des 3 régions pilotes, Corse, Normandie et Pays-de-la-Loire. En 2020, après 5 ans d'expérimentation, la quasi-totalité des CDOM de ces régions se disent favorables au déploiement d'un tel numéro (11 des 12 départements concernés). Selon eux, il offre une plus grande lisibilité et une meilleure compréhension pour les usagers grâce à une identification claire de la PDSA. Il permet également, grâce au triage et au fléchage des appels, une plus grande efficacité organisationnelle par la priorisation des appels destinés au 15 et au gain de temps pour la prise en charge des situations urgentes.

Les autres départements ont un avis partagé sur le déploiement d'un numéro dédié à la PDSA : 42% y sont favorables, 31% défavorables et 27% n'ont pas souhaité se prononcer (Cf. Graphique 4). L'opinion des CDOM a peu évolué entre 2019 et 2020 : la part des CDOM favorables est restée identique tandis que la part de CDOM défavorables a augmentée de 3 points.

Graphique 4 – Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA en dehors des 3 régions pilotes (N = 91)



Lecture : En dehors des 3 régions pilotes (Normandie, Corse et Pays-de-la-Loire) 42% des CDOM ont déclaré être favorables au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA.

Source : CNOM, Enquête PDSA 2020

Les principaux arguments évoqués par les CDOM défavorables au développement d'un numéro dédié sont :

- L'existence d'un fonctionnement opérant et satisfaisant de la régulation pour l'ensemble des acteurs y participant (hospitaliers et libéraux) qu'il serait préférable de préserver : « *le fonctionnement actuel est parfait, satisfait toutes les parties, il n'y a pas de raison d'en changer* ».

- La bonne connaissance du numéro en place (qu'il s'agisse du 15 ou d'un autre) par les usagers. Un changement pourrait entraîner une confusion auprès des patients et mettre à mal tout le travail d'assimilation déjà entrepris : « *la régulation se fait par le 15, elle est entrée dans les mœurs. Le changement de numéro pourrait perturber les patients* ».
- La problématique organisationnelle liée à la mise en place d'un numéro dédié : la distinction effective entre le 15 et le numéro dédié suppose que le grand public soit en mesure de distinguer ce qui relève de l'urgence vitale ou non. Une plateforme gérant à la fois les régulations médicales d'urgences et les demandes de soins non programmés, comme c'est le cas du centre 15, permet de pallier cet écueil. Certains CDOM soulignent ainsi l'intérêt et l'efficacité permise par les échanges entre les services du centre 15 et les médecins libéraux intégrés à la régulation du 15 et craignent que la mise en place d'un numéro dédié n'entraîne une perte de chances pour les patients : « *risque d'erreur important des patients et d'approche différente selon le numéro qui s'affiche pour l'ARM* » ; « *nécessité d'avoir sur une même plateforme une régulation AMU pour rattraper les erreurs d'orientations éventuelles* ».

Les arguments évoqués par les CDOM favorables à un tel numéro sont :

- Un « désencombrement » des lignes du CRRRA-15 : la mise en place d'un numéro dédié permettant un premier tri entre les appels relevant de la PDSA et ceux relevant de l'AMU impliquant de fait une meilleure orientation des patients et une régulation plus adaptée et efficace : « *la mise en place d'un numéro dédié permettrait une meilleure séparation des flux, une meilleure gestion des données par les acteurs libéraux et une diminution du temps de décroché pour l'AMU* ».
- Une plus grande lisibilité pour les usagers et une simplification de l'existant (notamment au sein des départements disposant actuellement de plusieurs numéros d'accès à la régulation médicale) ;
- Une uniformisation nationale de l'organisation permettant une plus grande égalité territoriale ;
- Une meilleure gestion des données de la régulation médicale de la PDSA par les acteurs libéraux.

c. Déploiement d'un numéro unique consacré à la PDSA : une question toujours en suspens

La question de la mise en place d'un numéro unique dédié à la permanence des soins reste, cette année encore, un point en suspens.

Aucun changement n'est à noter concernant le développement du 116-117⁷. Ce numéro dédié à la PDSA avait été rendu techniquement opérationnel dès 2018 sur l'ensemble du territoire sans pour autant être la traduction de l'existence d'une plateforme de régulation libérale dédiée ni d'une communication spécifique (les ARS avaient alors déclaré être dans l'attente d'un arbitrage national avant de communiquer plus largement sur ce dispositif). Soutenu par le syndicat des médecins généralistes (MG France), la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et par la quasi-totalité des Unions régionales des professionnels de santé -

⁷ Le numéro national spécifiquement consacré à la PDSA introduit en 2016 par la loi de modernisation du système de santé : [Loi du 26 janvier 2016 n°2016-41 de modernisation du système de santé](#).

Médecins libéraux (URPS ML)⁸, son développement avait également été préconisé en 2018 par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'Inspection générale de l'Administration (IGA) dans le cadre d'une mission visant à évaluer la pertinence de la création d'une plateforme commune de réception des appels d'urgence et d'un numéro unique⁹.

Le déploiement du 116-117 a cependant été remis en question suite à l'annonce, en 2019, de la création du service d'accès aux soins (SAS). En effet, dans le cadre des travaux préliminaires à sa mise en place¹⁰, la création d'un numéro unique santé, le 113 (remplaçant 15 et 116-117), conjointement à un numéro sécurité et secours, le 112 (remplaçant le 17 et le 18), semblait être la piste privilégiée. Cette configuration avait également été retenue dans le cadre du second rapport interministériel rendu public en janvier 2020 par SAMU-Urgences de France¹¹. L'arbitrage ministériel sur la configuration retenue attendu courant janvier 2020 n'a cependant pas eu lieu. Le 113 a été introduit dans la proposition de loi Rist visant à *améliorer le système de santé par la confiance et la simplification* par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale¹². Les députés l'ont cependant rejeté en décembre 2020 tout en votant par ailleurs l'amendement qui acte la création du SAS. Les motifs de ce rejet tiennent principalement au manque de consensus politique et entre les professionnels de terrain. Les députés ont également évoqué la volonté des acteurs de terrain de conserver une gestion décentralisée au niveau départemental de la gestion des appels. Le gouvernement, suivi par les députés, a donc préféré écarter cette option, proposant que le débat se poursuive à l'échelle territoriale, au regard des expérimentations locales. Initialement écartée par le SAS et la création du 113, la généralisation du 116-117 pourrait donc être de nouveau discutée et envisagée.

À noter enfin, que lors du lancement du Ségur de la Santé en mai 2020, qui a fait de la concrétisation du SAS un objectif majeur de l'organisation territoriale de l'offre de soins, la mise en place de ces numéros uniques n'a pas été évoquée. Pour l'heure, le lancement des 22 projets pilotes du SAS ne prévoit pas de voie d'entrée unique à la régulation médicale des appels. Il reste à voir si cette question sera tranchée ultérieurement, lors de la généralisation nationale du dispositif.

d. Prévalence des actes non-régulés

Si la régulation médicale doit normalement être un préalable à tout acte d'effectation en horaires de PDSA, il arrive qu'elle ne le soit pas. L'absence de régulation peut être la traduction de deux réalités :

⁸ Cf. le compte-rendu de la Conférence nationale URPS ML « Les réponses des médecins libéraux à l'engorgement des urgences », 2019.

⁹ Rapport non publié officiellement mais rendu public par l'agence Hospimedia : [Lien vers le rapport](#).

¹⁰ Mesnier T, Carli P., *Pour un pacte de refondation des urgences*, Paris, 2019.

¹¹ Ministères de l'Intérieur et des Solidarités et de la Santé, MOUTARD R., PENVERNE Y., Mission de Modernisation de l'Accessibilité et de la Réception des Communications d'Urgences pour la Sécurité, la Santé et les Secours : MARCUS, des défis à relever, des perspectives à concrétiser, Janvier 2020, Paris

¹² La création du 113 était prévue par l'ajout de l'article 7 bis selon lequel : « le centre [de régulation médicale] s'appuie sur un numéro national unique dédié à la santé, distinct des numéros dédiés aux secours et à la sécurité, qui se substitue au numéro national d'aide médicale urgente et au numéro national de PDS mentionnés à l'article L.6314-1 ».

- Des actes réalisés en horaires de PDSA tout en étant en dehors de l'organisation établie : il s'agit des médecins qui interviennent auprès de leur patientèle selon des modalités plus traditionnelles ;
- Il peut s'agir d'actes de PDSA réalisés sans régulation dans le cadre de l'organisation établie par le cahier des charges : c'est notamment le cas des actes réalisés en MMG lorsque les patients peuvent y accéder librement, sans régulation préalable. La circulaire définissant les grandes lignes organisationnelles des MMG tempère en effet le principe légal imposant la régulation médicale comme préalable à tout acte d'effectation en horaire de PDS et précise que « *l'accès de la MMG doit être de préférence régulé préalablement par la régulation des appels de PDS mentionnée à l'article R. 6315-3 CSP. Le 15 doit être privilégié comme numéro d'appel. Un accès direct peut toutefois être accepté au vu de la situation locale* ». ¹³

Il est donc possible que des actes de PDSA soient cotés comme étant régulés sans que qu'ils ne le soient dans les faits, notamment au sein des MMG où les patients peuvent se présenter librement. C'est un des enseignements tiré de l'enquête exploratoire menée auprès de médecins responsables de ces structures dans le cadre de la réalisation de l'état des lieux PDSA en 2019. Il a été observé que la majoration liée à la régulation des actes pouvait être appliquée pour éviter de pénaliser les médecins qui réalisent les gardes. En effet, l'absence de régulation peut être liée à un manque de coordination entre les CRRA Centre 15, les services d'urgences et la MMG du fait de la politique du directeur de l'hôpital (renvoi systématique aux urgences lié au financement T2A), dans ce type de cas, les médecins de garde se voient pénalisés par le système actuel de majoration, lorsqu'un patient se rend au point fixe directement. Les données de la CNAM présentées ci-après doivent donc être lues avec précaution : elles correspondent aux actes cotés comme étant non-régulés et non aux actes réellement non-régulés, qui s'établissent probablement à un niveau supérieur.

En 2019¹⁴ comme les années précédentes, plus d'un quart des actes ont été cotés comme étant non-régulés¹⁵. Il est cependant possible d'observer une baisse légère mais constante de ce ratio : en 2019 la baisse est de 0,7% par rapport à l'année 2018 (26,6% des actes contre 27,3% - CNAM, 2018-2019) et concerne principalement les actes réalisés en soirées.

Même s'il apparaît que la part totale d'actes cotés non-régulés évolue à la marge niveau France entière, les évolutions départementales sont, pour certaines, plus contrastées. En effet, près de deux tiers des départements ont connu une baisse de la part des actes cotés non-régulés (dont 10 départements pour lesquels la baisse a été supérieure ou égale à 5% : Indre, Jura, Marne, Charente, Ariège, Ardèche, Cantal, Alpes-Maritimes, Corse-du-Sud et Haute-Corse), tandis qu'elle est restée identique pour 7% d'entre eux et a augmentée pour un peu plus d'un quart (dont 4 départements pour qui l'augmentation a été égale ou supérieure à 5% : Eure-et-Loir, Yonne, Orne et Corrèze).

La part d'actes cotés non-régulés reste par ailleurs très variable selon le département avec, en 2019, un maximum de 88% en Guyane et un minimum de 1% en Loire-Atlantique (Cf.

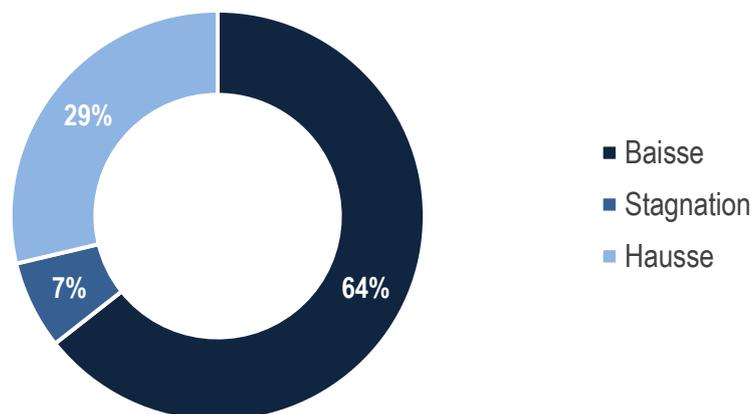
¹³ [Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire](#)

¹⁴ Les données de la CNAM ont une année de décalage, se rapporter à la méthodologie pour davantage de précisions.

¹⁵ La prévalence des actes non-régulés n'a pu être quantifiée qu'à partir de la cotation des actes dont les données ont été fournies par la CNAM.

Cartographie 1). Pour 6 départements, elle est supérieure à 50%, il s'agit des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne, des Alpes-de-Haute-Provence, des Bouches-du-Rhône, de la Guyane et de Mayotte (cas à part, pour qui aucune organisation de la PDSA n'a encore été mise en place).

Graphique 5 - Proportions départementales en termes d'évolution de la part d'actes cotés non-régulés entre 2018 et 2019



Lecture : En 2019, 64% des départements ont connu une baisse de la part d'actes cotés non-régulés sur l'ensemble des actes réalisés en horaires de PDSA.

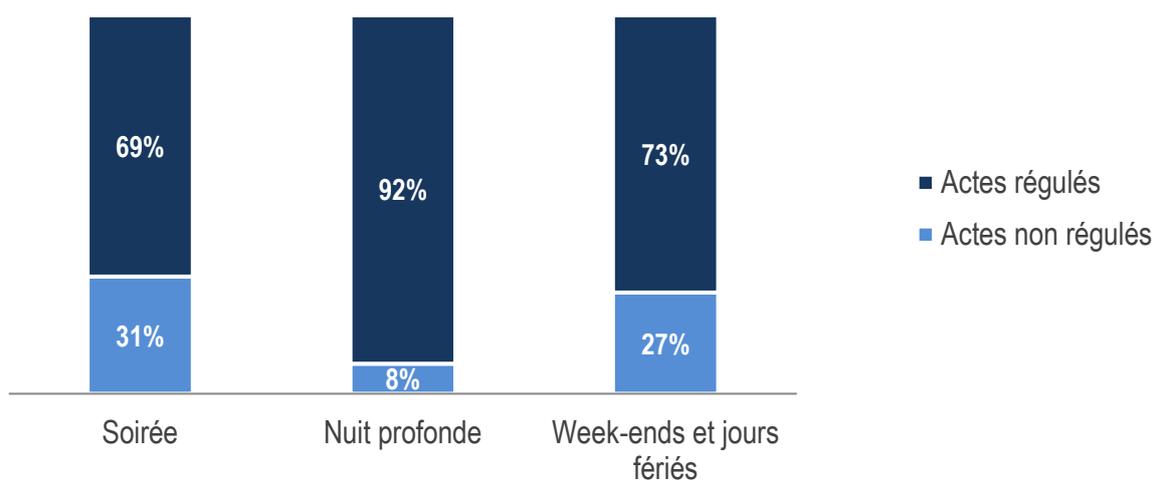
Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non-régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2019, liquidation à fin avril 2020 - Traitement CNOM.

L'enquête ne permet pas d'expliquer l'importance des actes cotés comme étant non-régulés mais des hypothèses peuvent être formulées grâce aux informations recueillies auprès des CDOM concernés :

- Selon les CDOM du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine, l'absence de régulation pour une majorité des actes s'explique par les modalités d'accès aux MMG sur le territoire. Les patients connaissent ces structures et s'y rendent majoritairement en accès direct, sans passer par une régulation préalable. Le CDOM témoigne : « *L'activité soutenue des [MMG] repose le problème de la régulation préalable. La dégradation de l'offre libérale de soins sur les horaires de la continuité des soins 8h-20h, contribue à un transfert des consultations de fin de journée vers les horaires de la PDSA. Les conditions de prise en charge des patients et de régulation du dispositif doivent rester un point de vigilance du dispositif. Toujours trop de patients se rendent en « accès direct » dans les [MMG]. La communication à destination de la population est, à ce titre, essentielle. La notion de « régulation préalable » doit être relayée de façon répétée sur tous les supports locaux dont disposent les différents partenaires. Des campagnes de sensibilisation grand public en faveur de l'appel préalable au Centre de régulation des appels 15 sont souhaitables* ». En théorie, la part d'actes non-régulés est sans rapport avec la présence ou non d'une MMG car dès lors que ces sites apparaissent dans le cahier des charges de la PDSA, les actes qu'ils réalisent sont censés être régulés. Il est cependant à noter que parmi les 86 départements dotés de sites dédiés, 63% des CDOM (soit 54 départements) ont déclaré que, dans la pratique, les

La part d'actes cotés non-régulés varie fortement selon le créneau horaire de PDSA (Cf. Graphique 6) : c'est en soirée qu'elle est la plus importante (31%) ainsi que les week-ends et jours fériés (27%) tandis qu'elle reste relativement faible en nuit profonde (8%). Pour les créneaux week-ends/jours fériés et nuits profondes les proportions observées sont quasi-identiques à celles de 2018. Une baisse de 2% est à noter pour les actes en soirées entre 2018 et 2019.

Graphique 6 – Part des actes cotés régulés et non-régulés selon le créneau horaire en 2019



Lecture : En 2019, 31% des actes en soirée n'ont pas été facturés avec la majoration de la régulation.

Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2019, liquidation à fin avril 2020 - Traitement CNOM.

e. Participation des médecins libéraux à la régulation médicale

En 2020, la participation était effective dans la quasi-totalité des départements, hormis en Lozère, dans les Ardennes, sur le Territoire de Belfort, en Guyane et à Mayotte ainsi que pour les organes de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie qui ne disposent toujours pas de régulation libérale organisée.

Selon les CDOM, 2.570 médecins libéraux installés participaient à la régulation médicale en 2020¹⁶, soit une hausse de 6% par rapport au nombre de médecins recensés en 2019¹⁷. Sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une activité régulière (soit 48.097 en 2020), ils étaient ainsi 5,3% à participer à la régulation de la PDSA (contre 4,9% en 2019 – la hausse constatée tenant également à la baisse du dénominateur). À ce chiffre doivent être ajoutés les 568 médecins retraités, salariés et remplaçants participants¹⁸, effectif

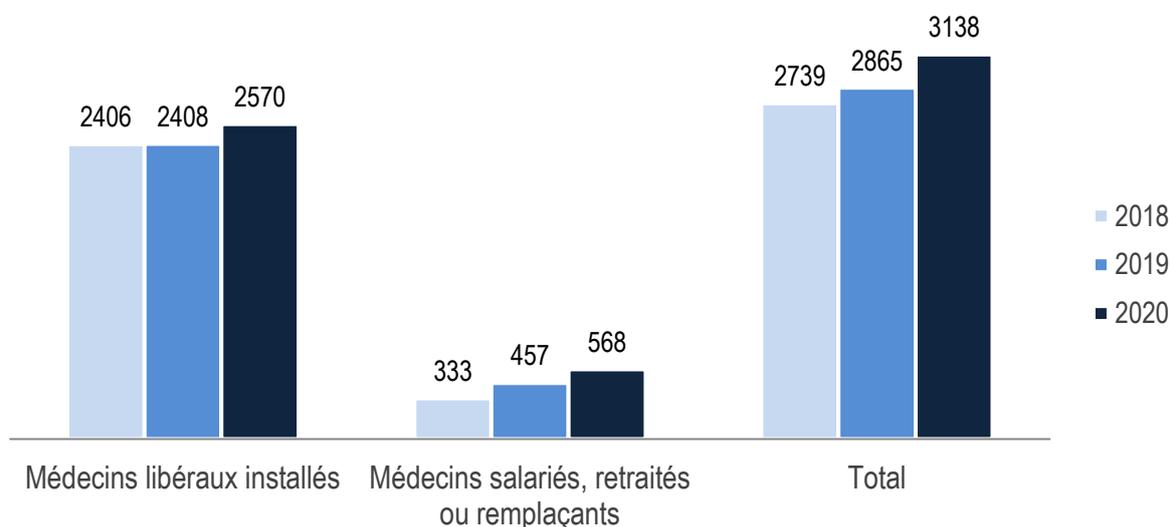
¹⁶ Sur 103 départements répondants (dont les organes de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie).

¹⁷ Le calcul ne porte que sur les 101 départements ayant indiqué le nombre de participants en 2019 et 2020. Le département de l'Oise dont les données sont manquantes pour 2019 a été exclu. A noter que le calcul a été réalisé à partir de données ajustées pour l'année 2019 suite à l'identification d'erreurs de remplissage.

¹⁸ Sur 103 départements répondants (dont les organes de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie).

également en hausse, à hauteur de 23% par rapport à l'année 2019¹⁹. Au total, ce sont donc 3.138 médecins généralistes qui ont assuré le rôle de médecin régulateur en 2020, soit une hausse de 9,1% par rapport aux chiffres constatés en 2019²⁰.

Graphique 7 – Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA en 2018, 2019 et 2020



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2018, 2019, 2020

NB : les données des années 2018 et 2019 ont été révisées suite à la détection d'erreurs de remplissage.

Contrairement à ce qui a été observé en 2019, l'évolution de la participation des médecins à la régulation tient aussi bien à la plus grande participation des médecins libéraux installés qu'à celle des médecins salariés, retraités ou remplaçants. La hausse globale des effectifs pourrait en partie s'expliquer par le renforcement des rangs de régulateurs face à la crise sanitaire qui a conduit, pour certains départements, à un élargissement des plages horaires de régulation et à l'ajout de lignes supplémentaires. Il sera intéressant de voir si ces effectifs poursuivront leur hausse ou, du moins, se stabiliseront ou si au contraire, ils se rétabliront à leur niveau antérieur une fois la crise sanitaire passée.

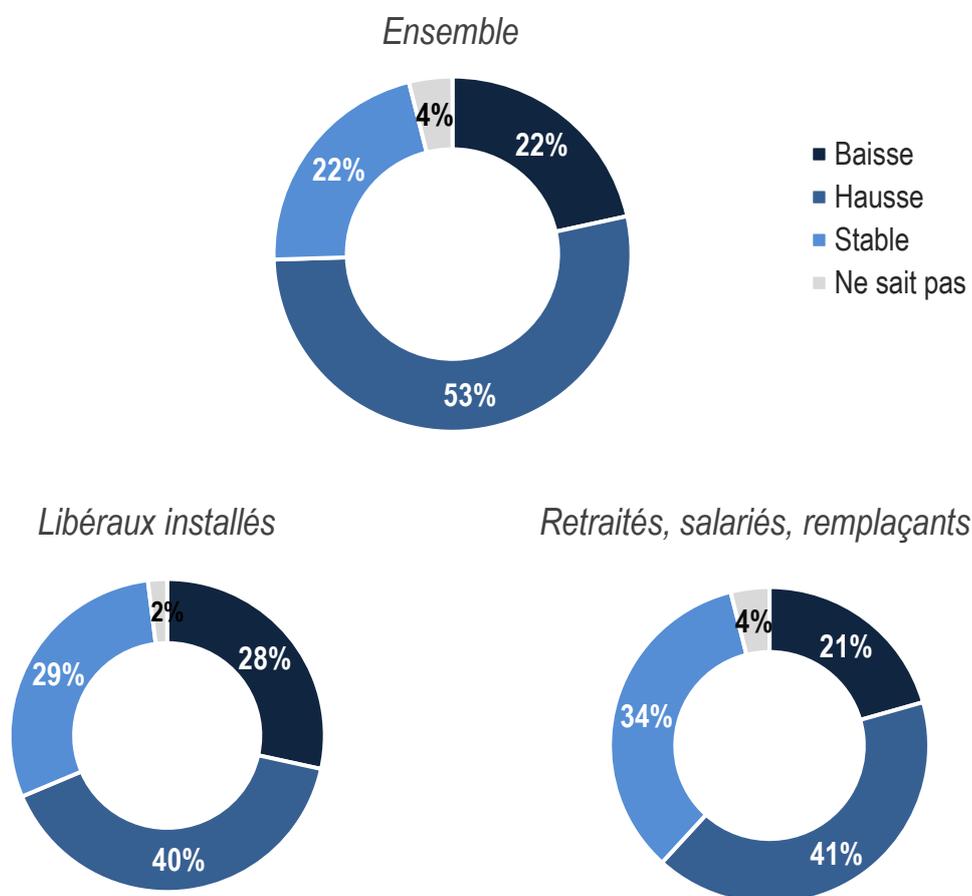
À l'échelle départementale, il est possible d'observer (Cf. Graphique 8) :

- Une hausse du nombre de régulateurs libéraux (installés, retraités, salariés ou remplaçants) pour 53% des départements avec 7 médecins régulateurs supplémentaires en moyenne (minimum = 1 pour 15 départements dont la Somme, l'Hérault ou le Lot ; maximum = 63 à Paris ; médiane = 3).
- Une baisse pour 22% des départements avec 3 médecins régulateurs de moins en moyenne (minimum = -10 en Haute-Loire ; maximum = -1 pour 7 départements dont la Corrèze, l'Indre ou le Tarn ; médiane = -2) ;
- Une stabilité du nombre de médecins régulateurs pour 22% des départements.

¹⁹ Le calcul ne porte que sur les 99 départements ayant indiqué le nombre de participants en 2019 et 2020. Les départements de l'Oise, de Meurthe-et-Moselle et de Gironde dont les données sont manquantes pour 2019 ont été exclus.

²⁰ Pour les diverses composantes du calcul, les départements dont les données sont manquantes en 2018 et/ou en 2019 ont été exclus. Voir pour le détail les notes 13 et 15.

Graphique 8 – Évolutions départementales du nombre de médecins participants à la régulation médicale entre 2019 et 2020 – Évolution d'ensemble et déclinaisons pour les médecins libéraux installés et les médecins retraités, salariés et remplaçants



Lecture : Le nombre total de médecins participants à la régulation a baissé pour 22% des départements entre 2019 et 2020.

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2019 et 2020

f. Front de garde de la régulation libérale

En l'absence de données nationales permettant d'établir et de mesurer l'évolution du front de garde réel de régulation médicale en horaires de PDSA (soit le nombre de médecins affectés à la régulation par tranche horaire), un recensement a été réalisé à partir des dernières versions des annexes départementales des cahiers des charges de la PDSA (voir en annexe du présent rapport pour le détail au niveau départemental). Ces données présentent cependant certaines limites : les cahiers des charges ne sont pas tous à jour et contiennent des données possiblement non-actualisées ; le nombre de lignes de garde peut varier au sein d'un même créneau horaire ou tout au long de l'année selon la saison ou la survenue d'évènements particuliers, ce qui n'a pas toujours permis de comptabiliser un nombre arrêté de régulateurs. À défaut il a été décidé d'établir les bornes hautes et basses des lignes de garde prévues sur les créneaux présentés (Cf. Tableau 1). À noter également que les lignes de garde supplémentaires liées aux mesures exceptionnelles de renfort face à

l'épidémie de Covid-19 n'ont pas été recensées et n'ont donc pas pu être intégrées au décompte.

Tableau 1 – Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2019 et 2020

Créneaux horaires	Front de régulation libérale en 2019	Front de régulation libérale en 2020
Samedi matin	67 à 70	72 à 75
Samedi après-midi et soirée	171,5 à 216,5	172,5 à 217,5
Dimanche et jours fériés	167,5 à 238,5	166,5 à 239,5
Soirée de semaine (20h – 24h)*	132 à 158	135 à 161
Nuit profonde (24h – 8h)	75,5 à 97,5	75,5 à 97,5

Sources : Cahiers des charges régionaux de permanence des soins, entretiens ARS et CDOM.

* Dont lignes supplémentaires de début de soirée ajoutées aux horaires de PDSA (18h/19h – 20h)

De manière générale, peu de changements sont à noter par rapport à l'année précédente : 8 départements ont enregistré une hausse du nombre de régulateurs inscrits au cahier des charges. La hausse s'observe sur le créneau du samedi matin (3 lignes supplémentaires), du samedi après-midi (1 ligne supplémentaire) et en soirées de semaine (3 lignes supplémentaires).

Le front de garde est relativement plus important les samedis en deuxième partie de journée, les dimanches et jours fériés et, dans une moindre mesure, en soirées de semaines (bien que 5 départements n'aient aucune ligne prévue sur ce créneau : les Ardennes, la Meuse, la Lozère, Mayotte et la Guyane). Le front de régulation est beaucoup moins important en nuit profonde. Aucune ligne de régulation libérale n'est établie sur ce créneau pour 30 départements (soit un de moins qu'en 2019 suite à la mutualisation de la régulation entre la Nièvre et la Côte-d'Or) et de manière partielle pour 9 départements.

En 2020, 47 départements disposent de lignes de régulation libérale le samedi matin, soit 6 de plus qu'en 2019 (la Nièvre, le Doubs, la Haute-Saône, le Territoire-de-Belfort, la Sarthe et les Hautes-Alpes). À noter cependant que ces lignes de régulation libérale ne sont pas assurées pour 6 départements (voir à ce sujet la partie 2.3.a du présent rapport).

g. Données d'activité de la régulation médicale

Quelle que soit l'organisation en place, les données relatives à la régulation libérale sont collectées au niveau local, selon des modalités propres, sans être centralisées et agrégées par la suite à un niveau national. En l'absence de ce type de données, il n'est pas possible de confronter le front de garde (nombre de médecins affectés à la régulation par tranche horaire) à la réalité de l'activité de régulation libérale sur l'ensemble du territoire, il n'est pas non plus possible d'avoir une vision nationale du traitement des appels en horaires de PDSA.

À défaut de données nationales exhaustives, les données d'activité recueillies auprès d'associations interdépartementales de régulation libérale permettent d'apporter un éclairage sur cette question, à une échelle plus large que la seule échelle départementale.

L'Association ACORELI (Association Comtoise de régulation libérale) a pour objet de mettre en place la régulation libérale de la PDS au sein de l'ancienne région Franche-Comté, soit dans les départements du Doubs, du Jura, de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort. Cette association est aujourd'hui relativement unique en son genre puisque, dans sa très large majorité, la régulation médicale en horaires de PDSA est organisée à l'échelle départementale. En 2019²¹, la plateforme a géré 95.335 dossiers, chiffre qui présente un taux de croissance annuel moyen de 3% depuis 2014.

La ventilation des actes de régulation selon la nature des décisions prises par les médecins régulateurs se décompose comme suit :

- 45% de conseils médicaux ;
- 38% de consultations en points fixes (cabinet d'un médecin de garde ou site dédié) ;
- 9% d'envoi d'un transport sanitaire ;
- 3% de visites à domicile.

La majorité des appels (59%) ont eu lieu le week-end (25% le samedi et 34% le dimanche). En jours de semaine la part des appels se situait entre 8% et 9%. Cette répartition n'a que très peu varié depuis 2014.

Les dossiers gérés par l'ACORELI en 2019 sont passés par le numéro de régulation dédié à la PDSA dans 54% des cas, ont été renvoyés par le CRRA 15 dans 40% des cas et par la plateforme de régulation des sapeurs-pompiers, le 18, dans 6% des cas. Ces proportions restent relativement stables depuis 2014.

h. Rémunération de la régulation

La participation à la régulation médicale en horaires de PDSA est rémunérée par des forfaits d'astreinte dont les montants sont déterminés localement par les ARS via le fonds d'intervention régional (FIR) dont elles disposent ; ils ne peuvent cependant pas être inférieurs à 70€ par heure de régulation.

L'aménagement local de ces forfaits a entraîné des disparités régionales. Ils peuvent également varier au sein d'une même région selon la tranche horaire de PDSA (ils sont souvent réévalués à la hausse, notamment en nuit profonde) ou lors de périodes de forte activité. En 2020, ils étaient toujours compris entre 70€ et 125€ par heure de régulation, tous créneaux confondus (Cf. Tableau 2). À noter cependant que l'évolution des organisations régionales de la PDSA a conduit à la revalorisation des forfaits de régulation pour les départements du Rhône, de l'Ardèche et de la Vienne ainsi que pour l'ensemble des départements de la région Bourgogne-Franche-Comté sur le créneau de la nuit profonde à l'exception de l'Yonne où elle s'appliquera dès la mise en place d'une régulation délocalisée en établissement de santé.

Les écarts de rémunération de la régulation médicale peuvent sembler injustifiés, contrairement à l'effectif où les variations forfaitaires s'expliquent par la géographie du territoire, les déplacements du médecin de garde et autres questions d'accessibilité. Pour la

²¹ Données consolidées fournies avec une année de décalage.

régulation les écarts ne peuvent, à priori, pas s'expliquer par les conditions d'exercice et peuvent, dés-lors, être difficiles à accepter d'une région à l'autre.

Sur ce point, l'ARS de la région Pays-de-la-Loire, où les forfaits de régulation sont gérés localement par les ADOPS, a expliqué que les écarts de rémunération entre les départements étaient le résultat des rapports de force sous-tendus par la « loi de l'offre et de la demande » au sein de chaque territoire. À l'inverse, au sein de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur la rémunération se veut identique en tout point sur l'ensemble du territoire de manière à garantir l'équité.

Tableau 2 – Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2020

Région	20H – 24H	Minuit – 8H	Sam. 12H-20H	Dimanche, fériés et ponts 8H-20H	Samedi 8h-12h
Auvergne-Rhône-Alpes	75€	100€	90€	90€	90€
Bourgogne Franche-Comté	75€ - 80€	75€ - 95€	75€ - 90€	75€ à 95€	80€
Bretagne	100€	75€ – 100€	100€	100€	-
Centre Val de Loire	80€	-	80€	80€	80€
	<i>Indemnité de déplacement pour les médecins vivant en dehors de la circonscription du lieu de régulation de 0,62€/km et indemnité de temps de trajet de 80€/h</i>				
Corse	70€				
Grand-Est	90€ - 115€ <i>Majoration en cas de mutualisation interdépartementale et sur la période de fêtes de fin d'année</i>				NC
Hauts-de-France	90€	120€	90€	90€	90€
Ile-de-France	80€	95€	80€	80€	-
Normandie	100€				
Nouvelle-Aquitaine	92€ <i>Ajout d'une plage de 19h à 20h à hauteur de 70€</i>	115€ <i>(de 00h à 06h)</i>	92€	92€	70€
Occitanie	75€	90€	90€	90€	NC
Pays-de-la-Loire	90€ - 125€ <i>Montant pouvant être modulé selon certains critères</i>				NC
PACA	80€	110€	95€	95€	NC
Martinique	76€	-	80€	80€ - 100€	-
Guadeloupe	<i>Forfait de 82,8€ selon créneaux horaires spécifiques : en semaine 14h-22h et de 22h-6h ; samedi 12h-21h et 21h-6h ; dimanche et férié 8h-19h et 19h-6h</i>				-
Guyane	-				
Réunion	82,2€ - 112,5€ <i>Ajout d'une plage de 19h à 20h à hauteur de 84€</i>	112,5€	82,2€ - 112,5€	82,2€ - 112,5€	-

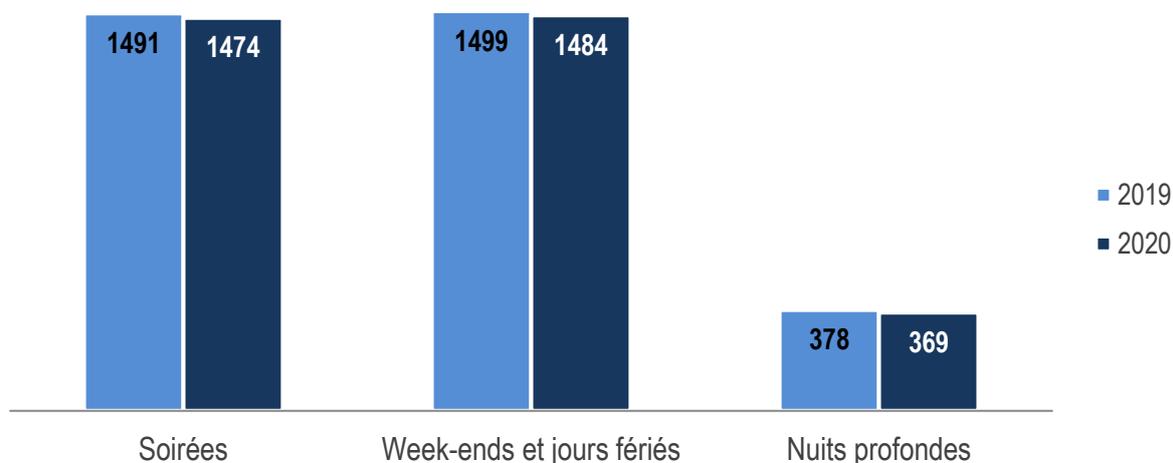
Sources : Cahiers des charges régionaux de permanence des soins et entretiens ARS.

2.2. L'effectif

a. Une tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA²²

La tendance de réduction du nombre de territoires observée depuis plusieurs années se poursuit en 2020 quel que soit le créneau considéré (Cf. Graphique 9). Entre 2019 et 2020, on note une réduction de 1,1% du nombre de territoires en soirées de semaine, de 1% les week-ends et jours fériés et de 2,4% en nuit profonde.

Graphique 9 – Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire en 2019 et 2020



NB : le nombre de territoires en 2019 présenté dans ce rapport diffère des données présentées dans le rapport précédent. Un réajustement a été réalisé suite à la détection d'erreurs de remplissage du questionnaire.

Champs : France entière et organes de Nouvelle-Calédonie et Polynésie

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2019 et 2020

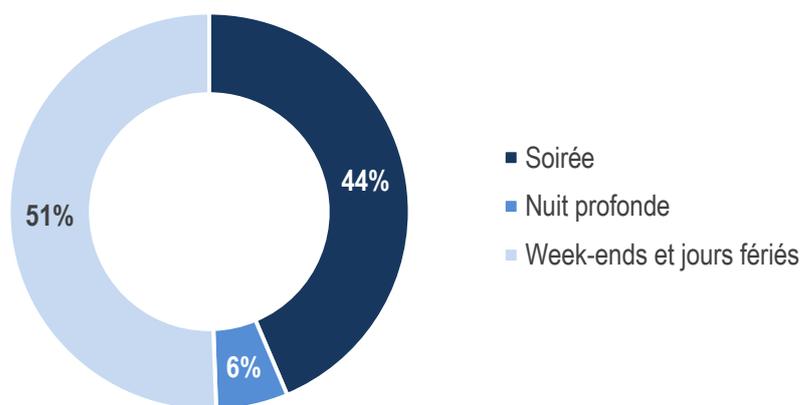
De manière générale, un territoire de PDS est souvent égal à une ligne de garde (ou à aucune ligne en cas de « zone blanche », voir à ce sujet la partie 2.2.b), bien qu'il puisse exister des territoires couverts par plusieurs médecins pour répondre à des pics de demandes observés (sports d'hiver, épidémies, etc.) ou parce que le bassin de population couvert est trop important et qu'une ligne de garde ne suffit pas à répondre à toutes les demandes de prises en charge. Au niveau global, les créneaux de garde avec plus d'un médecin effecteur représentaient 7,9% de l'ensemble des créneaux de gardes (Données Ordigard, 2020), chiffre identique à celui observé en 2019.

Un territoire de PDSA doit être défini selon les besoins observés en s'assurant que les distances à parcourir ne soient pas trop importantes pour le médecin de garde ce qui pourrait représenter un frein à la prise en charge. En termes d'adaptation organisationnelle, une forte demande en soins non programmés pourrait se traduire par un nombre important de territoires

²² Les données sur le nombre et la couverture de territoires de PDSA sont déclaratives. Il est possible que la réalité diverge de l'organisation définie par le cahier des charges, dans ce cas ce sont les données reflétant la réalité du terrain qui ont été retenues. Pour s'assurer que l'écart ne soit pas lié à une erreur, les réponses ont été confrontées aux cahiers des charges et les CDOM systématiquement interrogés en cas d'incohérence.

ou par une augmentation du nombre de lignes de garde. À l'inverse, lorsque la demande est très faible, voire quasi-inexistante, cela peut conduire à une baisse du nombre de territoires par resectorisation ou à la suppression de lignes de garde. L'importance relative du nombre de secteurs de garde les week-ends et jours fériés pourrait ainsi s'expliquer par une demande accrue sur ce créneau tandis qu'en nuit profonde au contraire, elle est relativement faible, ce qui expliquerait la réduction du nombre de territoires observée depuis plusieurs années. Les données d'activité de la CNAM confirment ces tendances : en 2019, 51% des actes de PDSA étaient réalisés les week-ends et jours fériés, 44% en soirée et seulement 6% en nuit profonde (Cf. Graphique 10).

Graphique 10 – Répartition des actes de PDSA réalisés en 2019 selon le créneau horaire



Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2019, liquidation à fin avril 2020 – Exploitation CNOM.

b. Prévalence des « zones blanches »

Le nombre de territoires de garde ne nous renseigne pas, à lui seul, sur l'organisation de la PDSA. Il est important d'identifier combien sont effectivement couverts par une prise en charge ambulatoire. En 2020, leur part s'élevait à 97% les week-ends et jours fériés, à 89% en soirées de semaine et à 27% en nuits profondes (Cf. Tableau 3). Pour les autres territoires, l'effectif était assuré par les services de l'AMU faute de ligne de garde prévue par le cahier des charges, on parle alors de « zones blanches ».

C'est donc avant tout en nuit profonde que la part de « zones blanches » est la plus importante. Comme en 2019, plus aucun territoire n'est couvert sur ce créneau pour 29 départements²³ (Cf. Cartographie 4). Certains départements ont connu une réduction du taux de couverture en nuit profonde entre 2019 et 2020, c'est notamment le cas des départements de l'Ille-et-Vilaine, du Gard, du Loiret, de l'Aveyron et du Lot. Le CDOM du Lot explique notamment : « On a constaté que de janvier à fin août 2020, il n'y avait eu qu'une seule visite de nuit (en 8 mois) ! Coût des forfaits pour la période : 29.000 € ! Ce qui fait que je suis intervenu auprès des collègues pour justifier l'arrêt de ce dernier secteur du département assurant la "Nuit Profonde" face à ce coût intolérable pour une seule visite ! Ils ont compris et accepté d'arrêter ». Au niveau national, sur l'ensemble des territoires en soirées, seuls 27%

²³ Dont l'organe de Polynésie dont les données ont été intégrées en 2020.

continueraient à être couverts par une offre ambulatoire en nuit profonde en 2020, proportion identique observée en 2019, notamment liée à la réduction concomitante du nombre de territoires sur ce créneau (Cf. Tableau 3).

Tableau 3 – Organisation de l'effectif en fonction du créneau horaire en 2020

	Territoires où l'effectif est assurée par des médecins de la PDSA et taux de couverture		Territoires où l'effectif est assurée par les services de l'AMU (« zones blanches »)		Départements où il existe des « zones blanches »	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Week-ends et jours fériés	1444	97 %	40	3 %	18	18 %
<i>En 2019</i>	1445	96 %	54	4 %	23	23 %
Soirées (20h – 24h)	1316	89 %	158	11 %	39	39 %
<i>En 2019</i>	1310	88 %	181	12 %	42	42 %
Nuits profondes*	391	27 %	1083	73 %	88	88%
<i>En 2019</i>	398	27 %	1093	73 %	86	86 %

Lecture : En 2020, l'effectif était assurée par des médecins de la PDSA pour 97% des territoires les week-ends et jours fériés.

* Le nombre de territoires en nuits profondes a été ramené au nombre de territoires en soirées, c'est-à-dire sans tenir compte des éventuelles resectorisations. Par exemple, si un département comprend 10 secteurs en soirée et plus que 5 secteurs en nuit profonde (suite à une resectorisation) couverts par une offre ambulatoire, le taux de couverture sera de 100%. Dans le cas où seuls 5 des 10 secteurs de soirée seraient couverts en nuit profonde, le taux serait alors de 50%.

NB : les données 2019 présentées dans ce rapport diffèrent des données présentées dans le rapport précédent. Un réajustement a été réalisé suite à la détection d'erreurs de remplissage du questionnaire en 2019.

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2019 et 2020

En soirées de semaine, 11% des territoires ne sont pas couverts par une offre ambulatoire, c'est 1% de moins qu'en 2019. La baisse de la part de « zones blanches » entre 2019 et 2020 sur ce créneau peut en partie s'expliquer par la réduction du nombre de territoires. Malgré cette légère amélioration, les gardes en soirées de semaine semblent être remises en question par une partie des médecins de la PDSA selon certains CDOM. Ainsi, 67% d'entre eux déclarent craindre un désengagement à venir des médecins volontaires en soirées sur un ou plusieurs territoires de PDSA (c'est 1% de plus qu'en 2019). Pour certains départements c'est déjà une réalité, comme dans l'Orne où plus aucun territoire de PDSA n'est couvert sur ce créneau, ou encore dans les départements d'Eure-et-Loir, du Calvados et de l'Oise où c'est le cas pour moins de 15% des territoires.

Interrogés sur ce point, les CDOM évoquent deux grandes tendances qui expliqueraient ce phénomène : un désengagement de fait, lié à l'évolution de la démographie médicale et, plus précisément, au vieillissement des médecins en exercice, souvent non-remplacés conduisant à la désertification médicale de certains territoires (notamment en Hauts-de-Seine, dans le Vaucluse, le Lot, le Gers ou le Tarn) ; un désengagement « choisi » relevant de multiples facteurs pouvant se cumuler entre eux :

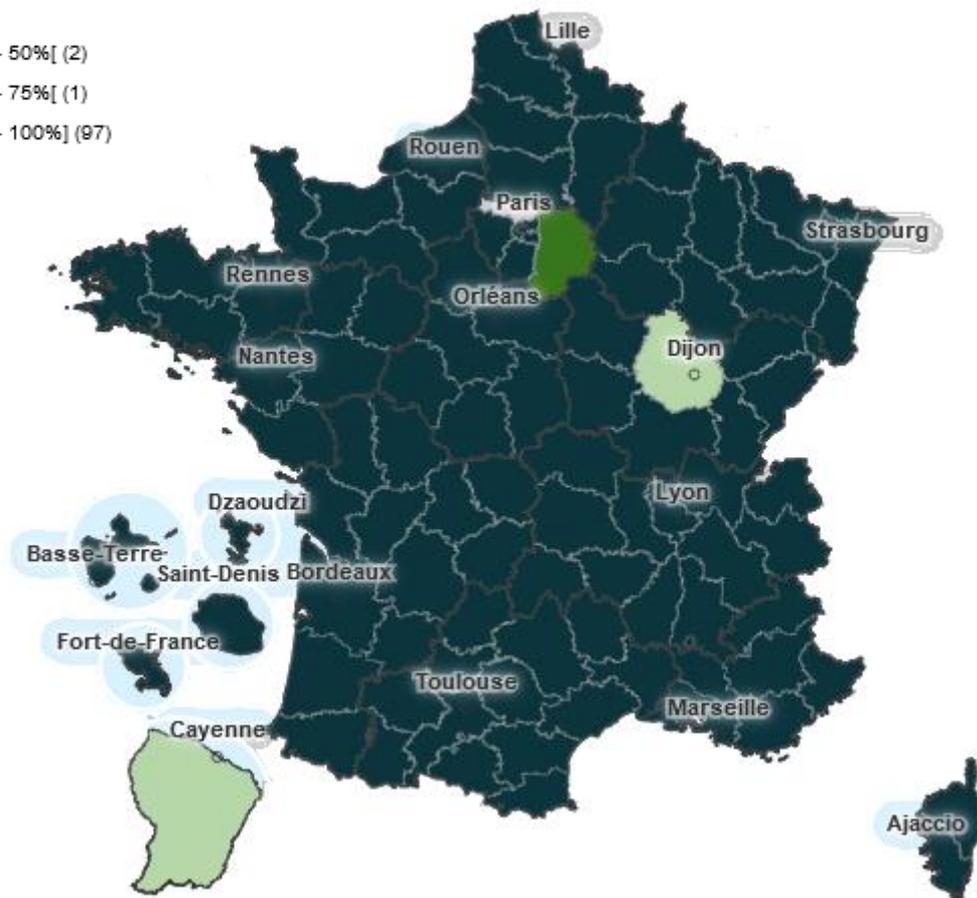
- La surcharge de travail en journée conduisant à l'épuisement des médecins et à la baisse du volontariat en horaires de PDSA :

- La faiblesse constatée du nombre d'actes sur ce créneau horaire ; c'est notamment le cas en Haute-Corse, en Charente-Maritime, le Nord, les Bouches-du-Rhône, le Lot-et-Garonne ou les Deux-Sèvres ;
- La faiblesse du nombre de volontaires et/ou l'agrandissement des secteurs de PDSA qui conduit à une surcharge de travail pour les médecins de garde comme cela a pu être relevé en Lozère, en Aveyron ou en Savoie ;
- Le manque de moyens et une reconnaissance financière jugée insuffisante par les médecins de garde comme c'est notamment le cas pour les départements des Deux-Sèvres, de la Seine-Maritime ou de la Côte-d'Or ;
- La problématique plus générale du manque d'adhésion des jeunes médecins au système de la PDSA s'expliquant par une évolution sociétale donnant plus de place à la vie privée, comme ont pu le mentionner les CDOM du Jura, de la Corrèze, de l'Indre, du Haut-Rhin ou de l'Isère.

Cartographie 2 – Taux de couverture des territoires de PDS les week-ends et jours fériés en 2020

Légende

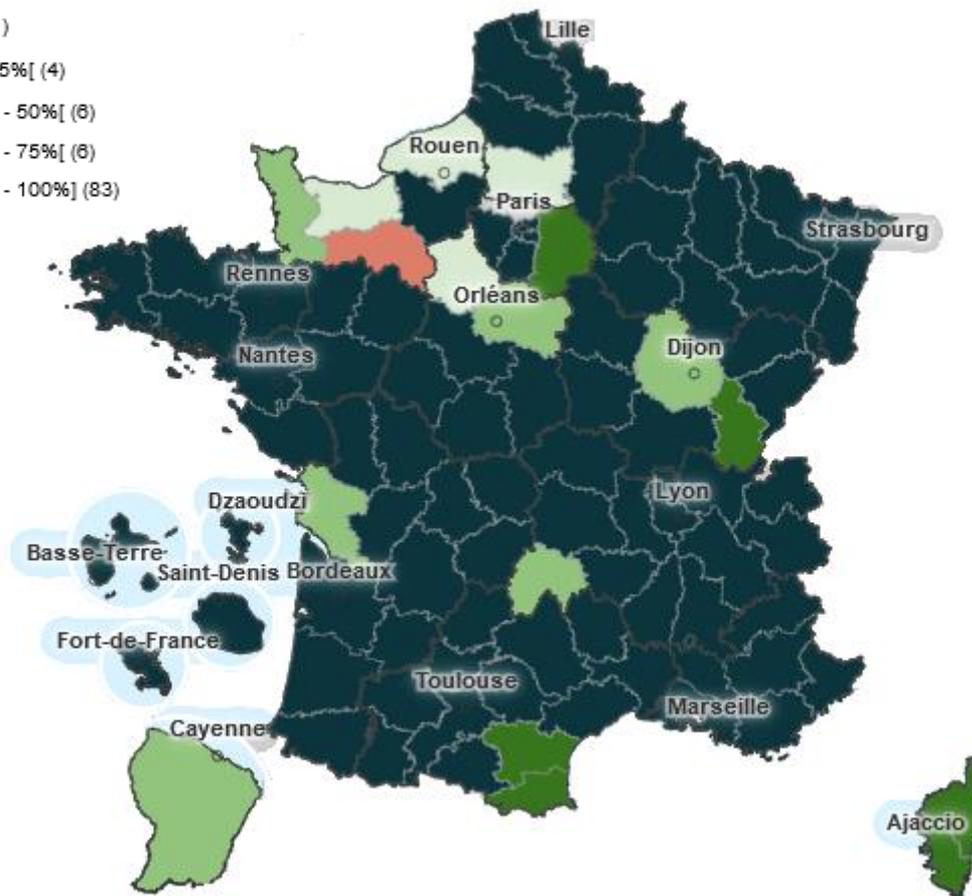
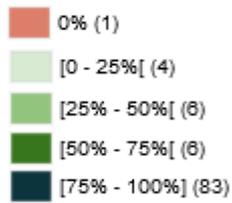
- [25% - 50%] (2)
- [50% - 75%] (1)
- [75% - 100%] (97)



Source : CNOM, Enquête PDSA 2020

Cartographie 3 – Taux de couverture des territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) en 2020

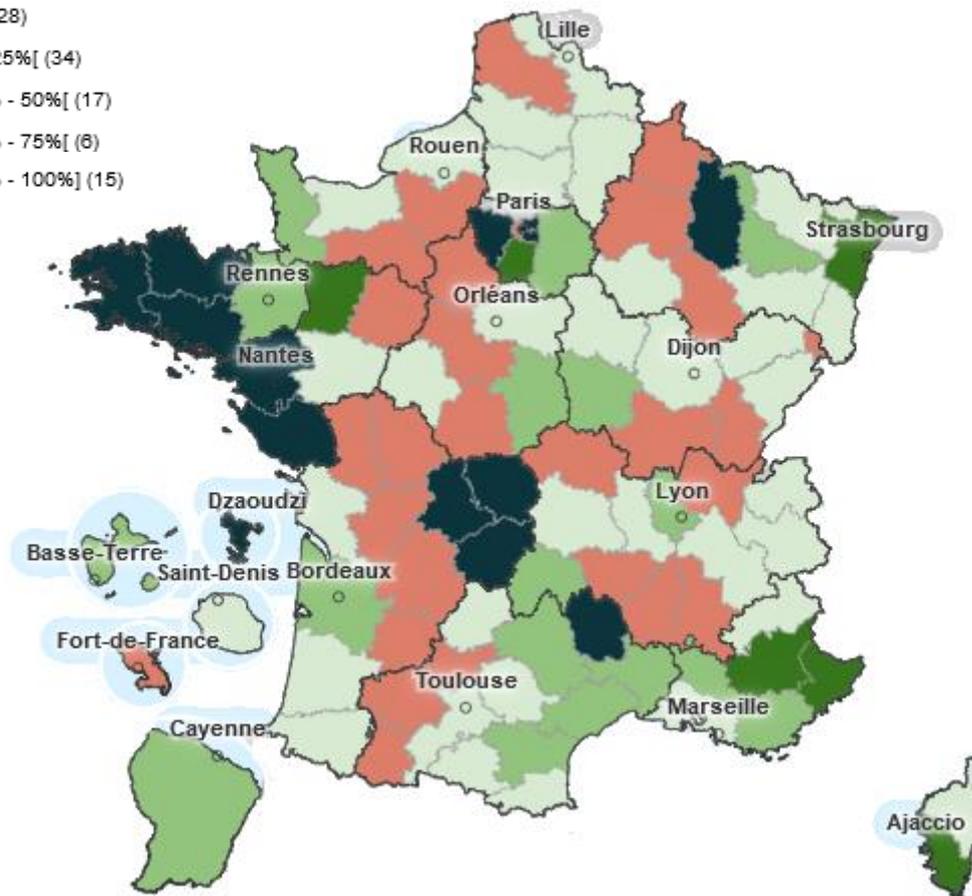
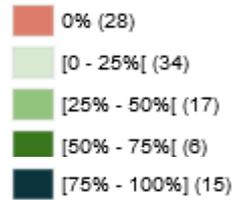
Légende



Source : CNOM, Enquête PDSA 2020

Cartographie 4 – Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde (de minuit à 8h) en 2020

Légende



Source : CNOM, Enquête PDSA 2020

c. Effection fixe : poursuite du développement des sites dédiés

Les lieux d'effection fixe sont ici entendus comme les lieux identifiés par le cahier des charges régional où la population peut se rendre aux horaires de la PDSA. Il peut s'agir de Maisons médicales de garde (MMG), de Centres d'accueil et de permanence des soins (CAPS) ou de centres de consultations gérés par les associations de PDSA de type SOS Médecin. Ils peuvent être implantés dans des locaux propres, dédiés à l'activité de PDSA, accolés à des établissements de santé publics ou privés, au sein d'EHPAD, de maisons de santé pluri-professionnelles ou au sein de centres municipaux de santé. Les horaires d'ouverture varient d'une structure à l'autre selon les besoins du territoire et l'organisation de la PDSA en place.

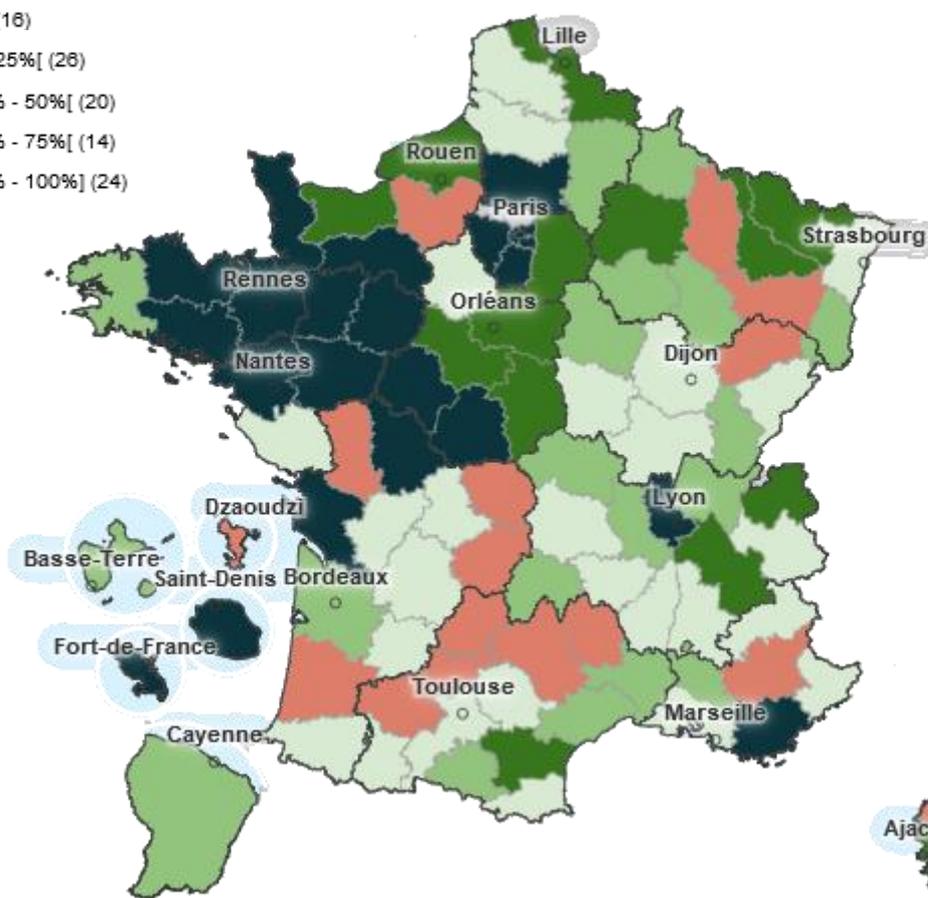
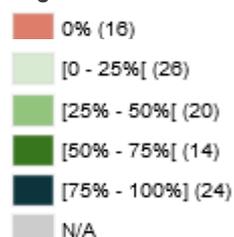
En 2020, les points fixes de consultation en horaires de PDSA couvraient une grande partie du territoire puisque 86 départements disposaient de ce type de structures, soit un département de plus qu'en 2019 (Cf. Cartographie 5). Il est intéressant de noter que les prises en charge plus traditionnelles au cabinet du médecin traitant étaient toujours effectives pour 83% de ces départements (y compris au sein des territoires non-couverts par un site dédié) et pour tous les départements qui ne disposaient pas d'une telle structure en dehors de Mayotte pour qui aucune organisation de la PDSA n'a encore été mise en place.

Au 31 décembre 2020, 490 sites dédiés à la PDSA étaient dénombrés sur l'ensemble du territoire, c'est 25 de plus qu'en 2019²⁴ (soit un taux de croissance annuel moyen de 5,4%). Cette hausse ne représente cependant que la moitié de l'objectif fixé par le gouvernement qui prévoyait la création de 50 MMG au cours de l'année 2020 (Mesure n°2 du Pacte de refondation des urgences).

Au total, 36% des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés étaient couverts par un site dédié en 2020 (soit 530), contre 34% en 2019²⁵. La création de sites dédiés a concerné 17 départements en 2020 (dont l'Yonne, le Vaucluse, l'Ardèche, l'Allier ou Paris).

Cartographie 5 – Taux de secteurs de PDS couverts par des sites dédiés en 2020

Légende



Source : CNOM, Enquête PDSA 2020

La poursuite de la mise en œuvre du pacte de refondation des urgences devrait conduire au maintien du développement des sites dédiés. Celui-ci prévoit en effet la création de MMG à proximité de tous les services d'accueil d'urgences de plus de 50.000 passages par an

²⁴ Le nombre de sites dédiés en 2019 comptabilisé dans ce rapport diffère des données présentées dans le rapport précédant. Un réajustement a été réalisé suite à la détection d'erreurs de remplissage du questionnaire en 2019. Ce travail de réactualisation des données a conduit à l'ajout de 1 site dédié non comptabilisé en 2019.

²⁵ Au regard des éléments précédemment mentionnés, le taux de couverture en 2019 a également été corrigé pour passer de 36% à 34%.

comme le faisait apparaître le rapport remis sur le sujet à la Ministre des Solidarités et de la Santé en décembre 2019 : « *le développement des MMG doit être poursuivi, avec comme objectif l'implantation d'une MMG à proximité directe de tous les services d'urgence totalisant plus de 50.000 passages par an (129 services d'urgence sont concernés et 64 d'entre eux bénéficient déjà de la présence d'une MMG à proximité). Une généralisation pourrait donc être envisagée dès 2020* »²⁶.

Le plan prévoit également de donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences (Mesure n°3) pour tenter de détourner des urgences des patients qui s'y rendraient par commodité alors qu'ils pourraient être prise en charge en ville. Les urgences proposent en effet, en un seul lieu et à toute heure du jour et de la nuit, une prise en charge complète permettant de réaliser des examens complémentaires (accès à des actes d'imagerie et de biologie ou à un médecin spécialiste), le tout sans avance de frais. Le pacte de refondation des urgences prévoit notamment de développer l'aide à l'équipement en terminaux pour les médecins libéraux participant à la PDSA permettant de proposer le tiers-payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ce qui devrait être la norme, comme pour les autres types de prises en charge. L'enquête menée auprès des CDOM ne permet pas de savoir dans quelle proportion cette mesure est aujourd'hui développée au sein des MMG. Selon l'URPS-ML : « *aux horaires de PDSA, la convention prévoit que le tiers payant est de droit et il est déjà largement appliqué. Le problème posé concerne le « reste à charge » qui, sur ces plages horaires, peut représenter un montant conséquent pour les patients. Ainsi, seule une prise en charge solvabilisée par les CPAM ou par tout autre moyen, pourrait être acceptable par les médecins de garde ; par exemple l'exonération du ticket modérateur des actes régulés ou renvoyés d'un SAU par une régulation sur place* »²⁷.

d. Système d'acheminement des patients vers l'effecteur fixe

Encore peu développée, la mise en place de transports dédiés permettant d'acheminer le patient vers l'effecteur de la garde est un des axes d'amélioration de la PDSA les plus évoqués et attendus par les CDOM. Ce système semble avant tout nécessaire au sein de secteurs où l'effectif mobile n'est pas assurée. La présence d'un effecteur mobile permet en effet la consultation à domicile du patient ne disposant pas de moyen de transport. C'est donc en l'absence de ces derniers que la mise en place de transports vers le point fixe semble être réellement justifiée.

En 2020, sur les 81 CDOM estimant que la PDSA ne fonctionnait pas bien sur tout ou partie du département, 49 (soit 60%) ont estimé que la mise en place d'un tel dispositif était une des pistes à envisager pour améliorer la situation. Ce point a notamment été intégré aux mesures du Pacte de refondation des urgences. Avec un financement dédié et une mise en œuvre prévue au cours de l'année 2020 il prévoyait de « *permettre au SAMU de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient à un rendez-vous en libéral. Les transporteurs sanitaires privés auront désormais la possibilité pour les transporteurs sanitaires privés de conduire des patients orientés par les SAMU et les médecins de garde vers les maisons et centres de santé ou les maisons médicales de garde identifiés par les ARS* ». Cette mesure fait écho aux observations émises dans le cadre du rapport sur l'organisation des soins non

²⁶ Mesnier T, Carli P., Pour un pacte de refondation des urgences, Paris, 2019.

²⁷ Conférence nationale des URPS Médecins libéraux, *Les réponses des médecins libéraux à l'engorgement des urgences*

programmés²⁸ : « dès lors que le centre de régulation l'estime justifié, il semblerait logique [...] de rembourser les transports sanitaires, non seulement vers les urgences hospitalières, mais également vers les structures de soins non programmés, à la condition qu'elles aient contractualisé avec l'ARS ». Dans la même lancée, le rapport remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé en décembre 2019 pour la mise en place du pacte de refondation des urgences précisait : « les enjeux de l'amont [des urgences] portent aussi sur les transports sanitaires, dont le cadre devrait être assoupli pour transporter le patient de son domicile jusqu'à une consultation non programmée. Concrètement, il faudrait permettre à la régulation médicale de solliciter un transport sanitaire pour des patients n'étant pas en mesure de se déplacer et qui sont orientés vers les maisons et centres de santé ou les MMG »²⁹.

Malgré le large consensus sur la nécessité de développer ce dispositif et les annonces gouvernementales précitées, il reste très peu développé sur le territoire. L'engagement gouvernemental devant permettre, dès 2020, la mise en place un tel dispositif pour les territoires qui en auraient besoin n'a donc pas été tenu. Cela conduit au maintien des inégalités de prise en charge pour les patients n'étant pas en mesure de se rendre au point fixe par leurs propres moyens. Des avancées sont donc attendues sur ce point.

En effet, en 2020, selon l'enquête menée auprès des CDOM, sur les 86 départements disposant de sites dédiés de consultation, seuls 8 avaient un système d'acheminement des patients vers une partie ou l'ensemble des points de consultation (ambulances mises à disposition sur demande du régulateur ou sociétés de taxis bénéficiant d'une convention avec la CPAM).

Si le nombre de départements disposant d'un tel dispositif n'a pas évolué entre 2019 et 2020 des changements sont tout de même à noter puisqu'il a été supprimé dans deux départements et mis en place dans deux autres. Ainsi, la ligne de financement du système existant dans le Loiret a été supprimée en 2020 du fait d'une absence de besoin constaté sur le territoire. En Vendée, le système a été opérant pendant une partie de l'année 2019 avant d'être stoppé car jugé très coûteux et non-cohérent avec l'organisation déjà en place sur le territoire où des visites étaient également assurées. À l'inverse, un dispositif a été mis en place au cours de l'année 2020 pour les départements de l'Ardèche et de la Corrèze.

Ces systèmes ne sont toutefois pas tous « dédiés » comme l'indique le CDOM de Guadeloupe qui précise qu'il s'agit d'un système usuel non réellement institué dans l'organisation de la PDSA. Dans la Sarthe, la Corrèze, le Pas-de-Calais, le Var, l'Ardèche et l'Orne le système en place n'est pas intégré au cahier des charges, ce qui peut laisser craindre une certaine fragilité quant au maintien sur la durée de ces dispositifs. Certains sont également mis en place de manière assez inégale comme dans le Pas-de-Calais où il n'est effectif que pour une des quatre MMG existantes ou encore en Corrèze où il n'est effectif que sur un seul secteur. Dans le cas où ils sont intégrés à l'organisation de la PDSA, ils le sont à titre expérimental, comme c'est le cas en Mayenne. À noter cependant que dans ce département, le système est en place depuis plusieurs années et n'est pas remis en question car il permet, sur un territoire très vaste, que le médecin de garde n'ait pas à se déplacer auprès du patient lorsque le temps de transport est jugé trop important, ce qui lui permet par ailleurs de se rendre disponible pour d'autres patients sur le temps dégagé.

²⁸ Meunier T., *Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires*, Paris, 2018.

²⁹ Mesnier T., Carli P., *Pour un pacte de refondation des urgences*, Paris, 2019.

Finalement, l'acheminement des patients vers les points fixes de consultation est pour la majorité des régions, peu ou pas intégré à l'organisation de la PDSA. Cela transparait également dans la manière dont le sujet est évoqué, lorsque c'est le cas, dans les cahiers des charges régionaux. En dehors de la région Pays-de-la-Loire, les modalités organisationnelles du dispositif, lorsqu'il apparaît, ne sont que peu ou pas définies. C'est notamment le cas pour le Centre-Val-de-Loire qui note : « *en dehors des moyens de déplacements habituels, l'accessibilité à ces structures peut être organisée par des transports adaptés et ciblés, régulés par le SAMU-Centre 15, utilisés de manière parcimonieuse et dans des situations médicalement et socialement justifiées* ». La région Haut-de-France n'y fait mention que pour indiquer que des travaux seront engagés sur le sujet. Dans le Bas-Rhin et en Moselle, une expérimentation pour l'organisation des soins non-programmés en journée initiée en 2018 intègre l'acheminement des patients vers les points fixes de consultation, ce dispositif n'est toutefois pas observé aux horaires de PDSA. Effectif mobile et prise en charge des visites incompressibles

Face au développement de l'effectif fixe avec la mise en place de sites dédiés à la PDSA, l'effectif mobile est différemment organisée sur le territoire. Elle doit notamment permettre la prise en charge des visites dites incompressibles, comme le souligne la circulaire DGOS du 23 mars 2007 (voir infra). Cette notion n'est pas définie dans les textes et est inégalement abordée dans les cahiers des charges régionaux. De manière générale, les visites dites incompressibles correspondent aux situations où les patients sont dans l'incapacité de se déplacer et pour lesquels il n'est pas opportun de mettre en œuvre un transport sanitaire ; il s'agit notamment des patients en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou de toute situation hors AMU jugée par le médecin régulateur comme justifiant le déplacement du médecin d'astreinte.

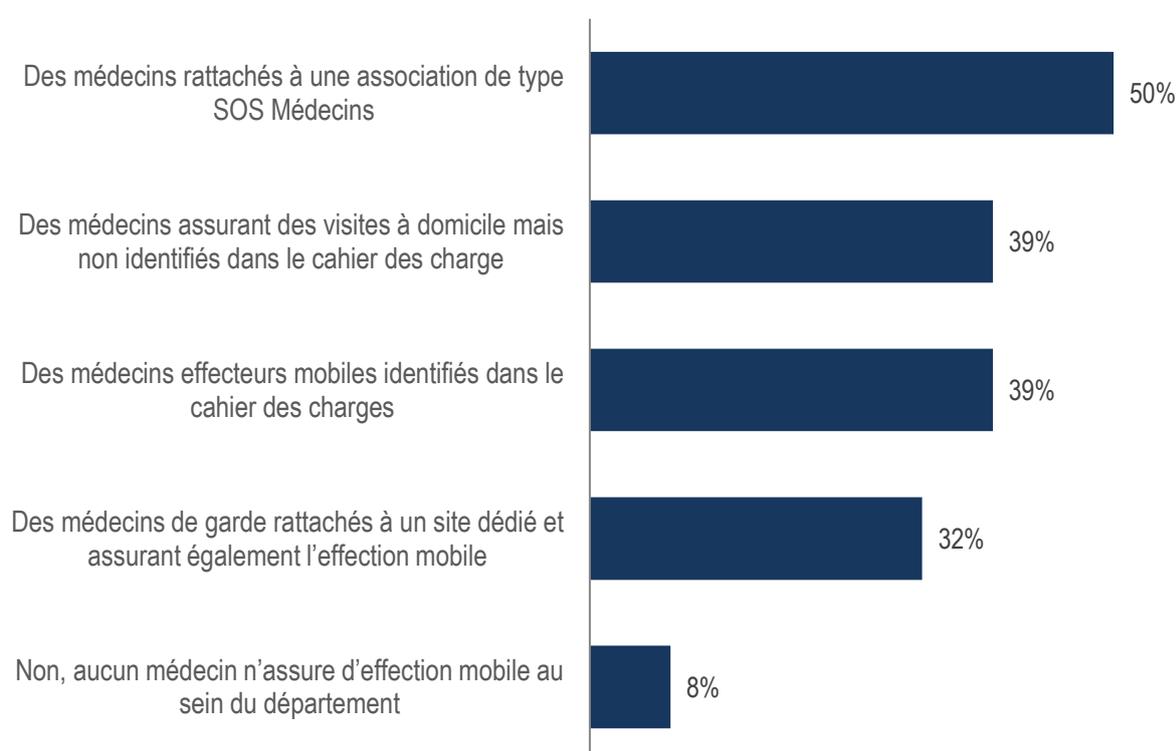
Selon les données de l'enquête auprès des CDOM et comme en 2019, aucune effectif mobile n'est assurée pour 8 départements (c'est notamment le cas dans l'Orne, les Ardennes, la Vienne, l'Eure ou encore la Réunion). Pour les autres départements, différentes modalités de réalisation de l'effectif mobile peuvent être observées :

- Elle peut être réalisée de manière « informelle » (sans forfait d'astreinte dédié) : c'est le cas des départements où l'effectif mobile n'est pas prévue par le cahier des charges mais est réalisée par certains médecins de garde. La réalisation des visites est, dans ce type de configuration, soumise à la bonne volonté des médecins et donc variable d'un médecin/d'une garde à l'autre. Ce type d'organisation est observé dans 40 départements (dont 19 comme modalité exclusive de l'effectif mobile – notamment en Ardennes, en Aveyron ou dans la Meuse – et 21 en cumul avec d'autres modalités, comme dans la Somme, l'Aube ou la Côte-d'Or).
- Dans 33 départements, les médecins assurant les gardes ont un rôle mixte d'effectif fixe et mobile. Dans ce type de configuration les médecins de garde assurent les visites à la fin des gardes postées ou de manière intermittente grâce à des plages horaires dédiées tout au long de la garde (c'est notamment le cas en Ariège, dans la Marne ou le Cantal).
- Pour 52 départements, l'effectif mobile est assurée par une association de type SOS Médecins sur une partie du territoire, en complémentarité avec d'autres effectifs dans 81% des cas. Ils apparaissent comme les seuls effectifs mobiles identifiés dans le cahier des charges pour 16 départements (comme la Manche, la Seine-Saint-Denis, l'Aube ou l'Yonne).

- Enfin, comme en 2020, 40 départements ont opté pour la mise en place d'effecteurs mobiles exclusifs (possiblement en complémentarité avec d'autres modalités d'effectif mobile) dont l'activité est organisée et financées par le cahier des charges de la PDSA. Généralement, cela s'accompagne d'un redimensionnement des secteurs pour l'effectif mobile (le nombre de secteurs diffère alors selon l'effectif fixe ou mobile). Les secteurs d'effectif mobile se superposent aux secteurs de l'effectif fixe et couvrent pour couvrir une partie ou l'ensemble du territoire. Des « grands effecteurs mobiles » couvrant l'ensemble des territoires de PDSA ont notamment été mis en place dans le Finistère ou en Loire-Atlantique.

Graphique 11 – Mise en place et modalités de l'effectif mobile par département en 2020

Existe-t-il des effecteurs mobiles au sein de votre département ?

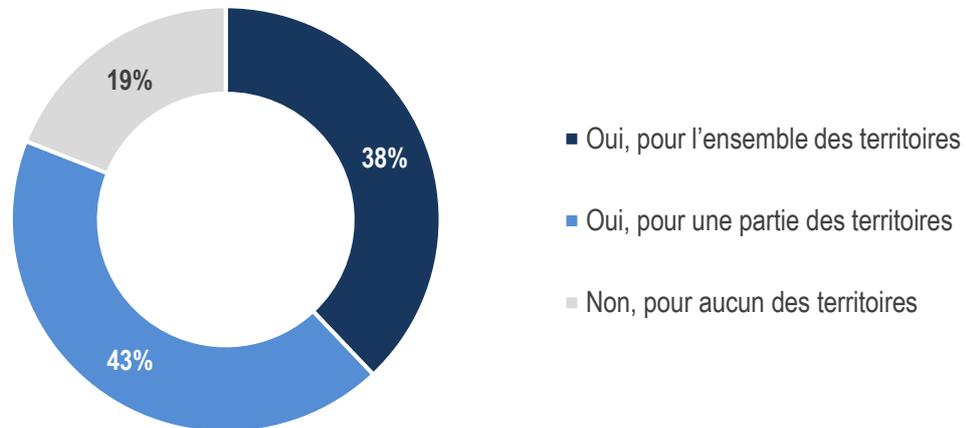


Source : CNOM, Enquête PDSA 2020

Concernant la prise en charge des visites incompressibles, il apparaît que parmi les 86 départements disposant de sites dédiés, 16 n'étaient pas dotés d'un dispositif pour la prise en charge de ces visites sur les secteurs couverts par un site dédié (soit 1 de moins qu'en 2019) et qu'il était effectif pour une partie seulement des territoires pour 43% des départements (Cf. Graphique 12). Même lorsqu'une organisation est prévue par le cahier des charges, il arrive que les médecins volontaires manquent pour prendre en charge ce types de visites, comme cela a été souligné par le CDOM du Val-d'Oise : « *La problématique de la PDSA concerne principalement les visites incompressibles pour lesquelles il est de plus en plus difficile de trouver des volontaires par la faible rémunération due au temps passé et la meilleure rémunération obtenue en consultation dans le même temps* ».

Graphique 12 – Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés (N = 86)

" Existe-t-il des dispositifs de prise en charge des visites dites incompressibles au sein des secteurs couverts par des sites dédiés ? "



Lecture : Pour 38% des départements disposant d'un ou plusieurs sites dédiés, les prises en charge des visites dites incompressibles étaient assurées pour l'ensemble des territoires couverts par ces sites.

Source : CNOM, Enquête PDSA 2020

En 2020, en l'absence d'effecteur mobile en mesure de se rendre auprès du patient, 2 départements disposaient d'un système d'acheminement vers l'effecteur fixe. Autrement dit, pour 14 départements, la PDSA était effective pour une partie seulement de la population, puisqu'aucune solution alternative au site dédié n'était proposée aux patients dans l'incapacité de se déplacer, le SMUR, les pompiers ou une ambulance privée restant alors l'unique solution. À une hétérogénéité d'accès à la PDSA entre départements, entre secteurs de PDSA, s'ajoute ainsi une disparité d'accès au sein même d'un secteur, entre les patients en mesure de se rendre au point fixe de garde et ceux qui ne disposent pas de moyen de transport ou qui ne sont pas mobilisables de par leur état de santé.

e. Rémunération de l'effection

Comme pour la régulation, le financement des astreintes d'effection est déterminé par les ARS et ne peut être fixé en deçà de 50€ pour une garde de quatre heures (avec une possibilité de proportionnalité, soit un forfait de 25€ pour une astreinte de 2 heures par exemple). À partir de ce seuil, les ARS ont la possibilité d'adapter les rémunérations aux diverses contraintes géographiques et aux modalités d'exercice de la PDS propres à chaque département. La rémunération des visites et des consultations n'est pas incluse dans les enveloppes des ARS mais relève du champ conventionnel national, sauf pour la région Pays-de-la-Loire où l'enveloppe est intégralement gérée par les associations de PDSA départementales (forfaits d'astreintes et actes).

En 2020, les forfaits d'effection ont été redéfinis en Guyane au regard de la réduction des plages horaires de PDSA ; ils ont été revalorisés au sein de 3 départements. Ils varient aussi bien au niveau régional que départemental. Ils étaient compris, pour une garde de 4 heures,

entre 50€ à 200€ pour l'effectif fixe et entre 50€ et 420€ pour l'effectif mobile, tous créneaux confondus (Cf. Tableau 4).

Tableau 4 – Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effectif fixe et mobile en 2020

Région		20h – 24h	Minuit – 8h	Sam. 12h-20h	Dimanche, fériés et ponts 8h-20h	Sam. 8h-12h
Auvergne-Rhône-Alpes		50€	100€	100€	150€	-
Bourgogne Franche-Comté	Fixe	50€ - 100€	100€	100€ - 150€	150€ - 200€	-
	<i>Les MMG bénéficient d'une indemnité de sujétion</i>					
	Mobile	150€	250€	200€	300€	-
Bretagne	Fixe	50€	100€	100€	150€	-
	Mobile	150€	350€	200€	250€	-
Centre Val de Loire	Fixe	50€	-	100€	150€	50€ + 26,5€ de majoration par acte régulé
	Mobile	400€ - 670€	300€	400€ - 840€	600€ - 1260€	200€
Corse		50€	100€	100€ - 150€	150€ - 250€	NC
Grand-Est		50 - 125€	100€ - 450€	100€ - 250€	150€ - 600€	NC
	<i>Majoration en cas de resectorisation, fonction du temps de déplacement entre les deux communes les plus éloignées du secteur</i>					
Hauts-de-France		100€	200€	200€	300€	-
Ile-de-France	Fixe	60€ - 200€	120€ - 400€	120€ - 400€	180€ - 600€	-
		<i>Tarifs dégressifs à partir du 2^{ème} acte réalisé</i>				
	Mobile	50€ - 60€	100€ - 450€	100€ - 120€	150€ - 300€	-
<i>Majoration pour les effecteurs en territoires à caractère rural</i>						
Normandie		56€ <i>Montant pouvant être modulé selon certains critères</i>				-
Nouvelle-Aquitaine	Fixe	50€	100€	100€	150€	-
	Mobile	150€	300€	150€	225€	-
Occitanie	Fixe	50€ - 75€	120€	100€	150€	-
	Mobile	50€ - 300€	30€ - 120€	100€ - 368€	150€ - 552€	-
	Mixte	50€ - 75€	120€ - 300€	100€ - 340€	150€ - 510€	-
Pays-de-la-Loire	Fixe	90€ - 150€	100€ - 450€	100€ - 300€	150€ - 450€	NC
		<i>Les plages horaires et les montants varient selon les départements</i>				
	Mobile	200€ - 276€	400€ - 552€	400€ - 552€	600€ - 828€	
<i>Baisse du montant horaire si aucun acte n'est réalisé</i>						
Provence-Alpes-Côte d'Azur		50€	100€	100€	150€	NC
Martinique		135€ de 19h à 23h	270€ 24/12 et 31/12	210€ de 13h à 23h	210€ - 270€	-

Région		20h – 24h	Minuit – 8h	Sam. 12h-20h	Dimanche, fériés et ponts 8h-20h	Sam. 8h-12h
Guadeloupe		50€	100€	100€	150€	-
Guyane		250€	-	510€	750€	-
		<i>Astreinte supplémentaire de 240€ pour les certificats de décès</i>				
Réunion	Fixe	50€	100€	75€	150€	-
	Mobile	100€	-	150€	300€	-

Source : Cahiers des charges régionaux de permanence des soins ambulatoire et communication ARS

Selon certains CDOM, la rémunération des actes est jugée insuffisante et pourrait en partie expliquer le désengagement de certains médecins ou même, dans des cas isolés un refus de déplacement des médecins de garde, contraire à la déontologie. Selon le président d'un CDOM les actes de nuit et les jours fériés seraient financièrement sous-évalués créant un effet pervers, notamment en nuit profonde, où il arrive que des médecins de garde perçoivent les astreintes tout en refusant par ailleurs de se déplacer. Pour éviter une telle dérive, il propose « la suppression des astreintes au profit d'un acte régulé justement rémunéré ».

2.3. Modification des horaires de permanence des soins

a. Extension des horaires de PDSA au samedi matin

Légalement les horaires de PDSA ne couvrent pas le samedi matin (8h-12h)³⁰. L'intégration de ce créneau apparaît toutefois comme un point de tension et une revendication forte des conseils départementaux et des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux. Dans le cadre de la mise en place du SAS, la Fédération des médecins de France (FMF) réclame notamment « l'extension des horaires de la permanence des soins ambulatoires en l'alignant sur les horaires des gardes hospitalières qui débutent à 18h et englobent le samedi matin et après-midi pour tous les médecins généralistes et spécialistes concernés »³¹.

Dans les faits, la mise en place d'une plage de régulation libérale le samedi matin poursuit son développement. Il a été renforcé par la crise épidémique qui a conduit à un élargissement de la régulation libérale sur ce créneau, ainsi qu'en journée, au sein de certains départements dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. L'élargissement des horaires pour l'effectif demeure, en revanche, très peu observé.

En 2020, au niveau de la régulation, l'organisation de la PDSA intègre le samedi matin pour 47 départements, soit 6 de plus qu'en 2019. Il est cependant à noter que pour 6 départements les lignes de garde du samedi matin prévues dans le cahier des charges ne sont pas assurées (dans le Cher, l'Allier, le Cantal, les Alpes-de-Haute-Provence, le Vaucluse, les Bouches-du-Rhône). C'est trois de moins qu'en 2019 avec la mise en place effective de la régulation libérale sur ce créneau pour la Manche en 2020 et sa réalisation partielle en Corrèze où selon le CDOM « le créneau de régulation du samedi matin est existant mais n'est pas « obligatoire » et est donc rarement assuré ». Dans la Vienne, où les médecins régulateurs contestaient le

³⁰ Article R6315-1 du Code de la santé publique

³¹ <https://www.fmfpro.org/les-syndicats-de-medecins-liberaux-denoncent-un-plan-urgences.html>

montant alloué pour cette plage horaire l'année passée, la situation a favorablement évolué en 2020 comme l'explique le CDOM : « *Les négociations des régulateurs avec l'ARS portaient à l'époque sur la base d'une rémunération proposée par l'ARS à 70€ de l'heure pour le samedi matin, identique à une rémunération de journée en semaine. Depuis l'épidémie actuelle, cette rémunération a été portée à 92€ de l'heure le samedi matin, identique à celle des horaires de PDSA et les créneaux du samedi matin ont été pourvus par l'association des régulateurs libéraux* ».

Dans le Cantal, la régulation n'est pas assurée sur ce créneau car les médecins régulateurs libéraux ont leurs cabinets ouverts. La situation devrait demeurer tant que l'effectif ne sera pas également incluse aux horaires de PDSA.

De manière générale, on observe que, lorsqu'elle est mise en place, la régulation s'accompagne rarement de l'élargissement des horaires de PDSA pour l'effectif. Les patients nécessitant une consultation doivent généralement attendre le début de la prise de garde lorsqu'aucun médecin généraliste n'est identifiable et disponible pour assurer la consultation. Sur les 47 départements ayant étendu les horaires de PDSA au samedi matin pour la régulation, seuls 7 les ont également élargis pour l'effectif : l'Indre, la Haute-Corse, le Var, la Mayenne, la Moselle et nouvellement la Savoie et le Puy-de-Dôme. Dans le département de l'Indre par exemple, une effectif fixe et mobile relevant de forfaits spécifiques est assurée le samedi matin. En Ardèche, une expérimentation d'ouverture d'une MMG à partir de 10h le samedi a été intégrée au dispositif de PDSA, elle ne concerne cependant que ce site et n'a pas été étendue au reste du département. La région Auvergne-Rhône-Alpes avait, pour sa part, annoncé dans son cahier des charges la mise en place d'une expérimentation avec la création d'une ligne de garde d'effectif le samedi matin sur deux secteurs (l'un plutôt urbain et l'autre rural) de manière à mesurer l'impact d'une telle mesure sur l'activité des services d'urgences. Selon le CDOM de la Drôme, cette expérimentation n'a cependant pas été mise en place suite à un blocage de la CNAM. En 2019, des organisations informelles de prises en charge des demandes de soins non programmés à l'initiative des médecins libéraux le samedi matin avaient été identifiées dans certains départements (notamment dans le Gard ou la Sarthe). Suivant la tendance à la fermeture des cabinets médicaux le vendredi soir soulevée par plusieurs CD, il est possible que de telles organisations, non reconnue par les ARS, soient mise en place sur plusieurs territoires.

Pour les CDOM où le samedi matin n'a pas été intégré aux horaires de PDSA, ce sujet est encore davantage évoqué que l'année passée. Il apparaît comme une attente majeure et largement partagée par les CDOM dans le cadre du contexte toujours plus tendu de fermeture des cabinets médicaux le samedi matin et du report de ces demandes sur les autres acteurs de l'offre de soins (urgences et SAMU notamment). Ainsi, en 2020, 65% des CDOM pour lesquels les horaires de PDS n'ont pas été élargis au samedi matin (qu'il s'agisse de la régulation ou de l'effectif) se disaient favorables à ce qu'ils le soient (Cf. Graphique 13), c'est 8% de plus qu'en 2019.

Les raisons évoquées par les CDOM favorables à cette mesure sont multiples :

- Le constat grandement partagé de la fermeture des cabinets médicaux le samedi matin : « *nous constatons une diminution importante du nombre de cabinets libéraux ouverts le samedi matin, nous sommes pour la reconnaissance du samedi matin comme temps de repos nécessaire ou comme temps exceptionnel de travail pendant la garde* » ; « *l'extension de la PDS au samedi matin est indispensable vu que la majorité des cabinets médicaux sont fermés ces matins là, ce qui met en difficulté la régulation* ».

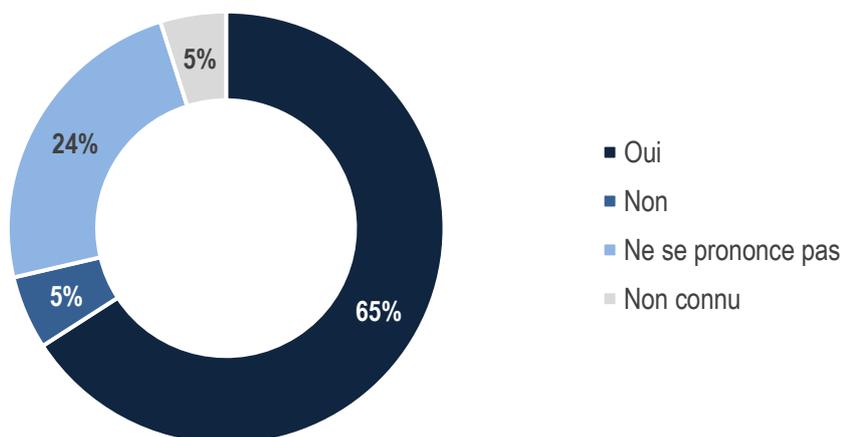
- Un report des demandes non prises en charge le matin sur le créneau de garde de l'après-midi. Une extension de la PDSA au samedi matin permettrait ainsi d'éviter une surcharge de prises en charge des patients en deuxième partie de journée les samedis : « *constat que la moitié au moins des cabinets sont fermés le samedi matin et que les gens doivent attendre midi pour avoir le médecin de garde alors très demandé. Ce serait un besoin général !* » ;
- Cela permettrait de libérer des médecins pour assurer la régulation libérale sur ce créneau : « *la régulation n'est pas actée le samedi du fait que les régulateurs ont leurs cabinets ouverts* ».
- Cela pourrait attirer de nouveaux médecins et renforcer les effectifs des médecins de garde : « *la décision de mettre le samedi matin en horaire PDS pourrait attirer des médecins habituellement fermés et renforcer les équipes de garde* ».

Concernant les 3 CDOM qui se sont déclarés défavorables à l'extension des horaires de PDSA au samedi matin, les raisons suivantes ont été invoquées :

- La difficulté à trouver un médecin traitant sur ce créneau n'est pas ressentie comme assez importante sur certains territoires pour justifier une extension des horaires de PDSA : « *l'ensemble des médecins libéraux exercent le samedi matin et ne sont pas demandeurs d'un élargissement des plages horaires de PDSA au samedi matin* » ;
- La difficulté à trouver des médecins volontaires pour assurer la PDSA : « *j'ai déjà assez de mal pour trouver des médecins volontaires le samedi après-midi* ».

Graphique 13 – Avis des CDOM sur l'extension des horaires de PDS au samedi matin (N = 55)

" Seriez-vous favorable à une extension des horaires de permanence des soins au samedi matin dans tout ou partie de votre département ? "



NB : sur la base des CDOM pour lesquels les horaires de PDSA n'ont pas encore été étendus au samedi matin.

Source : CNOM, Enquête PDSA 2020

b. Horaires adaptés en soirées

Selon plusieurs CDOM, les horaires de PDSA en soirées de semaine ne sont pas en cohérence avec l'activité constatée. Sur ce créneau les horaires normalement couverts vont de 20h à 24h, or les demandes de prises en charge non-programmées seraient plus importantes en début de soirée et bien moindres après 22h. Le CDOM de Charente-Maritime

souligne ainsi « nous avons pu constater que nombre de demandes en période de PDSA ne sont que la résultante de la non-réponse téléphonique des cabinets au-delà de 18h ». Certains CDOM, comme le Rhône, la Haute-Garonne, préconisent un changement des horaires de PDSA « pour passer de 19h à 23h plutôt que de 20h à 24h, ce qui correspond davantage à la réalité du terrain ». Le CDOM du Haut-Rhin souhaite, quant à lui, un début de PDSA à 18h. Le CDOM du Lot, préconise également un décalage des horaires de PDSA de 18h à 22h : « Nous demandons la redéfinition des horaires de PDSA en soirée de 18 h à 22 h (au lieu de 20 - 24) partant du constat qu'après 22h, il n'y a pratiquement plus d'appels et que dès 18h certains cabinets ferment ou sont surbookés jusqu'à 20h ou 21h déjà. Donc il y a un besoin dès 18 h et plus après 22h ».

La mise en place de plages horaires adaptées est déjà effective au sein de plusieurs départements. À titre d'exemple, la Haute-Marne expérimente la mise en place d'une PDSA de 18h à 21h en soirées de semaine et limite les gardes à 21h également les week-ends ; en Haute-Savoie et dans le Tarn-et-Garonne les gardes en première partie de nuit sont tenues jusqu'à 22h dans la majorité des secteurs, c'est également le cas dans le Gers, que ce soit en semaine ou les week-ends ; en Martinique, les gardes en soirées de semaine sont réalisées de 19h à 23h aussi bien pour l'effection que la régulation ; dans les Landes, une expérimentation porte actuellement sur un élargissement des horaires de la régulation libérale en soirées avec une ligne assurée de 18h à 20h ; en Moselle une MMG a élargi ses horaires d'ouverture aux créneaux 18h - 20h ; en Guyane le début des gardes en MMG débute à 19h ; le département de la Haute-Saône a réduit l'amplitude de la plage horaire de PDSA en soirée au cours de l'année 2020. Par ailleurs, l'enquête exploratoire réalisée auprès de MMG en 2019 a permis d'observer que certains points fixes de PDSA aménageaient leurs horaires d'ouverture au regard de l'activité constatée.

2.4. La participation des médecins à la permanence des soins

a. Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA

Comme en 2018 et 2019, un taux de participation à la PDSA a été construit à partir de données homogènes et comparables au niveau national, bien que certains départements n'aient pas pu être intégrés au calcul³².

Après une légère baisse (-0,1%) entre 2018 et 2019, on note en 2020 une hausse de 0,5% du taux de volontariat national, qui s'élève à 39,3%³³. On dénombrait ainsi 25 020 médecins volontaires³⁴ pour 63 686 médecins susceptibles de participer à la PDSA³⁵. Cette hausse pourrait en partie s'expliquer par le renforcement des rangs de médecins libéraux volontaires

³² Les données d'activité recueillies par Ordigard-P-Gard ne sont pas exhaustives ; elles couvrent 91 départements sur 101. Se reporter à la méthodologie pour plus de détails.

³³ Les données pour l'année 2018 et 2019 ont été corrigées car elles étaient incomplètes pour les départements de l'Eure et du Haut-Rhin portant les taux de participation à 38,9% en 2018 et à 38,8% en 2019.

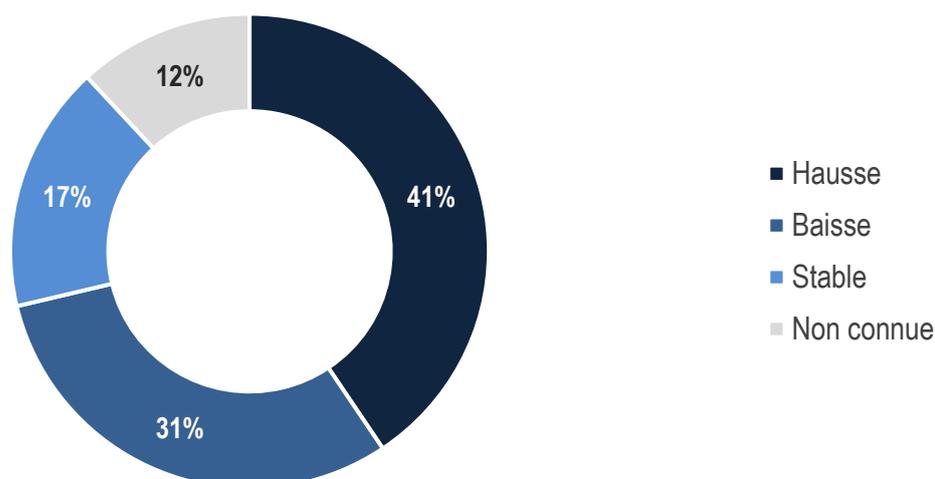
³⁴ Ont ici été considérés comme médecins volontaires les médecins ayant été inscrits à au moins une garde sur l'année (de régulation et/ou d'effection) en incluant les médecins titulaires n'ayant effectué aucune garde car remplacés.

³⁵ La base des médecins susceptibles de participer à la PDSA regroupe : les médecins ayant une activité libérale de titulaire de cabinet, de collaborateur ou d'associé de SEL ou de SCP, de régulateurs, les médecins libéraux ayant une activité de remplacement, les médecins ayant une activité en centre de santé. Les médecins exemptés sur l'ensemble de la période ont été exclus.

dans le cadre de la crise sanitaire, constatée par 46% des CDOM pour la régulation et par 22% des CDOM pour l'effectif.

Une grande hétérogénéité est observée au niveau départemental avec un minimum de 5% pour Paris et un maximum de 82% pour le département des Vosges (pour le détail se référer au tableau en annexe). À noter également qu'entre 2019 et 2020, le taux de participation a augmenté pour 41% des départements, a diminué pour 31% et est resté stable pour 17% (Cf. Graphique 14).

Graphique 14 – Évolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2019 et 2020



NB : le total est différent de 100% du fait de l'utilisation de valeurs arrondies.

Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2019-2020

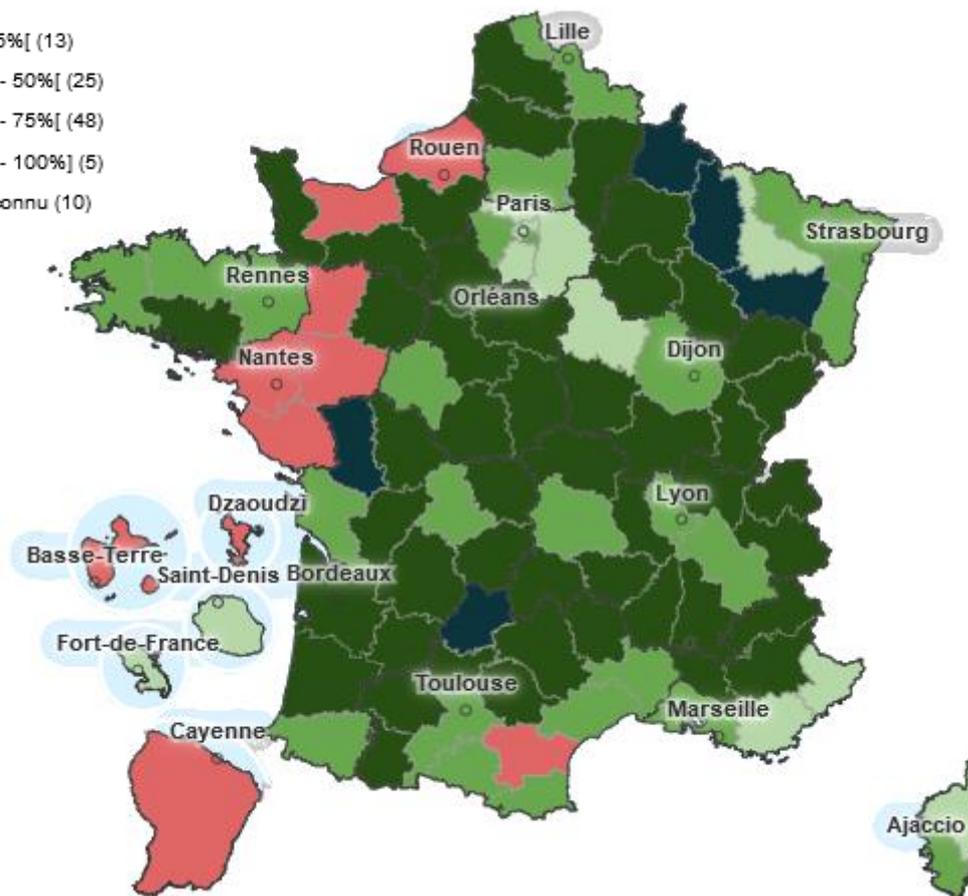
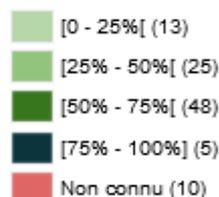
Ce taux doit être interprété avec précaution car il ne renseigne pas, à lui seul, sur le bon fonctionnement de la PDSA. En effet, il peut être très satisfaisant au sein d'un territoire où le taux de participation est faible et inversement. C'est notamment le cas des départements abritant de grands centres urbains, comme Paris, où la « professionnalisation » de la PDSA par la présence d'associations de type SOS Médecins conduit à un taux de participation relativement faible sans pour autant que les tableaux de garde peinent à être complétés. À contrario, il arrive que des problématiques organisationnelles soit identifiées au sein de départements où le taux de participation est élevé. C'est notamment le cas dans les départements d'Eure-et-Loir, de Charente et de Dordogne où des réquisitions préfectorales ont eu lieu de manière récurrente en 2020 et pour lesquels les CDOM estiment que l'organisation de la PDS est fragile sur une partie de leur territoire malgré un taux de participation supérieur à 70%.

Il est également important de noter qu'un taux de participation départemental peut masquer des disparités entre les territoires ruraux et urbains. Comme cela a déjà été relevé, ces écarts sont en partie liés à la « professionnalisation » de la PDSA dans les centres urbains. Cela a notamment été souligné par le CDOM de l'Aude : « *l'on peut opposer dans l'Aude les zones urbaines et leur périphérie, dans lesquelles la PDS est plutôt satisfaisante, aux zones rurales et limitrophes d'autres départements, qui connaissent de grandes difficultés, ce qui crée une*

discrimination entre patients, et va à l'encontre du préambule du cahier des charges de la PDSA Occitanie, qui "garantit à tout moment, sur chaque territoire, un égal accès aux soins" ».

Cartographie 6 – Taux participation des médecins à la PDSA en 2020

Légende



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2020

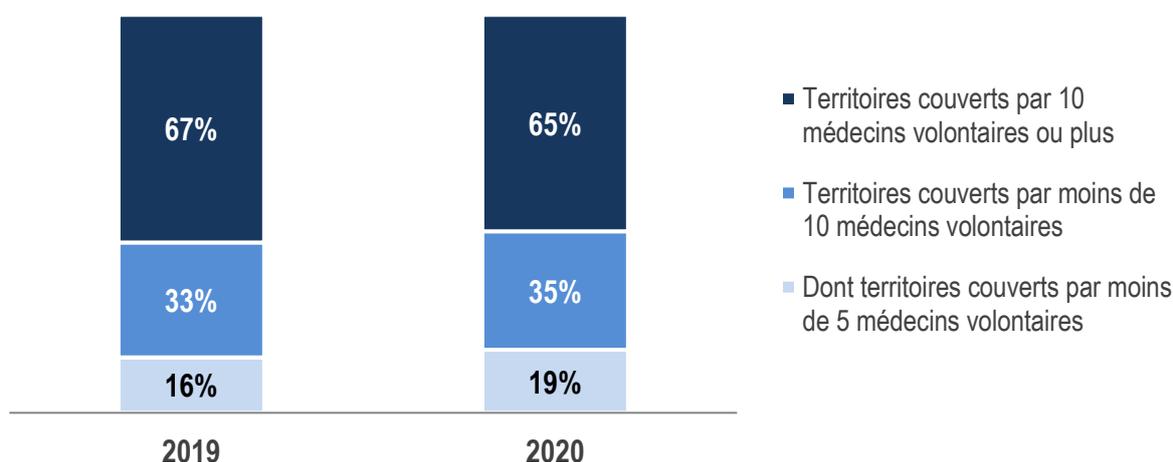
b. Couverture des territoires de PDS

En 2020, selon les CDOM, 35% des territoires de PDSA (en prenant pour base le nombre de territoires les week-ends et jours fériés) étaient couverts par moins de 10 médecins volontaires et 19% par moins de 5 médecins volontaires, soit une hausse de 3% en un an (en 2019, ces proportions s'élevaient respectivement à 33% et 16% - Cf. Graphique 15). On note ainsi en 2020 une légère dégradation de la couverture des territoires de PDSA au niveau de l'effectif des médecins volontaires présents, en cohérence avec les craintes liées à la démographie médicale et au désengagement des médecins libéraux, formulées par certains CDOM.

Sur certains territoires, la faiblesse du nombre de médecins volontaires, notamment en cas de départs à la retraite, peut fragiliser l'organisation de la PDSA. En effet, l'accroissement du nombre de gardes par médecin peut provoquer une baisse du volontariat par une suractivité difficilement supportable, et cela d'autant plus au regard du vieillissement de cette population.

Le nombre moyen de gardes³⁶ est ainsi très hétérogène au niveau départemental et il est permis de penser qu'il peut également l'être au niveau des territoires de garde. Au cours de l'année 2020, les médecins effecteurs (titulaires ou remplaçants) avaient chacun réalisé 29 gardes en moyenne (contre 30 en 2019), avec un minimum de 6 gardes annuelles en moyenne dans l'Orne et un maximum de 156 en Seine-et-Marne (Source : CNOM, Ordigard, 2020). Ce chiffre est cependant à nuancer car il intègre les médecins travaillant en associations de type SOS Médecins, dont les prises en charge en horaires de PDSA représentent le cœur de métier, contrairement aux médecins libéraux installés qui participent au dispositif en plus de l'activité en cabinet. Les données disponibles ne permettent pas encore de distinguer le nombre moyen de gardes effectuées par les médecins libéraux installés de celui des médecins « professionnels » de la PDSA, la moyenne présentée peut donc être considérée comme la borne haute du nombre moyen de gardes réalisées en 2020.

Graphique 15 – Territoires couverts par moins de 10 médecins volontaires et moins de 5 médecins volontaires sur l'ensemble des territoires de PDSA en journée les week-ends et jours fériés en 2019 et 2020



NB : sur la base du nombre de territoires de PDS les week-ends et jours fériés.

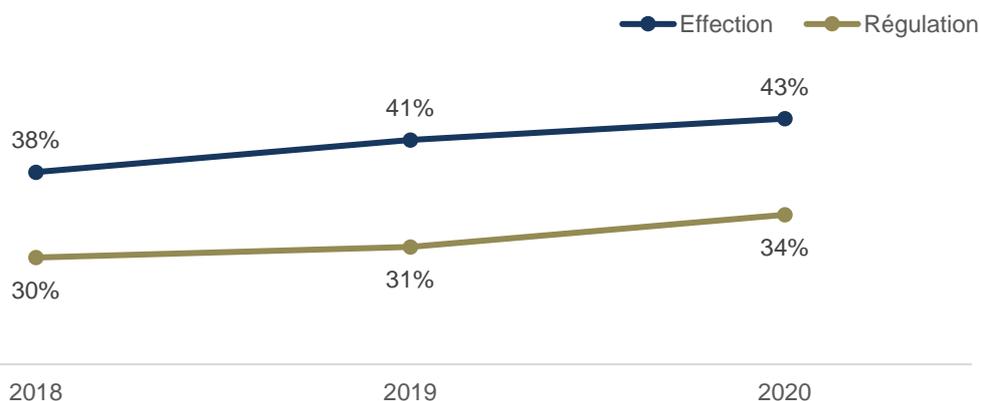
Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2019 et 2020

c. Profil des médecins de garde

Selon les données Ordigard, les médecins participants à la PDS sont majoritairement des hommes : à 66% pour les régulateurs et à 57% pour les effecteurs. Cependant, comme l'année passée, il est possible d'observer une augmentation de la part des femmes assurant les gardes : chiffre en hausse de 3% pour les médecins régulateurs et de 2% pour les effecteurs entre 2019 et 2020. Cette tendance s'accroît davantage cette année. En l'espace de 2 ans, la part des femmes assurant des gardes a augmenté de 5 points pour l'effecteur et de 4 points pour la régulation (Cf. Graphique 16).

³⁶ Une garde correspond majoritairement à un créneau de 4 heures mais peut également correspondre à un créneau de 8 ou 12 heures les dimanches et jours fériés notamment.

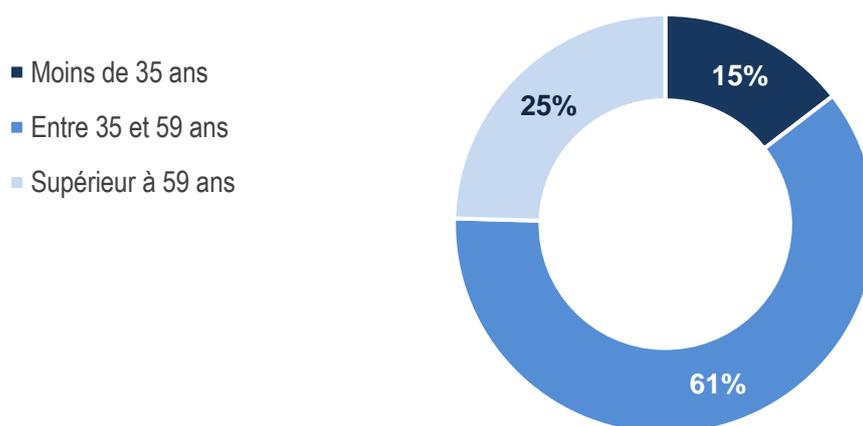
Graphique 16 – Part des médecins de garde femmes de 2018 à 2020



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019 et 2020.

La baisse de l'âge moyen³⁷ des effecteurs de garde déjà observée les années passées, se poursuit avec un passage de 47 ans en 2019 à 46,6 ans en 2020 (avec un minimum de 41,2 ans pour le Finistère et l'Indre-et-Loire et un maximum de 56 ans dans la Creuse). La grande majorité de médecins de garde se situe entre 35 et 59 ans (Cf. Graphique 17). En termes d'évolution, on note une légère augmentation de la part des médecins de moins de 35 ans (un point de plus qu'en 2019) tandis que la part des médecins entre 35 et 59 ans et de plus de 59 ans reste stable. L'âge moyen des médecins régulateurs a, quant à lui, diminué en 2020 en passant à 54,6 ans contre 55,4 ans en 2019 (minimum de 47,4 dans le Cantal et maximum de 67,2 dans le Tarn et Garonne)³⁸.

Graphique 17 – Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2020 selon la tranche d'âge



NB : en raison des arrondis le total est supérieur à 100%.

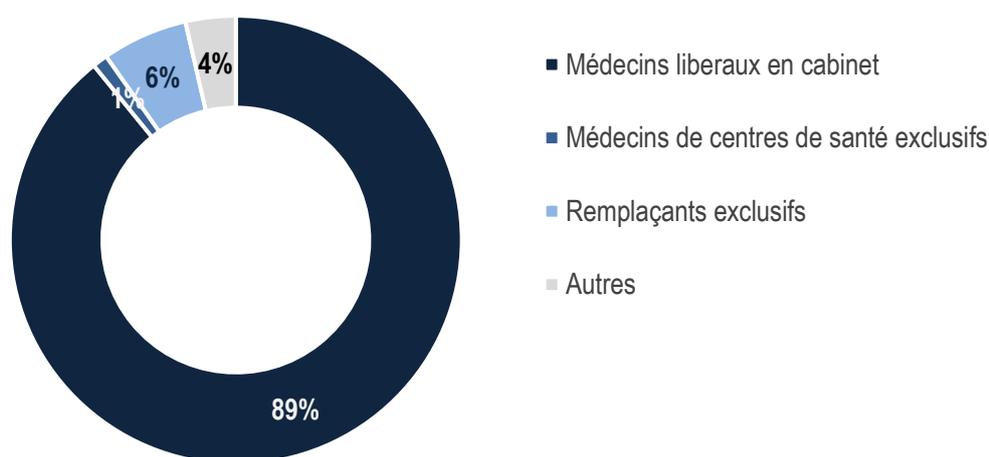
Source : CNOM, Ordigard, 2020.

³⁷ L'âge moyen n'a pas été pondéré, c'est-à-dire qu'il a été calculé sans prendre en compte le nombre de gardes réalisées (un médecin ayant réalisé une garde aura autant de poids qu'un médecin en ayant réalisé 20).

³⁸ Non connu pour 30 départements.

La permanence de soins est avant tout assurée par les médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet. Ils représentaient 89% des médecins participants à la PDSA en 2020. La part des médecins salariés exerçant en centres de santé participant à la PDSA était de 1% et celle des médecins remplaçants exclusifs de 6% (Cf. Graphique 18). Ces proportions sont identiques à celles observées en 2018 et 2019.

Graphique 18 – Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2020 selon le mode d'exercice



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2020.

Bien que très minoritaires, les médecins salariés de centres de santé ont également vocation à s'inscrire dans l'organisation de la PDSA. L'accord national prévoit qu'ils puissent participer au dispositif, le centre de santé percevant alors une rémunération forfaitaire fixée dans le cadre du cahier des charges défini par l'ARS. Il est ainsi possible que des centres de santé se transforment en MMG aux horaires de la PDSA. Selon un rapport du Sénat de 2017³⁹, ce mode de fonctionnement est particulièrement intéressant puisqu'il permet de limiter le nombre d'interlocuteurs et d'assurer ainsi un parcours de soins simplifié quelle que soit la nature de la demande (programmée ou non). Il préconise ainsi un renforcement du maillage territorial en centres de santé ainsi qu'une extension de leurs horaires d'ouverture. Le rapport fait cependant apparaître qu'en l'absence de directive nationale, le soutien de ces structures par les ARS est très variable d'une région à l'autre. Il est difficile aujourd'hui de savoir comment les centres de santé s'organisent dans le cadre de la PDSA. Il est possible de penser que la participation de ces médecins est fortement conditionnée par les modalités contractuelles au sein des centres de santé, qui sont susceptibles de varier d'un centre à l'autre (participation au titre du contrat de travail avec le centre de santé ou en qualité de collaborateur occasionnel du service public au sens de la sécurité sociale).

d. Remplacement

Selon les données issues d'Ordigard, le remplacement est une pratique relativement courante puisque plus d'un médecin effecteur sur quatre (28,8%) s'est fait remplacer au moins une fois au cours de l'année 2020. Ce chiffre a augmenté de près de 2 points en un an après

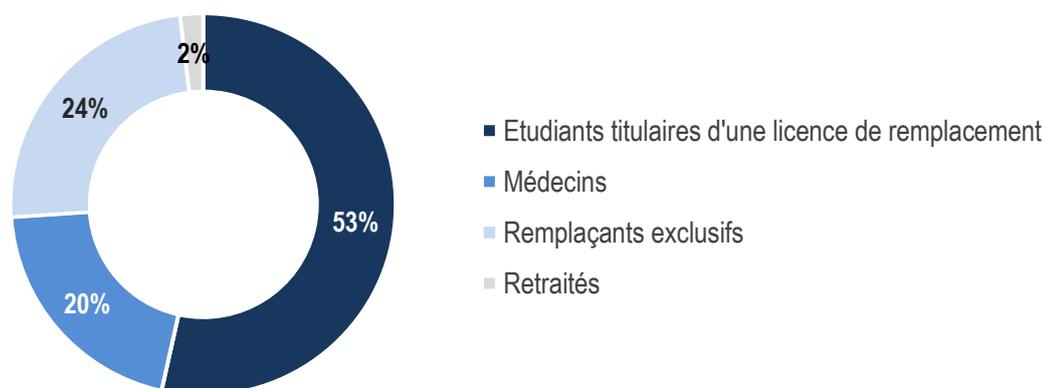
³⁹ Sénat, 2017, Rapport d'information n°685 sur les urgences hospitalières.

avoir stagné entre 2018 et 2019. Comme les années précédentes, les chiffres sont contrastés au niveau départemental : le taux minimum de médecins remplacés s'établit à 0,1% dans le Puy-de-Dôme et le taux maximum atteint 66,1% dans l'Aube.

Si la part des médecins effecteurs ayant eu recours aux remplacements a augmentée, la part des gardes remplacées reste cependant assez faible puisqu'elle s'établit, comme en 2019, à 8% du total des gardes effectuées. Ce chiffre masque, lui aussi, d'importantes disparités départementales avec le minimum pour la Haute-Savoie qui affiche un taux quasi nul et le maximum en Val-de-Marne avec 45,7% des gardes remplacées. Ce chiffre est cependant à interpréter avec précaution car il est possible que des médecins se fassent remplacer par un confrère sans mise à jour systématique du tableau de garde, situation qui ne saurait perdurer. Il doit donc être interprété comme la fourchette basse du taux de gardes remplacées au cours de l'année.

En 2020, les effecteurs remplaçants étaient majoritairement des étudiants (Cf. Graphique 19), suivaient les échanges de gardes entre médecins libéraux installés et les médecins ayant le statut de remplaçants exclusifs. La participation des médecins retraités à l'activité de remplacement reste très minoritaire. Ces données n'ont que très peu évolué entre 2019 et 2020 : la part des étudiants a baissé de 2 points tandis que celle des remplaçants exclusifs a augmenté d'un point.

Graphique 19 – Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2020 selon le statut



NB : le total est différent de 100% du fait de l'utilisation de valeurs arrondies

Source : CNOM, Ordigard, 2020.

En 2020 comme en 2019, 24 départements ont déclaré que des médecins retraités, salariés ou remplaçants avaient participé à la PDSA en leur nom propre dans le cadre d'une convention avec l'ARS. Selon les CDOM, tous ont pu obtenir une Carte professionnel de santé (CPS) dans 8 départements (contre 6 en 2019), une partie seulement dans 6 départements (contre 3 en 2019) et aucun dans 2 départements (contre 5 en 2019 – 8 CDOM n'ont pas su répondre). Le CNOM travaille depuis un certain temps avec la CNAM pour permettre que la CPS de ces professionnels contienne les données permettant la télétransmission. Actuellement, seuls les médecins libéraux installés disposent de cartes CPS facturantes. Étendre cette option aux médecins retraités, salariés ou remplaçants dans le cadre de la PDSA permettrait certainement d'élargir la base des médecins volontaires potentiels.

e. Exemptions et réquisitions

Selon l'article R 6315-4 du Code de la santé publique, il peut être accordé par le CDOM des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise par le CDOM au directeur de l'ARS qui la communique au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police. Les CDOM bénéficient d'une certaine latitude pour émettre une décision d'exemption, aucun texte ne fixant d'âge précis au-delà duquel le médecin ne pourrait plus participer à la PDSA. Concernant l'état de santé, il examine les demandes au cas par cas. L'insécurité, les contraintes familiales ne relèvent pas des critères d'exemption fixés par la réglementation, cependant, les pratiques confraternelles dans l'élaboration du tableau de garde peuvent conduire à une adaptation des modalités d'organisation de la garde.

Lorsque la garde n'est pas assurée et que des médecins non-exemptés sont présents sur le territoire, le préfet peut procéder à des réquisitions pour pallier aux carences. Elles ne sont cependant pas systématiques comme cela a pu être constaté dans le département du Nord où, en 2020, ni le CDOM ni l'URPS ne sont parvenus à trouver une solution pour certains secteurs régulièrement carencés sans pour autant que des réquisitions n'aient lieu.

En 2020, les réquisitions préfectorales en rapport avec la PDSA ont eu lieu dans 12 départements, soit 3 de moins qu'en 2019 et 10 de moins qu'en 2018. Pour 5 départements, il s'agissait de réquisitions ponctuelles, comme ça a pu être le cas en 2020 en Corrèze, dans le Gers, la Charente-Maritime, le Var ou les Deux-Sèvres. Pour les autres, les réquisitions relevaient d'un régime permanent sur les secteurs en carence : en Gironde, Charente, Dordogne, Loiret, Eure-et-Loir, Haute-Garonne et dans les Vosges. Le manque de médecins volontaires – qu'il s'explique par un désengagement des médecins (en Charente notamment) ou une démographie médicale déclinante (relevée en Dordogne) – a pu conduire à la réquisition de médecins non-volontaires à la PDSA (en Haute-Garonne, dans les Vosges et en Gironde notamment) ou à la réquisition de médecins participant déjà à la PDSA, comme ça a été le cas en Dordogne, ce que déplore le CNOM.

2.5. Mise en place du Service d'accès aux soins & PDSA : entretiens exploratoires auprès des médecins porteurs des projets pilotes

Annoncé en 2019 comme une des mesures du pacte de refondation des urgences et réaffirmé dans le cadre du Ségur de la Santé, le Service d'accès aux soins (SAS) « *a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état et adaptés à ses besoins spécifiques. Il assure une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 et une régulation de médecine ambulatoire coordonnée avec les horaires de permanence des soins adaptés aux besoins de santé de la population. Il est organisé et géré par les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé. Il est accessible gratuitement sur l'ensemble du territoire. Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et des services d'incendie et de secours* ». ⁴⁰

⁴⁰ PPL RIST "Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification", consulté le 04/03/2021.

Ce service vise à répondre aux demandes de soins non-programmés en complément de l'offre de médecine libérale présente sur le territoire et des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) sans s'y substituer.

Durant l'été 2020, un appel à projet diffusé par les ARS a conduit au recrutement de 22 départements pilotes issus de 13 régions qui participeraient à la première phase d'expérimentation dès janvier 2021. Dans le cadre de son état des lieux annuel, il a semblé intéressant au CNOM de tenter d'appréhender dans quelle mesure la mise en place de ces nouvelles organisations pouvait avoir des conséquences sur le fonctionnement actuel de la PDSA. Des entretiens exploratoires ont donc été menés auprès des médecins porteurs de projets pilotes⁴¹. Les résultats doivent être considérés avec précaution du fait de l'absence d'exhaustivité et de la relative immaturité d'un certain nombre de projets. Ils permettent néanmoins une première appréhension des implications de la mise en place du SAS sur l'organisation et le fonctionnement de la PDSA et des possibles « passerelles » entre ces deux pans de l'organisation des soins non-programmés.

a. SAS : l'enjeu d'articulation entre PDSA et soins non-programmés en journée

La mise en place du SAS peut être considérée comme un moyen pour repositionner la PDSA sur son périmètre strict. L'articulation entre les soins non programmés en journée et la PDSA sous-tendue par le SAS devrait pouvoir permettre d'éviter le recours à la PDSA par des patients qui n'en aurait pas strictement besoin.

Ces prises en charge « non nécessaires » en horaires de PDSA peuvent être considérées sous deux angles différents. Elles peuvent être la conséquence d'une organisation insuffisante de la prise en charge des soins non-programmés en journée, d'une part, conduisant à un report par défaut sur la PDSA. Sur ce premier point, le SAS a un rôle majeur à jouer : en organisant suffisamment la prise en charge des soins non-programmés en journée il permettrait de garantir une offre suffisamment bien structurée pour ne pas avoir à renvoyer un patient vers un effecteur de la PDSA en soirée par manque de médecins disponibles en journée. La PDSA étant ainsi uniquement dédiée aux besoins « urgents » de soins non-programmés en médecine générale hors horaires de consultation en journée.

Selon les médecins interrogés, ces demandes de soins différables peuvent également s'expliquer par une tendance au consumérisme qui marque le développement de notre société. Les soins de santé n'échappent pas à cette tendance et une partie des demandes de prises en charge en horaires de PDSA relèvent d'une « consommation » de soins non justifiée médicalement tenant au désir irraisonné du « tout, tout de suite ». Sur cet aspect, un travail « d'éducation » est à réaliser et le SAS peut être l'occasion de redéfinir « des bases saines » pour éviter les dérives des comportements non adaptés car non justifiés médicalement et décharger de fait la PDSA en recadrant son périmètre. Sur ce point, un des médecins interrogés précisait qu'une des conditions de réussite du SAS était qu'il ne se substitue pas au suivi généraliste. L'accès à une plateforme de prise en charge rapide, disponible à tout heure, pourrait en effet conduire à une dérive de surconsommation des soins de santé en médecine générale. Il y a donc là un travail de pédagogie à mener auprès du patient en s'assurant que toute prise en charge dans le cadre du SAS soit justifiée à la fois médicalement et par l'absence ou l'indisponibilité du médecin traitant.

⁴¹ Se reporter à la méthodologie pour plus de détails.

b. SAS : des outils supplémentaires pour la PDSA

Le SAS doit permettre d'obtenir du temps de consultation dédié aux soins non-programmés en journée et peut également offrir aux médecins régulateurs de la PDSA de nouveaux outils, « *un éventail plus large de possibilités en fin de régulation* ». En effet, l'accès à des plages horaires disponibles en journée permettra à la régulation libérale de la PDSA de proposer d'emblée un rendez-vous médical. Il s'agit là d'un nouveau « *contrat de soins avec le patient* » qui prend toute sa pertinence dans les « zones blanches » notamment, lorsque la régulation ne peut s'appuyer sur des effecteurs (du fait de l'absence de sites de consultation fixes ou d'effecteurs mobiles) et où l'unique solution consiste, pour l'heure, à dire au patient d'essayer de rappeler hors horaires de PDSA pour tenter de trouver un effecteur. Cela n'est pas satisfaisant pour le patient qui peut alors se rendre aux urgences par défaut pour une prise en charge qui ne le requiert pas. Être en mesure de s'appuyer sur le dispositif du SAS pour proposer un rendez-vous en journée peut être rassurant pour le patient et éviter un passage injustifié aux urgences. Ainsi, comme le soulignait un des médecins interrogé : « *le SAS devrait conduire à une amélioration de l'existant, permettre [aux régulateurs] de retravailler avec les effecteurs mobiles et de trouver de nouveaux interlocuteurs* ». Il devrait également permettre la création de nouvelles filières pour les soins en ville, en dehors de la seule médecine générale grâce, notamment, aux outils numériques. C'est le cas d'un des projets pilotes étudié où la mise en place d'un logiciel spécifique adapté à la régulation libérale (en et hors horaires de PDSA) permettra de « *mettre en place des prises en charges plus adaptées sur le long court grâce à une connaissance fine du maillage territorial de l'ensemble des professionnels de santé libéraux de 1^{er} et de 2nd recours* ».

Enfin, selon certains médecins interrogés, les outils mis en place dans le cadre du SAS devraient également permettre d'améliorer le suivi des malades grâce à la transmission des données peu ou pas permise par les organisations et les outils actuels. L'organisation existante engendrerait une perte de suivi du fait de l'absence de retour sur la prise en charge du patient par l'effecteur de la PDSA. Ainsi, dans le cadre d'un des projets pilotes étudié, seul le logiciel du CRRA 15 est actuellement en place et il ne permet pas, selon le médecin interrogé, d'évaluer finement l'activité de régulation libérale et d'assurer le suivi des prises en charges. Le projet prévoit la mise en place d'un logiciel de régulation libérale interfacé avec celui des MMG aux horaires de PDSA de manière à pouvoir assurer une traçabilité et un suivi. Ici, le SAS offre un outil supplémentaire à l'organisation de la PDSA en « *étouffant la connaissance et le suivi de l'offre* ».

c. Régulation libérale du SAS : entre maintien de l'existant et mise en place de d'organisations nouvelles

Les projets diffèrent d'un territoire à l'autre en fonction de la nature des relations entre les acteurs (hospitaliers, libéraux, acteurs de 1^{er} et 2nd recours, etc.), de l'organisation de la régulation libérale et de son accès, de l'existence de CPTS, d'associations de PDSA et de régulateurs libéraux, de la préexistence de systèmes de coordination entre professionnels de santé et de logiciels de prise en charge des soins non-programmés.

Cela s'observe notamment par les modalités envisagées de l'organisation de la régulation libérale au sein des projets pilotes. En effet, pour certains projets il s'agit d'adjoindre une partie diurne à l'organisation préexistante, considérée comme efficiente. La régulation libérale étendue en journée est maintenue au sein des CRRA 15 du fait de la bonne entente entre les hospitaliers et les libéraux, de conditions de travail appréciées et de l'accès aux outils déjà en place. Dans le cadre d'un autre projet, la régulation libérale bien qu'elle reste localisée au

CRRA 15, s'en dissocie en partie grâce à la création d'un outil de régulation libérale propre (utilisé aussi bien en et hors horaires de PDSA) distinct de celui des régulateurs de l'AMU. Enfin, pour d'autres, la régulation libérale mise en place dans le cadre du SAS en journée est indépendante de la PDSA et de l'AMU, dans sa gouvernance et son organisation. Cela se traduit par la mise en place d'une régulation délocalisée en journée avec la création d'un numéro dédié. De manière générale, la majorité des projets pilotes envisagent de conserver les numéros préexistants d'accès à la régulation libérale, qu'il s'agisse du 15 ou de numéros dédiés à la PDSA. Lorsque la mise en place d'une plateforme dédiée est envisagée, elle est soumise à des moyens techniques supplémentaires (incluant une interconnexion avec le 15). Il sera intéressant de voir si ce point fera l'objet d'un arbitrage gouvernemental national dans le cadre de la généralisation du SAS ou s'il sera laissé à la discrétion de chaque territoire comme c'est le cas aujourd'hui.

3. Prises en charge en EHPAD et réalisation des actes médico-administratifs dans le cadre de la PDSA

3.1. La PDSA en EHPAD

a. Peu d'évolutions déclarées par les CDOM

Lieux d'hébergement et de résidence de personnes âgées fragiles et dépendantes, majoritairement sous-dotés en personnel médical, les EHPAD sont tout particulièrement confrontés à la problématique de la prise en charge des soins non-programmés en et hors horaires de PDSA.

En horaires de PDSA, les demandes de soins non-programmés des résidents sont souvent assimilées à la notion de visites dites incompressibles puisqu'il est communément admis qu'il est préférable de procéder à des visites à domicile plutôt qu'à l'acheminement de ces patients vers le point de consultation.

Il apparaît cependant que l'intervention des médecins de garde de la PDSA au sein des EHPAD n'est pas toujours évidente puisqu'elle suppose la mise à disposition de moyens (chariots de soins type notamment), la présence de personnels sur place en horaires de PDSA ainsi que l'accès au dossier médical des patients. Lorsqu'à l'absence de personnel soignant s'ajoute le manque d'informations disponibles, il devient très compliqué pour les médecins effecteurs d'assurer la bonne prise en charge du patient, ce qui peut conduire à une réticence de leur part à intervenir au sein de ces établissements.

En l'absence d'effection mobile et de prise en charge des visites incompressibles là où il existe des sites dédiés, le transport en ambulance vers le service des urgences le plus proche représente l'unique solution lorsque survient le besoin d'une prise en charge médicale non-programmée à moins qu'une organisation spécifique ne soit mise en place.

Face à l'importance de cette problématique soulignée par le CNOM depuis de nombreuses années, le constat de l'absence d'évolution significative de l'organisation de la PDS pour les résidents d'EHPAD reste le même.

En 2020, selon l'enquête menée auprès des CDOM, seuls 10 d'entre eux ont déclaré qu'une organisation spécifique avait été mise en place au sein de leur département (contre 9 en 2019). Cela prend notamment la forme de conventions passées entre EHPAD et associations de type SOS médecin (comme c'est le cas pour l'Isère, la Gironde, le Loiret ou l'Essonne) ou de dispositifs de téléconsultation en horaires de PDSA (c'est le cas en Meurthe-et-Moselle et dans

la Meuse). Le CDOM de la Meuse précise : « *Lorsqu'il existe une coordination efficace entre l'infirmier coordonateur, le médecin coordonateur, la gestion des recours non programmés peut se faire par télécommunication et dans certains EHPAD, la téléconsultation a atteint un rythme efficace et permet de solutionner pas mal de problèmes pour des urgences ressenties. De plus, il y a la possibilité d'adresser au pharmacien de garde une ordonnance après régulation médicale PDSA grâce au logiciel spécifique de régulation* ».

b. Des expérimentations locales développées en contexte de crise épidémique

Dans le cadre de la crise sanitaire Covid19, le Samu 94, le CDOM et la faculté de santé de Créteil ont créé une cellule dédiée aux EHPAD, accessible via une ligne spécialisée du Samu-centre 15, offrant 24 heures sur 24 l'accès à une expertise gériatrique et à des conseils divers. Au niveau de l'Ile-de-France, 28 astreintes gériatriques et une garde de nuit régionale reliées à 8 SAMU ont été mises en place au total.

Parmi les difficultés rencontrées lors des appels dans le Val-de-Marne⁴², le manque d'informations disponibles est souligné, qu'il s'agisse de l'accès au dossier médical la nuit (malgré l'existence du dossier de liaison d'urgence en EHPAD) ou à l'absence de directives anticipées. A un niveau plus général, le manque de personnel médical est également mentionné : « *le ratio personnels/résidents, ainsi que la qualification des personnels de nuit (majorité des établissements sans infirmier de nuit), mérite d'être largement réévalué et a obligé les EHPAD à faire preuve d'un dévouement et d'un esprit d'initiative, voire de débrouillardise en tout point remarquable* ». L'accès à l'information et la présence de personnel médical à tout heure apparaissent ainsi comme les conditions fondamentales de la bonne prise en charge des résidents comme ont pu en témoigner les médecins d'astreinte du dispositif qui rapportent : « *combien il était difficile de réguler et de prendre une décision sans avoir accès au patient lui-même ou à son dossier et devant composer avec un interlocuteur non habilité à mettre en place une médication de soins palliatifs par exemple (présence d'un aide-soignant la nuit)* ».

Pour parer à l'absence d'accès au dossier médical, l'ARS d'Ile-de-France a expérimenté un dossier de transmission informatisé entre les EHPAD et les astreintes gériatriques mises en place (« Filgeria »). A chaque appel, l'expert (astreinte gériatrique ou SAMU), peut alimenter un dossier partagé qui contient une fiche de liaison en ligne pour chaque résident de l'EHPAD concerné permettant d'assurer une meilleure continuité des transmissions entre l'EHPAD et les différents intervenants.

A noter également que suite à l'expérimentation mise en place pour les EHPAD dans le Val-de-Marne, un groupe de travail a été constitué pour mener un travail prospectif sur l'aide aux prises de décisions en urgence et à la régulation grâce à la mise en place du dossier éthique à quatre niveaux de soins, à la formation à la télé médecine en EHPAD avec utilisation des tablettes fournies par les ARS et à l'évaluation d'une faisabilité en urgence, la nuit avec le personnel en place, à l'accès à des éléments du dossier du résident et à l'appui aux projets des ARS favorisant l'arrivée d'infirmières de nuit. Le groupe de travail se donne également pour objectif de favoriser l'articulation entre les différents acteurs et le partage de procédures.

⁴² C. Bertrand, M. Laurent, E. Lecarpentier, *Aide médicale urgente – établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes : retour d'expérience d'une organisation innovante pendant la crise Covid-19*, Ann. Fr. Med. Urgence, Août 2020.

c. Des mesures dérogatoires de rémunération pour les consultations en EHPAD dans le cadre de la crise sanitaire

Afin de faciliter et d'accompagner le renfort apporté par les médecins libéraux et les médecins salariés exerçant en centre de santé auprès du personnel des EHPAD, un certain nombre de mesures financières ont été mises en place et ont été prolongées jusqu'à la fin du nouvel état d'urgence sanitaire⁴³. Certaines de ces mesures couvrent les plages horaires de la PDSA et peuvent permettre la réalisation de gardes en EHPAD sur des secteurs non couverts par le dispositif de PDSA ainsi que le renforcement du dispositif existant sur les secteurs préalablement couverts :

- Les médecins sont autorisés à facturer à titre dérogatoire la majoration d'urgence (MU), dans le cadre de la rémunération à l'acte, pour chaque visite réalisée au sein d'un EHPAD. Différentes majorations sont prévues selon que l'intervention est réalisée de jour, de nuit, en soirée et matinée et les dimanches et jours fériés⁴⁴. Ils peuvent également facturer une majoration de déplacement et percevoir des indemnités horokilométriques.
- La mise en place par les ARS d'une astreinte « personnes âgées », joignable par téléphone et par mail de 8h à 19h en semaine et les week-ends est également prévue⁴⁵. Elle doit représenter une expertise gériatrique au service des médecins traitants et des médecins coordonnateurs d'EHPAD pour les avis et décisions relatifs à l'hospitalisation des résidents.

d. Retours d'expériences sur l'astreinte d'infirmiers mutualisée la nuit et le week-end entre EHPAD

Le dispositif expérimental Paerpa 2013-2019 (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), mis en place par le ministère des Affaires sociales et de la Santé⁴⁶ sur 18 territoires pilotes a fait l'objet d'un bilan en 2020⁴⁷. Dans l'attente d'une décision quant à sa généralisation ou non, son financement a été reconduit pour une année supplémentaire. Le Paerpa intégrait notamment la mise en œuvre de l'astreinte d'infirmiers (IDE) mutualisée la nuit, le soir et le week-end entre plusieurs EHPAD. Ce dispositif devait permettre d'éviter les hospitalisations en urgences inutiles induites par l'absence de personnel médical et de repousser le recours au médecin traitant, médecin de garde, SOS médecin et centre 15.

Arrivé au terme du programme Paerpa, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) a publié les retours d'expériences de 6 territoires ayant mis en place le dispositif d'astreinte ou garde d'IDE de nuit mutualisée en

⁴³ Ministère des solidarités et de la santé, *Fiche Professionnels de santé en ville : propositions concernant l'appui des professionnels de santé de ville aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, Avril 2020.

⁴⁴ La majoration d'urgence s'élève à 22,60€ en journée ainsi que les dimanches et jours fériés ; à 38,50€ de 20h à minuit et de 6h à 8h ; à 43,50€ de minuit à 6h.

⁴⁵ Le mécanisme forfaitaire de la réquisition pourra être utilisé pour la rémunération de ces professionnels de ville participant à l'astreinte (voir décret n° 2020-337 du 26 mars 2020).

⁴⁶ Le programme a été lancé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et renforcé dans le Pacte Territoire Santé 2 (second volet du plan de lutte contre les déserts médicaux) et a pour objectif de faciliter le parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans.

⁴⁷ Ministère des solidarités et de la santé, *Expérimentation Paerpa 2013-2019 – Bilan et perspectives du parcours des aînés*, Dossier de presse, 10 juillet 2020.

EHPAD⁴⁸ (Basse-Corrèze, Bordeaux, Hautes-Pyrénées, Mayenne, Paris – 9^e, 10^e et 19^e arrondissements – et Valenciennais-Quercitain). Cette publication présente les différents modèles organisationnels mis en place, leurs avantages et inconvénients respectifs, propose des clefs d'analyse pour les acteurs qui souhaiteraient mettre en place un tel dispositif et offre des outils téléchargeables. Cette synthèse fait également état des bénéfices unanimement constatés par les acteurs de terrain, malgré les obstacles rencontrés lors du déploiement et du fonctionnement du dispositif :

- La sécurisation des équipes de nuit : « *Même lorsque le dispositif est peu sollicité, son existence rassure les équipes qui se trouvent « moins démunies » la nuit. De plus, le fait de pouvoir contacter un infirmier la nuit par téléphone constitue une aide à la décision pour les équipes de nuit. Elles peuvent solliciter l'avis de l'infirmier pour savoir si ce dernier doit intervenir, s'il vaut mieux recourir au 15 ou attendre l'arrivée de l'infirmier de jour* ».
- L'amélioration des relations avec le SAMU : « *Avant la mise en place du dispositif, la plupart des EHPAD avait recours à la régulation du SAMU lorsqu'une urgence survenait la nuit, quel que soit le degré de gravité. Les équipes de nuit étaient souvent mal accueillies par les médecins régulateurs qui jugeaient leur sollicitation inappropriée tout en ignorant le plus souvent le fait que les EHPAD n'étaient dotés d'aucune présence médicale la nuit. L'arrivée de l'infirmier de nuit a eu, sur de nombreux territoires, un effet d'apaisement des relations entre les EHPAD et le SAMU la nuit. Ce dernier est désormais sollicité pour des urgences « véritables », et parfois par des infirmiers de nuit qui sont davantage en capacité de lui communiquer des informations médicales pertinentes et nécessaires à sa prise de décision. Le dispositif contribue ainsi à un rapprochement entre l'hôpital et l'EHPAD* ».
- La diminution des hospitalisations de nuit en urgence, la prise en charge, dans le cas des gardes, des résidents nécessitant des soins techniques lourds ou spécifiques à la fin de vie.

3.2. Élaboration des certificats de décès

Le certificat de décès est un acte médico-administratif réalisé par un médecin et légalement indispensable pour permettre les démarches funéraires. Aucun texte n'impose de délai pour l'établissement de cet acte, cependant, les dispositions relatives à l'admission en chambre funéraire ou aux opérations de transport des corps vers un établissement de santé précisent qu'il ne peut excéder 24 heures.

Sila réalisation du certificat de décès ne fait normalement pas partie des missions des médecins de garde dans le cadre de la PDSA, 83% des CDOM ont toutefois déclaré qu'en horaires de PDSA elle reposait sur ces médecins pour tout ou partie du département en 2020 (contre 82% en 2019).

Sans résoudre la question de l'organisation de ces prises en charges, le décret n°2017-1002⁴⁹ du 11 mai 2017 et l'arrêté du 10 mai 2017⁵⁰ ont traité la question de son financement

⁴⁸ Anap, *Mutualisation d'IDE de nuit en EHPAD – Retours d'expérience des territoires Paerpa*, Mars 2019.

⁴⁹ Décret n° 2017-1002 relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient.

⁵⁰ Arrêté du 10 mai 2017 relatif au forfait afférent à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient.

en fixant à 100€ le montant du forfait en horaires de PDSA ainsi qu'hors horaires de PDSA pour les zones officiellement désignées comme fragiles en termes d'offre de soins⁵¹.

Malgré cette mesure, la réalisation des certificats de décès demeurait encore problématique pour 56% des CDOM au sein des départements où elle était prise en charge pour tout ou partie sur le médecin de garde de la PDSA. On constate cependant une amélioration puisque c'était le cas pour 67% des départements en 2019 (soit 9% de moins).

Une organisation mieux cadrée, comme c'est déjà le cas dans plusieurs départements, permettrait certainement de résoudre cette problématique (inscription au cahier des charges, gardes dédiées, prise en charge avant ou après les gardes postées). L'intégration de ces prises en charge dans l'organisation de la PDSA n'est cependant pas systématique et peut se traduire de diverses manières lorsque c'est le cas. La création d'une liste de médecins volontaires pour la réalisation des certificats de décès est une des solutions mise en place, comme cela a pu être observé dans les départements de l'Hérault, du Cantal ou du Val-de-Marne ou encore dans la Creuse où il s'agit d'une liste de médecins retraités. En Martinique, une association s'est vu attribuer la prise en charge de ces actes en horaires de PDSA sur l'ensemble du territoire (ce point a d'ailleurs été intégré au nouveau cahier des charges régional) et bénéficie d'une astreinte spécifique financée par l'ARS. C'est également le cas en Guyane où une astreinte spécifique associée à un forfait de 240€ financé par l'ARS est en place. À noter également que certains cahiers des charges intègrent explicitement cet acte dans les missions du médecin de garde, c'est notamment le cas pour la région Bretagne où il fait partie des visites dites incompressibles. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur l'intègre au regard du décret précité tout en précisant qu'en EHPAD sa réalisation reste sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Le cahier des charges de la région Normandie mentionne également ce point en précisant toutefois que « *la rédaction des actes médicaux-administratifs n'est pas un sujet spécifique à la PDSA et qu'il n'appartient pas à la seule médecine de ville d'y répondre* », ainsi, en horaires de PDSA il est précisé qu'il n'est pas nécessaire que le médecin figure sur le tableau des gardes pour prendre en charge ce type d'acte. Dans le cadre de la crise sanitaire survenue en 2020, deux CDOM ont déclaré qu'un dispositif spécifique avait été mis en place au sein de leur département : en Seine-et-Marne avec la création d'une plage dédiée à la réalisation des certificats de décès les week-ends et dans le Val-d'Oise où une liste d'astreinte a été créée.

Par ailleurs, l'article 12 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a porté modification de l'article L2223-42 du code général des collectivités territoriales concernant l'établissement des certificats de décès. Comme attendu, le décret n°2020-446 du 18 avril 2020 a précisé les éléments favorisant la prise en charge de la réalisation des certificats de décès par les médecins retraités non exerçants. Il établit notamment que le conseil départemental délivre une autorisation à ces derniers s'ils en ont fait la demande après s'être assuré de leur capacité et dresse une liste des médecins tenue à disposition des confrères en activité et du SAMU. Il s'agit ici d'une nouvelle mission confiée aux conseils départementaux par les pouvoirs publics, confortés dans leur rôle en proximité des médecins. Le CNOM avait, par ailleurs, insisté sur les questions d'assurance en RCP et de prise en charge des cotisations sociales qui freinaient la participation des médecins retraités non exerçants. Sur ce point le décret n'apporte pas de précisions malgré les demandes et propositions émises dès le début de la concertation. Le

⁵¹ Par arrêté du directeur général de l'ARS.

CNOM a adressé à ce jour quatre courriers au Ministère des Solidarités et de la Santé restés sans réponse.

3.3. Examen des gardés à vue

À l'instar de la réalisation des certificats de décès, l'examen des gardés à vue représente une zone de flou dans l'organisation de la PDSA.

Résultant de l'exercice d'un droit et non d'une nécessité thérapeutique, le ministère de la Justice, a affirmé qu'à ce titre, il ne devait pas reposer sur l'organisation de la PDSA car il risquerait de fragiliser davantage les secteurs à faible démographie médicale où la PDSA relève d'un équilibre précaire⁵².

La réforme de 2010⁵³ issue du schéma d'organisation de la médecine légale proposait de confier la pratique de ces actes aux Unités médico-judiciaires (UMJ). Le maillage territorial de ces unités rattachées à des établissements publics de santé aurait dû conduire, à compter de janvier 2011, à la mise en place d'un système de permanence permettant à des médecins légistes de se déplacer dans les commissariats et les gendarmeries pour réaliser les examens médicaux des gardés à vue.

En 2020, la prise en charge exclusive de ces examens par les UMJ était effective pour seulement 9 départements selon les CDOM répondants (c'est 2 de plus qu'en 2019), dont les Hauts-de-Seine, les Yvelines, la Vienne ou encore le Calvados. Il est cependant à noter que la prise en charge de ces examens par les UMJ est faite en commun avec d'autres acteurs (SAMU, urgences, médecins de garde) dans 18 départements.

Les circulaires issues de la réforme de 2010 précitée autorisent le recours à un réseau de proximité, à titre dérogatoire et encadré par une convention, soit aux jours et heures non ouvrables de l'UMJ, soit lorsque des circonstances particulières, telles que l'éloignement géographique ou les délais de transport, le rendent nécessaire. Cependant, comme le soulignait en 2015 le rapport d'information parlementaire sur l'organisation de la permanence des soins⁵⁴, ce qui devait être l'exception est, dans les faits, resté la norme dans de nombreux départements et, dans de nombreux cas, sans qu'une convention n'ait été établie.

Cela est confirmé par l'enquête menée auprès des CDOM qui ont déclaré qu'au cours de l'année 2020 l'examen des gardés à vue était assuré pour tout ou partie par les médecins de la PDSA pour 72% des départements. Selon les CDOM, le mode d'organisation en place a fait l'objet d'une convention pour seulement 19%⁵⁵ d'entre eux. C'est notamment le cas dans le Haut-Rhin où une convention a été établie entre une MMG et le service d'accueil des urgences (les médecins libéraux se chargent des examens des gardés à vue jusqu'à 23h et le service des urgences prends le relai en nuit profonde), dans le Territoire-de-Belfort où, dans la même idée, la convention établit que les médecins libéraux assurent les gardes à vue jusqu'à minuit et que l'hôpital prend la suite en nuit profonde. Dans les Alpes-Maritimes une convention a été passée entre l'association SOS médecins de Nice, la police et la maison d'arrêt ; en Corrèze elle a été établie entre le CDOM, le service d'ordre de police et la gendarmerie.

⁵² Direction des affaires criminelles et des grâces, 2009, *Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue*

⁵³ Circulaire NOR : JUSD1033099C et NOR : JUSD1033764C relatives à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale

⁵⁴ Assemblée Nationale, *Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins*, 2015.

⁵⁵ 55% « Non » et 26% « Ne sais pas ».

Ainsi, bien qu'il soit communément admis que l'examen du gardé à vue ne soit pas du ressort des médecins assurant la PDSA, l'absence d'organisation et de définition des rôles de chacun conduit généralement à un report par défaut de ces actes sur ces derniers au détriment des besoins en soins non programmés de la population.

Les UMJ, désignées par décret, se devant d'assurer ces prises en charge, semblent être les plus à même de les organiser sur les secteurs où elles ne sont pas en mesure d'intervenir, soit avec les hôpitaux de proximité, soit avec des médecins volontaires de la PDSA dans le cadre de conventions.

4. Rôle et activité des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins

Les CDOM ont un rôle important et consacrent une part significative de leurs moyens à l'organisation de la PDSA. Une majorité d'entre eux ont une commission spécialisée « PDS » et tous sont dotés d'un membre ordinal responsable de cette question (Président, Secrétaire général, etc.). Tant les élus que le personnel administratif des conseils départementaux consacrent une part considérable de leur temps à l'organisation de la PDS, à la tenue des réunions et assurent également un important travail d'information et de conciliation auprès des patients qui les sollicitent sur le fonctionnement du dispositif. Les CDOM ont pour principales missions de vérifier que les médecins volontaires sont en situation régulière d'exercice et de veiller à la complétude des tableaux de garde après avoir, si nécessaire, fait les démarches auprès des organisations représentatives.

En 2020, 42 CDOM avaient ainsi dû intervenir pour compléter les tableaux de garde. Membres à part entière des CODAMUPS, ils peuvent faire émerger des propositions d'amélioration du dispositif de PDSA, en lien avec les médecins, le Samu, l'ARS et l'Assurance maladie. En 2020, 30 CDOM ont ainsi déclaré avoir participé à des projets de mise en place du Service d'accès aux soins (SAS). Ils interviennent également en instruisant les plaintes relatives à la PDSA.

4.1. Tableau de garde

a. Élaboration

Selon l'organisation en place, les tableaux de garde de PDSA peuvent être élaborés par les responsables de secteurs, le CDOM, l'ADOPS ou l'AMRL ou encore de manière conjointe par le CDOM et l'ADOPS/AMRL. Il est important de préciser que les tableaux de gardes doivent être validés par les CDOM quelle que soit l'organisation choisie quant à leur élaboration.

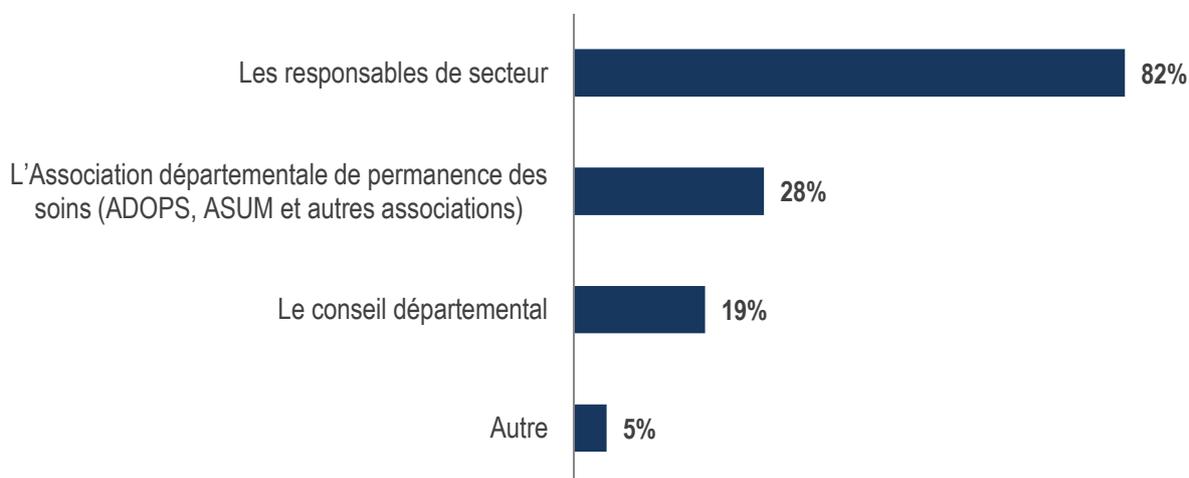
Pour l'effectif, les tableaux sont principalement élaborés par les responsables de secteurs (pour 82% des départements) et dans une moindre mesure par les associations départementales de PDS (ADOPS, ASUM, etc. pour 28%) pour être compilés et validés ensuite par les CDOM au niveau du département. Près d'un CDOM sur cinq participe à l'élaboration de ces tableaux, soit seul (pour 3 départements), soit en collaboration avec les responsables de secteurs et/ l'association départementale de PDS.

Concernant la régulation, les tableaux de garde sont majoritairement gérés par les associations de médecins régulateurs libéraux et/ou par les associations départementales de PDS : c'est le cas pour 93 départements. Les CDOM participent beaucoup moins à leur élaboration que pour l'effectif (dans seulement 2 départements en collaboration avec l'AMRL). Dans certains départements, l'élaboration des tableaux de garde de la régulation est

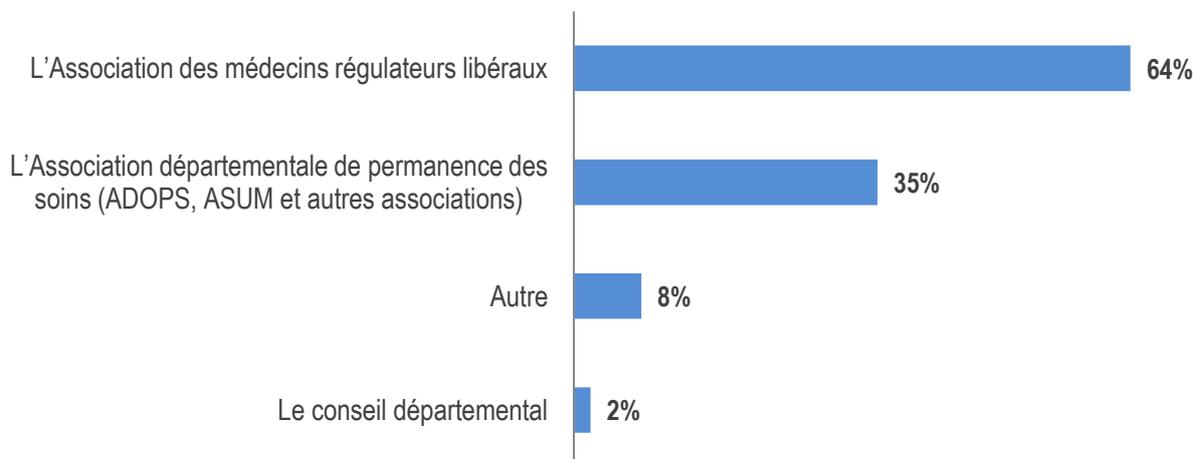
gérée, pour tout ou partie, par le centre hospitalier et le médecin coordonnateur du Centre 15 (c'est notamment le cas dans le Pas-de-Calais, en Lozère, en Martinique ou à Mayotte).

Graphique 20 – Élaboration des tableaux de garde d'effectif et de régulation en 2020

"Qui élabore le tableau de PDSA pour les médecins effecteurs ?"



"Qui élabore le tableau de PDSA pour les médecins régulateurs ?"



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2020.

b. Utilisation des logiciels Ordigard et P-Gard

Le CNOM a développé Ordigard, un logiciel de gestion des gardes, aujourd'hui largement diffusé. Ce logiciel est accessible par tous les acteurs de la PDSA (médecins effecteurs, régulateurs, responsables de secteurs, SAMU Centre 15, Conseil de l'ordre, ARS, CPAM, etc.), chacun disposant de droits d'accès personnalisés. Les médecins effecteurs et régulateurs peuvent, entre autre, consulter les tableaux de garde, modifier leur fiche personnelle, mettre en place des SMS de rappel de gardes. Ce logiciel est couplé au logiciel P-Gard, qui permet de réaliser des demandes de paiements d'astreintes de manière dématérialisée et en toute sécurité. Les gardes gérées par Ordigard sont adressées à P-Gard une fois consolidées puis validées par l'ARS. Le paiement est réalisé sous 5 jours ouvrés.

En 2020 comme en 2019, 95 départements utilisaient le logiciel de tableau de garde Ordigard créé par le CNOM. Aucune évolution à noter également concernant la connexion à P-Gard qui concerne toujours 91 départements en 2020.

Ainsi, en 2020, au total sur 101 départements :

- 95 départements utilisaient Ordigard ;
- 91 départements utilisaient Ordigard et P-Gard ;
- 6 départements n'utilisaient aucun de ces deux logiciels (le Calvados, la Loire-Atlantique, la Mayenne, la Seine-Maritime, la Guadeloupe et Mayotte).

4.2. Plaintes et courriers reçus

En 2020, 30 CDOM ont signalé des plaintes et des courriers provenant de médecins ou de patients concernant la PDSA (contre 43 en 2019).

Selon 11 CDOM, les plaintes ou courriers provenaient de patients. Ils portaient principalement sur une réponse du régulateur jugée insatisfaisante, sur la qualité de prise en charge, la formulation d'un mauvais diagnostic, le délai de réponse de la régulation, les honoraires ou sur l'attitude du médecin de garde.

Par ailleurs, 15 CDOM ont signalé des plaintes ou courriers en provenance de médecins régulateurs à l'encontre de médecins effecteurs pour cause d'indisponibilité (médecin non joignable ou carence) et de refus de déplacement.

Enfin, 7 CDOM ont signalé des plaintes ou courriers en provenance de médecins effecteurs vis-à-vis des médecins régulateurs au sujet de difficultés relationnelles et de prise en charge préconisée par le médecin régulateur jugée inadaptée.

Dans le rapport du Sou Médical publié en 2020 et reprenant les cas survenus en 2019, parmi les déclarations de sinistre des médecins généralistes sociétaires de la MACSF, on peut relever 4 cas relatif à la régulation médicale :

- « Appel du centre 15 pour douleur thoracique, consignes de prise d'antalgiques. Syndrome coronarien aigu. Décès » ;
- « Décès d'un patient de 24 ans par intoxication aux amphétamines. Le médecin régulateur avait décidé d'un transport par ambulance vers le service d'urgence » ;
- « Décès au 6e jour d'évolution d'un tableau évoquant un syndrome grippal. Appel au centre 15 la veille pour survenue de vomissements et diarrhées, sans signe de gravité. Pneumopathie invasive nécrosante à streptocoque pyogène » ;
- « Réclamation concernant les conseils inadaptés, prodigués lors d'un appel d'une parturiente présentant des symptômes évocateurs d'une pré éclampsie sévère. Hémorragie méningée dans le post partum précoce ».

4.3. Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins et participation des CPTS à l'organisation de la PDSA

a. Associations de PDSA

On ne peut évoquer le travail effectué par les CDOM sans mentionner la collaboration des Associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS ou ASSUM) ou encore des Associations de médecins régulateurs libéraux (AMRL).

Les ADOPS contribuent à l'organisation la PDSA au sein de leur département (coordination des tableaux de garde, lien avec l'Ordre) et sont composées de médecins participant à la PDSA qui peuvent, par ailleurs, avoir une activité en cabinet.

Selon l'enquête menée auprès des CDOM en 2020, 92 départements disposaient d'une association de permanence des soins (qu'il s'agisse d'une ADOPS/ASSUM ou d'une AMRL), soit quatre de plus qu'en 2019. Ces structures sont ainsi particulièrement développées sur le territoire et concourent grandement à l'organisation de la PDSA. Elles peuvent même être le socle de l'organisation de la PDS, comme c'est le cas au sein de la région Pays-de-la-Loire où leur rôle est central puisqu'elles se voient confier, par convention pluriannuelle la gestion opérationnelle du dispositif de PDSA, y compris son volet financier.

b. Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Instituées en 2016 par la loi de modernisation du système de santé, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont « *des formes souples d'organisation ouvertes aux professionnels de santé volontaires dans le but de créer des équipes de professionnels libéraux 'hors les murs' autour d'un projet de santé, selon une approche 'populationnelle'* »⁵⁶. Elles peuvent réunir des professionnels du premier ou du second recours, ainsi que des acteurs du secteur médico-social voire des acteurs hospitaliers. Elles se distinguent ainsi des centres ou maisons de santé qui offre un cadre d'exercice regroupé à l'échelle d'une patientèle.

En 2020, selon la Fédération nationale des CPTS, on en dénombrait 89 CPTS déjà en place et totalement opérantes sur le territoire (contrats ACI-CPTS signés). On dénombrait également 511 CPTS en cours de développement, à des stades d'avancement différents :

- 30 CPTS en négociation de l'ACI (projet de santé validé) ;
- 325 en phase de pré-projet ;
- 156 CPTS ayant validé la lettre d'intention et construisent leur projet de santé.

Selon les observations sur le fonctionnement et l'organisation des CPTS⁵⁷ il apparaît qu'elles sont hétérogènes dans leur organisation et dans les missions qu'elles se donnent. L'organisation de la PDSA peut en faire partie. Selon les CDOM, des CPTS en projet ou fonctionnelles jouaient ainsi un rôle dans l'organisation de la PDSA pour 16% des départements en 2020⁵⁸.

5. Permanence des soins ambulatoire spécialisée hors médecine générale

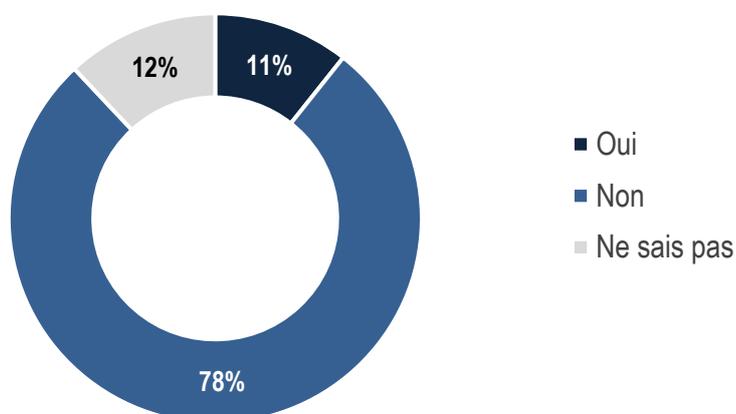
Selon les réponses des CDOM, les prises en charges ambulatoires spécialisées hors médecine générale sont encore minoritairement organisées en horaires de PDSA. En effet, en 2020 il existerait une PDS ambulatoire hors médecine générale pour 11% des départements (Cf. Graphique 21).

⁵⁶ Commission des affaires sociales, C. Deroche, V. Guillotin, M. Daudigny, *Organisation territoriale de santé : accompagner les dynamiques locales sans imposer des modèles uniformes*, Note de synthèse du Sénat, 2019.

⁵⁷ Cf. *Mission sur l'organisation territoriale de la santé*, Y. Daudigny, C. Deroche et V. Guillotin, mai 2019.

⁵⁸ « Non » pour 75% CDOM et « Ne sais pas » pour 10%.

Graphique 21 – Départements disposant d'une PDSA hors médecine générale



NB : le total est différent de 100% du fait de l'utilisation de valeurs arrondies

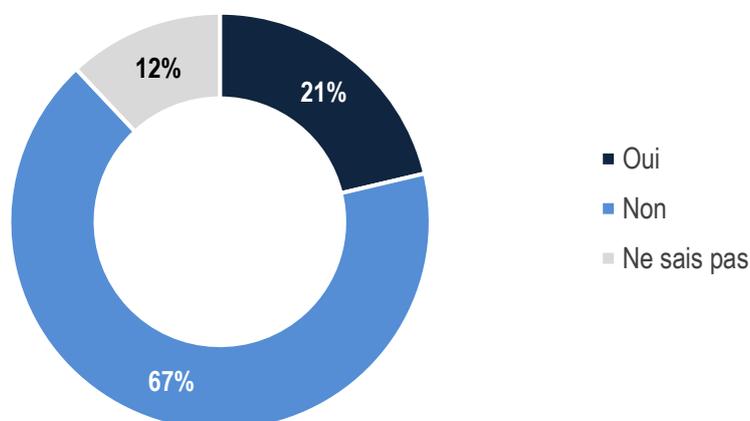
Source : CNOM, Enquête PDSA, 2020.

Lorsqu'elle est organisée, la PDS ambulatoire spécialisée ambulatoire concerne la pédiatrie (comme dans le Bas-Rhin, la Loire, l'Isère ou le Rhône), l'ophtalmologie (c'est le cas dans la Manche, le Morbihan ou en Charente), l'urologie (dans l'Isère, les Hautes-Alpes ou la Haute-Corse). Des départements ont également mentionné l'orthopédie ou les pathologies gynéco-obstétriques, URL et digestives.

6. Partenariat ville-hôpital

Il existe un partenariat et/ou une convention entre ADOPS, associations de type SOS médecin et services des urgences des hôpitaux pour 21% des départements, soit 4% de plus qu'en 2019 (Cf. Graphique 22).

Graphique 22 – Existence d'un partenariat et/ou d'une convention entre ADOPS, associations de type SOS médecin et services des urgences des hôpitaux pour faciliter l'accès aux soins aux horaires de PDS



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2020.

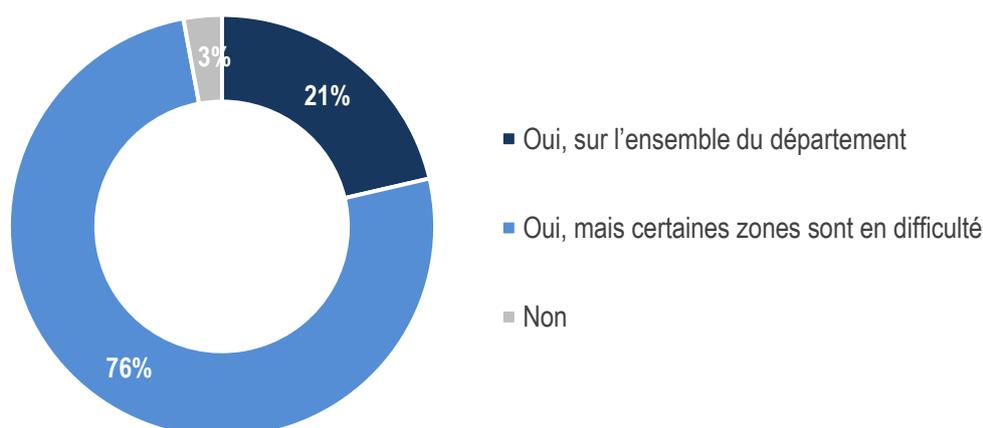
Ces conventions peuvent être établies entre les MMG et les services des urgences dans le cadre de la réorientation de patients, comme c'est le cas dans la Loire, en Guyane, dans le Jura, le Pas-de-Calais ou le Nord. Certaines délimitent le champ d'intervention de chacun des acteurs, hospitaliers et médecins de garde libéraux comme dans l'Aude, le Lot-et-Garonne ou en Dordogne.

7. Constats et perspectives

En 2020, 21% des CDOM considèrent que la PDS fonctionne bien sur l'ensemble de leur département, 76% considèrent que la PDS fonctionne globalement bien mais que certaines zones sont en difficulté et 3% qu'elle ne fonctionne pas (Cf. Graphique 23). On note une légère amélioration par rapport à l'année passée avec des chiffres qui s'établissaient respectivement à 22%, 70% et 9%.

Graphique 23 – Sentiment des CDOM sur le fonctionnement de la PDSA au sein de leur département

" Estimez-vous que la permanence des soins fonctionne bien dans votre département ? "



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2020.

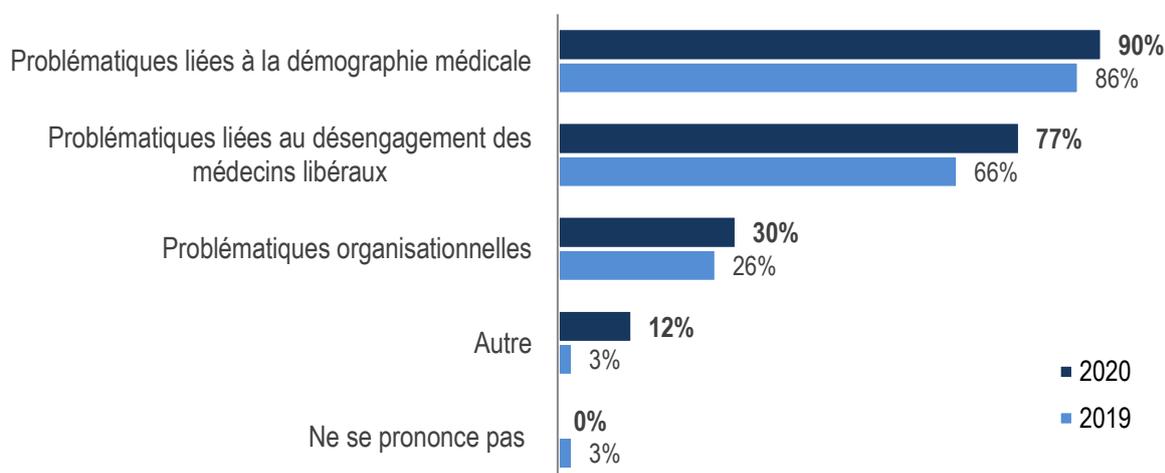
7.1. Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux

a. Causes de dysfonctionnement selon les CDOM

Le manque de médecins participants au dispositif apparaît comme la cause majoritairement évoquée par les 81 CDOM ayant déclaré que la PDSA connaissait des problèmes de fonctionnement pour tout ou partie de leur département, que cela soit lié à l'évolution de la démographie médicale (pour 90%) ou au désengagement des médecins libéraux (pour 77%). Les problématiques organisationnelles sont beaucoup moins évoquées comme causes de dysfonctionnements (à hauteur de 30%).

Graphique 24 – Causes des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2019 et 2020 (N = 80 et 81)

"Pour quelle(s) raison(s) estimez-vous que la permanence des soins ne fonctionne pas de manière optimale au sein de votre département ?"



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2019 et 2020.

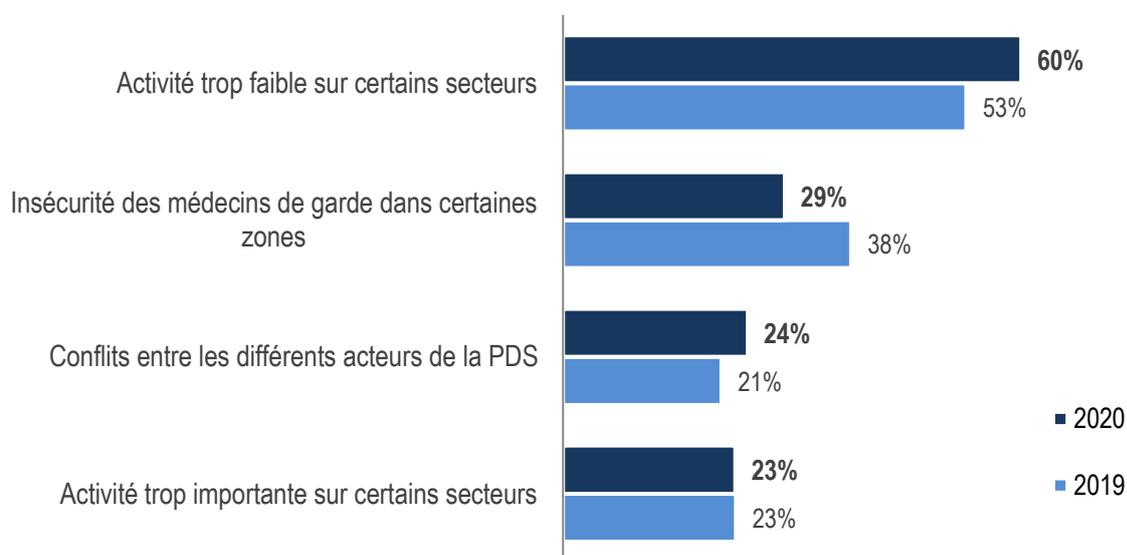
La démographie médicale, majoritairement identifiée comme facteur de fragilisation des organisations, tient à la faiblesse de la densité médicale (dans les zones rurales notamment) ainsi qu'au vieillissement des médecins en exercice.

La problématique de désengagement des médecins libéraux, désignée par 77% des CDOM, est sous-tendue selon eux par :

- Une activité trop faible dans certains secteurs les rendant peu attractifs (à 60%). Cela peut s'expliquer par une demande faible ou inexistante ou par une régulation « trop efficace » qui conduit à une diminution des actes réalisés sur le terrain comme cela a été soulevé en Eure-et-Loir ;
- Un problème d'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (à 29%) ;
- Les conflits entre les différents acteurs de la PDSA (à 24%) ;
- Une activité trop importante sur certains secteurs conduisant à une suractivité des médecins volontaires (à 23%).

Par ailleurs, certains CDOM ont évoqué la surcharge professionnelle hors horaires de PDSA, notamment liée à l'évolution de la démographie médicale (baisse du nombre de médecins en exercice et avancée en âge), qui conduit à l'épuisement des médecins et à leur désengagement progressif. Certains ont également fait mention d'un désintérêt de fait, lié au sentiment que « la garde ne sert à rien ». Enfin, selon certains CDOM les médecins se désengageraient du fait d'une rémunération trop faible de la garde. Un CDOM a par ailleurs témoigné d'un engagement principalement en faveur de la régulation, plus rémunératrice que les visites.

Graphique 25 – Causes du désengagement des médecins libéraux selon les CDOM en 2019 et 2020 (N = 53 et 62)

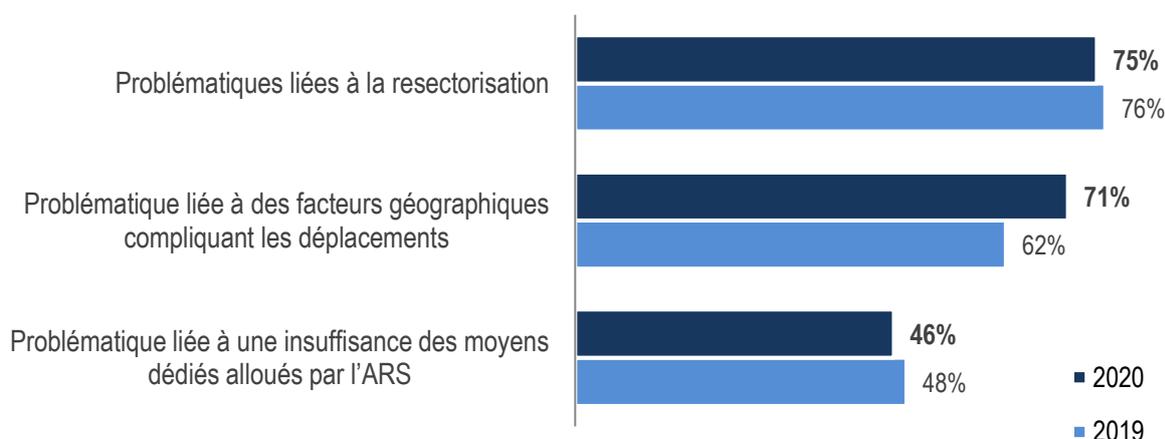


Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2019 et 2020.

Les problématiques organisationnelles, désignées par 30% des CDOM, s'expliqueraient par :

- Les resectorisations (à 75%). La réduction injustifiée du nombre de territoires conduisant à des secteurs de gardes qui ne sont plus à taille humaine, mettant à mal les médecins volontaires et compliquant l'accès aux soins ;
- Des facteurs géographiques compliquant les déplacements (à 71%) ;
- Une insuffisance de moyens dédiés à la PDSA alloués par l'ARS (à 46%).

Graphique 26 – Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2019 et 2020 (N = 21 et 24)



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2019 et 2020.

b. Difficultés générées par l'épidémie de Covid-19 en 2020

Selon les CDOM, l'épidémie a généré des difficultés organisationnelles et/ou opérationnelles de la PDSA pour 20% des départements.

L'épidémie aurait notamment conduit à une hausse de l'activité de régulation libérale liée à l'augmentation du nombre d'appels et à l'élargissement des plages horaires pour faire face au contexte épidémique. Certains services se sont retrouvés débordés et ont dû recruter des régulateurs rapidement comme en témoigne le CDOM de l'Aude : « *Il y a eu une période difficile au printemps, avec une régulation débordée. Le CDOM a répondu à l'appel à l'aide du Centre 15 et du SAMU en adressant un mail à l'ensemble des médecins généralistes audois pour leur demander de participer à la régulation COVID. Cet appel a bien fonctionné, les volontaires ont été formés par le SAMU. Plusieurs régulateurs PDS en titre ont aussi participé à ces renforts. Un médecin retraité est même devenu régulateur depuis. Ces renforts peuvent être réactivés si nécessaire* ». Ces situations ont également pu générer du stress pour les régulateurs, comme cela a été observé par le CDOM de la Meuse : « *Surchauffe du système entraînant un certain stress au travail du régulateur ayant à faire front également à une agressivité inhabituelle des usagers* ».

La création de filières dédiées COVID-19 a conduit au doublement des lignes d'effectif dans certains départements (pour éviter les contaminations dans les salles d'attente des MMG notamment) et à la nécessité de trouver rapidement de nouveaux volontaires. Cela a notamment été le cas pour le Maine-et-Loire et le Val-de-Marne.

Certains départements ont, quant-à-eux, souligné une baisse des prises en charges relevant de la PDSA, soit par désaffectation des patients non-Covid au sein des MMG (observée dans le Rhône), soit par une limitation des prises en charge comme dans l'Hérault ou dans les Alpes-Maritimes dont le CDOM a témoigné d'une « *affectation quasi exclusive des effecteurs médicaux à la pathologie Covid au détriment des pathologies classiques de la PDSA* ». Dans la Drôme, les MMG installées dans les centres hospitaliers ont été réquisitionnées par les services d'accueil des urgences pour la prise en charges des patients Covid-19.

Par ailleurs, le manque de moyens de protection disponibles pour les médecins de garde a également pu provoquer des difficultés dans le cadre de leur exercice comme cela a été souligné par les CDOM de la Réunion, du Val-de-Marne ou encore de l'Oise où les médecins volontaires ont menacé de faire grève.

Enfin, le CDOM du Lot a mentionné des difficultés relatives à la gestion des clusters en EHPAD et en maisons de retraites.

7.2. Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

Face à ces différents constats, les 80 CDOM ayant déclaré que la PDSA avait des problèmes de fonctionnement ou que certaines zones étaient en difficulté ont également été questionnés sur l'intérêt de certaines pistes d'amélioration (Cf. Graphique 27).

Concernant le problème de désengagement des médecins libéraux, les pistes d'améliorations désignées sont par ordre décroissant :

- La mise en place de mesures financières incitatives telles que l'élargissement de la défiscalisation à tous les territoires ou la valorisation de la rémunération des actes en visite (à 70%).
- Le renforcement de la participation des étudiants et médecins salariés à la PDSA (à 43%) ;
- La remise en question de la notion de volontariat (à 37%) ;

- La suppression des gardes sur certains créneaux horaires (à 37%) ;
- Le renforcement de la sécurité (à 30%).

Pour une amélioration du fonctionnement de la PDSA :

- Le développement des points fixes de consultation (à 33%) accompagné de la mise à disposition de transports dédiés pour que les patients non-mobilisables puissent s'y rendre (à 60%) ;
- Des actions de communication auprès du grand public pour une utilisation plus efficace du système ainsi qu'une communication institutionnelle à visée incitative auprès des médecins libéraux (à 43%) ;
- Une restructuration des secteurs de garde pour une organisation axée sur une mise en cohérence de la PDSA et des besoins constatés (à 22%) ;
- La mise en place d'aides à la création et au développement des ADOPS (à 14%).

Graphique 27 – Pistes d'amélioration désignées par les CDOM (N = 80 et 81)



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2019 et 2020.

IV. Conclusion

La crise sanitaire survenue en 2020 a provoqué un renforcement de la régulation libérale non observé les années précédentes. En dehors de ces changements organisationnels temporaires, les tendances de fonds se sont poursuivies en 2020 sans toutefois marquer de rupture.

Les axes d'amélioration de l'organisation de la PDSA restent donc les mêmes que les années précédentes : il semble important de favoriser une couverture complète des secteurs par la mise en place conjointe de sites dédiés, de dispositifs de transports des patients vers ces structures et d'effecteurs mobiles assurant la prise en charge des patients non-mobilisables. Si les deux premiers points ont fait l'objet d'annonces associées à des financements dédiés dans le cadre du Pacte de refondation des urgences, les engagements n'ont pas été tenus en 2020. La mise en œuvre effective de ces dispositifs doit avoir lieu, comme annoncé, pour permettre de réduire les inégalités infra-départementales d'accès à la PDSA.

Si des mesures temporaires de soutien aux prises en charges en EHPAD ont été mises en œuvre dans le cadre de la crise sanitaire, le constat répété du manque d'organisation de la PDSA dédiée à la prise en charge de cette population est malheureusement à réitérer en 2020. D'année en année les bilans alarmistes se succèdent tandis que la situation a tendance à s'aggraver avec la dépendance et la fragilisation toujours plus importante de cette population et l'insuffisance constatée de personnel médical et paramédical au sein des établissements. Face à une telle réalité, les constats ne peuvent plus suffire, il semble primordial de passer enfin aux actes.

En termes de perspectives, l'année 2020 laisse entrevoir des évolutions possibles de l'organisation de la PDSA.

La crise sanitaire a favorisé le développement des relations entre la ville et l'hôpital et l'usage de nouvelles technologies pour la prise en charge des patients. Il est possible d'imaginer que ces dynamiques se poursuivront une fois la crise terminée et favoriseront l'essor de nouvelles organisations et collaborations entre les professionnels de santé aussi bien en et en dehors du cadre de la PDSA.

Le déploiement progressif du service d'accès aux soins (SAS), initié en 2020 avec le lancement des 22 projets pilotes, peut également être un facteur d'évolution de l'organisation de la PDSA. Deux tendances peuvent être envisagées : l'intégration de la PDSA au SAS ou le déploiement de deux organisations distinctes de la réponse aux soins non-programmés. Dans ce deuxième cas, rien n'empêche que l'organisation de la PDSA profite des dispositifs développés par le SAS. La distinction de ces deux organisations pourrait permettre de repositionner la PDSA sur son périmètre strict : la réponse aux demandes de soins non-programmés en journée pourrait permettre d'alléger la pression exercée sur la PDSA en limitant le report des demandes de soins des patients qui n'auraient pas réussi à trouver une réponse médicale aux heures ouvrables des cabinets.

Enfin, le déploiement du SAS pourrait être l'occasion de mettre en place des actions de communication impulsées par les pouvoirs publics pour éviter les éventuels mésusages des dispositifs (SAS et PDSA). L'information des patients ne saurait uniquement reposer sur les médecins généralistes et devrait être initialement réalisée à un niveau plus large, une fois que la mise en place du SAS sera généralisée sur l'ensemble du territoire.

V. Index des illustrations

1. Index des tableaux

Tableau 1 – Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2019 et 2020	29
Tableau 2 – Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2020	31
Tableau 3 – Organisation de l'effectif en fonction du créneau horaire en 2020	34
Tableau 4 – Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effectif fixe et mobile en 2020	45

2. Index des graphiques

Graphique 1 – Évolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2017 et 2020	12
Graphique 2 – Changements organisationnels de la PDSA en % de départements concernés au cours de l'année 2020	13
Graphique 3 – Proportion de départements ayant connu des modifications de l'organisation de la PDSA liées à la crise sanitaire en 2020 ($N = 103$)	16
Graphique 4 – Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA en dehors des 3 régions pilotes ($N = 91$)	20
Graphique 5 - Proportions départementales en termes d'évolution de la part d'actes cotés non-régulés entre 2018 et 2019	24
Graphique 6 – Part des actes cotés régulés et non-régulés selon le créneau horaire en 2019	26
Graphique 7 – Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA en 2018, 2019 et 2020	27
Graphique 8 – Évolutions départementales du nombre de médecins participants à la régulation médicale entre 2019 et 2020 – Évolution d'ensemble et déclinaisons pour les médecins libéraux installés et les médecins retraités, salariés et remplaçants	28
Graphique 9 – Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire en 2019 et 2020	32
Graphique 10 – Répartition des actes de PDSA réalisés en 2019 selon le créneau horaire	33
Graphique 11 – Mise en place et modalités de l'effectif mobile par département en 2020	43
Graphique 12 – Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés ($N = 86$)	44
Graphique 13 – Avis des CDOM sur l'extension des horaires de PDS au samedi matin ($N = 55$)	48
Graphique 14 – Évolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2019 et 2020 ...	50
Graphique 15 – Territoires couverts par moins de 10 médecins volontaires et moins de 5 médecins volontaires sur l'ensemble des territoires de PDSA en journée les week-ends et jours fériés en 2019 et 2020	52
Graphique 16 – Part des médecins de garde femmes de 2018 à 2020	53
Graphique 17 – Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2020 selon la tranche d'âge	53
Graphique 18 – Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2020 selon le mode d'exercice	54
Graphique 19 – Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2020 selon le statut	55
Graphique 20 – Élaboration des tableaux de garde d'effectif et de régulation en 2020	66

Graphique 21 – Départements disposant d'une PDSA hors médecine générale	69
Graphique 22 – Existence d'un partenariat et/ou d'une convention entre ADOPS, associations de type SOS médecin et services des urgences des hôpitaux pour faciliter l'accès aux soins aux horaires de PDS	69
Graphique 23 – Sentiment des CDOM sur le fonctionnement de la PDSA au sein de leur département	70
Graphique 24 – Causes des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2019 et 2020 (<i>N = 80 et 81</i>).....	71
Graphique 25 – Causes du désengagement des médecins libéraux selon les CDOM en 2019 et 2020 (<i>N = 53 et 62</i>).....	72
Graphique 26 – Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2019 et 2020 (<i>N = 21 et 24</i>)	72
Graphique 27 – Pistes d'amélioration désignées par les CDOM (<i>N = 80 et 81</i>)	74

3. Index des cartographies

Cartographie 1 - Part des actes cotés non-régulés en 2018	25
Cartographie 2 - Taux de couverture des territoires de PDS les week-ends et jours fériés en 2019 .	34
Cartographie 3 - Taux de couverture des territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) en 2019	37
Cartographie 4 - Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde (de minuit à 8h) en 2019	38
Cartographie 5 - Taux de secteurs de PDS couverts par des sites dédiés en 2019.....	39
Cartographie 6 -Taux participation des médecins à la PDSA en 2019	51

VI. Sigles utilisés

ACORELI. Association comtoise de régulation libérale

ADOPS. Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins

AMRL. Association des médecins régulateurs libéraux

AMU. Aide médicale d'urgence

APPSUM. Association de praticiens pour la permanence des soins et des urgences médicales

ARM. Assistant de régulation médicale

ARS. Agence régionale de santé

CAPS. Centre d'accueil de permanence des soins

CDOM. Conseil départemental de l'ordre des médecins

CNAM. Caisse nationale de l'Assurance maladie

CNOM. Conseil national de l'ordre des médecins

CODAMUPS. Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

CPS. Carte professionnelle de santé

CPTS. Communauté professionnelle territoriale de santé

CRAA15. Centre de réception et de régulation des appels

CSMF. Confédération des syndicats médicaux français

DCIR. Datamart de consommation inter régime (données individuelles des bénéficiaires de l'Assurance maladie)

DGOS. Direction générale de l'offre de soins

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

EHPAD. Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FIR. Fonds d'intervention régional

HAS. Haute autorité de santé

IGA. Inspection générale de l'administration

IGAS. Inspection générale des affaires sociales

MCS. Médecin correspondant SAMU

MMG. Maison médicale de garde

MSP. Médecin sapeur-pompier

PDS. Permanence des soins

PDSA. Permanence des soins ambulatoires

PLFSS. Projet de loi de financement de la sécurité sociale

SAS. Service d'accès aux soins

SAMU. Service d'aide médicale urgente

SCP. Société civile professionnelle

SDIS. Services départementaux d'incendie et de secours

SEL. Société d'exercice libéral

SML. Syndicat des médecins libéraux

SMU. Service de médecine d'urgence

SMUR. Service mobile d'urgences et réanimation

SNIIRAM. Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

UMJ. Unité médico-judiciaire

URPS. Union régionale des professionnels de santé

VII. Annexes

Tableau du front de garde de régulation libérale réalisé à partir des cahiers des charges régionaux de la PDSA

	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine 20H-24H	Nuit 24H-8H
ILE-DE-FRANCE					
PARIS	0	2	2	4 (+2)	3
SEINE ET MARNE	0	2	2	2	2
YVELINES	0	3	2 à 4	2 à 3	2
ESSONNES	0	2 à 3	2 à 3	2	2
HAUTS-DE-SEINE	0	3	3	3 (+1)	2
SEINE-SAINT-DENIS	0	3	3	3	2
VAL-DE-MARNE	0	2 à 3	2 à 3	2 à 3	2
VAL D'OISE	0	2	2	2	2
Total Ile-de-France	0	19 à 21	18 à 22	20 à 22	17
NORMANDIE					
CALVADOS	1	2	2	2	2
EURE	1	1,5	1,5	1	1
MANCHE	1	1	1	1	0
ORNE	1	1	1	1	1
SEINE-MARITIME	2	4	4	2	1
Sous total Normandie	6	9,5	9,5	7	5
GRAND-EST					
ARDENNES	0	0	0	0	0
AUBE	0	1	1	1	0
MARNE	0	2*	3	1	1
	<i>Régulation libérale de 13h à 20h le samedi</i>				
HAUTE-MARNE	0	0	0	1	0
MEURTHE-ET-MOSELLE	0	2	2	1	0
MEUSE	0	1	1	0	0
MOSELLE	0	2 à 3	2 à 3	2	0
	<i>Régulation libérale de 13h à 24h le samedi</i>				
BAS-RHIN	0	2 à 3	2 à 4	2	0,5
	<i>Régulation libérale de 13h à 20h le samedi</i>				
HAUT-RHIN	0	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1*
	<i>4 nuits profondes sur 5 assurées par le C15 du Bas-Rhin</i>				
VOSGES	0	1	1 à 2	1	0
Total Grand-Est	0	12 à 15	13 à 18	10	1,5 à 2,5
CENTRE-VAL-DE-LOIRE					
CHER	1*	1	1	1	0
	<i>Régulation libérale assurée de 9h à 17h le dimanche ; régulation de 10h à 12h non effective le samedi matin</i>				
EURE-ET-LOIR	2	1	1 à 2	1	0
	<i>2 médecins les matins des jours fériés et ponts de 8h à 14h</i>				
INDRE	1*	1 à 2	1 à 2	1 à 2	0
	<i>Possibilité d'activer un 2ème poste sur les créneaux couverts en cas de forte activité ; Ligne de régulation libérale le samedi matin non officialisée dans le cahier des charges</i>				

	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine 20H-24H	Nuit 24H-8H
INDRE-ET-LOIRE	1	1	1	1	0
LOIR-ET-CHER	0	NC	NC	NC	0
LOIRET	1	1	1	1	0
Total Centre-Val-de-Loire	6	5 à 6	5 à 7	5 à 6	0
AUVERGNE-RHONE-ALPES					
AIN	2 à 3	2 à 3	2 à 4	2*	1 à 2*
	<i>Un régulateur salarié financé FIR de 8h à 19h en semaine, une ligne en semaine de 19h à 20h, 2 lignes en soirées de semaine de 20h à 23h, 1 ligne en nuit profonde de 23h à 7h et 2 lignes en nuit profonde de 7h à 8h les dimanches et jours fériés</i>				
ALLIER	1*	2	1 à 2	1	1
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine ; Régulation libérale du samedi matin non effective</i>				
ARDECHE	2	1 à 2	1 à 2	1	1
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine</i>				
CANTAL	1*	1	1*	1*	0
	<i>Un régulateur salarié par le CH financé FIR de 19h à 23h en semaine et de 20h à 23h les week-ends ; Régulation libérale du samedi matin non assurée</i>				
DRÔME	1	1	1	1 à 2*	1
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine, passage de 2 à 1 ligne à partir de 22h en soirée de semaine</i>				
ISERE	3 à 4	2 à 4	2 à 5	2 à 3	1 à 2
	<i>Régulateur de médecine générale salarié présent en journée la semaine; régulation libérale à partir de 18h en soirée de semaine</i>				
LOIRE	3	3	3	1 à 3	1
	<i>2 CRRA 15 au sein du département ; régulation libérale à partir de 18h en soirée de semaine ; régulateur salarié présent de 8h à 20h en semaine</i>				
HAUTE-LOIRE	0	1 à 2	1 à 2	1	0
PUY-DE-DÔME	2	3	3	2*	1
	<i>Un régulateur salarié en semaine de 8h à 20h ; 2 lignes de régulation libérales à partir de 19h en soirée de semaine</i>				
RHÔNE	4*	5	5	3 à 4	1 à 2
	<i>2 régulateurs salariés en semaine de 8h à 20h ; 1 à 2 lignes de régulation libérales à partir de 18h en soirée de semaine ; 3 médecins salariés autofinancés par les HCL le samedi matin</i>				
SAVOIE	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
	<i>Un régulateur libéral de 8h à 10h en semaine, et 1 à 2 lignes de 16h à 20h en semaine</i>				
HAUTE-SAVOIE	3	2 à 3	2 à 3	1 à 2	1 à 2
	<i>Une ligne de régulation libérale de 8h à 19h en semaine au mois de février</i>				
Total Auvergne-Rhône-Alpes	23 à 25	24 à 31	23 à 32	17 à 24	10 à 14
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR					
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	1*	1	1	1	1
	<i>Régulation libérale du samedi matin non effective</i>				
HAUTES-ALPES	1*	1*	1	1	1
	<i>Ligne de régulation libérale le samedi matin non officialisée dans le cahier des charges ; Une ligne de régulation de 14h à 20h le samedi après-midi</i>				
ALPES-MARITIMES	2	2	2	2	2
BOUCHES-DU-RHONE	1*	2 à 3	2 à 3	3	0 à 2*
	<i>Absence de régulation libérale en nuit profonde la semaine ; Régulation libérale du samedi matin non effective</i>				

	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine 20H-24H	Nuit 24H-8H
VAR	1	2	2	2	2
VAUCLUSE	1*	2	1 à 2	2	2
	<i>Régulation libérale du samedi matin non effective</i>				
Total Provence-Alpes-Côte d'Azur	7	10 à 11	9 à 11	11	8 à 10
BRETAGNE					
CÔTES D'ARMOR	1*	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
	<i>Ligne de régulation libérale le samedi matin non officialisée dans le cahier des charges</i>				
FINISTERE	0	2	1 à 2	1 à 2	1
ILLE ET VILAINE	0	2	2	2	2
MORBIHAN	0	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
Total Bretagne	1	6 à 8	5 à 8	5 à 8	5
OCCITANIE					
ARIEGE	0	1	1	0 à 1*	0
	<i>En soirée de semaine une ligne de régulation libérale de 20h à 23h le vendredi</i>				
AUDE	0	1	1 à 2	1	0
AVEYRON	0	1 à 2	1 à 2	1	1*
	<i>En nuit profonde régulation assurée par les médecins régulateurs du Tarn</i>				
GARD	0	2	1 à 2	1 à 2	1
HAUTE-GARONNE	0	3 à 5	3 à 6	3 à 4	2 à 3
GERS	0	1 à 2	0 à 2*	1	0
	<i>Absence de régulation libérale de 8h à 9h les dimanches et jours fériés</i>				
HERAULT	0	2 à 3	2 à 3	2 à 3	0 à 1*
	<i>Régulation libérale uniquement assurée de 00h à 1h en nuit profonde</i>				
LOT	0	1	1	1	0
LOZERE	0	0	0	0	0
HAUTES-PYRENEES	0	1	1	1	0
PYRENEES-ORIENTALES	0	1 à 2	1 à 2	1	1
TARN	0	2 à 3	1 à 3	1 à 2	1
TARN-ET-GARONNE	0	1 à 2	1 à 2	1	0
Total Occitanie	0	17 à 25	14 à 27	14 à 19	6 à 8
CORSE					
CORSE-DU-SUD	1	1	1	1	0
HAUTE-CORSE	1	1	1	1	0
Total Corse	2	2	2	2	0
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE					
CÔTE D'OR NIEVRE	2	2 à 3	2 à 3	2	1 à 2
	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée (AREMEL 21)</i>				
DOUBS JURA HAUTE-SAÔNE TERRITOIRE DE BELFORT	1	5 à 6	3 à 7	3 à 4	1 à 3
	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)</i>				
SAÔNE-ET-LOIRE	1	1	1 à 2	1	1
YONNE	0	1	1	1	1
Total Bourgogne-Franche-Comté	4	9 à 11	7 à 13	7 à 8	4 à 7

	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine 20H-24H	Nuit 24H-8H
PAYS-DE-LA-LOIRE					
LOIRE-ATLANTIQUE	0	9	8	4 à 5	3 à 4
MAINE-ET-LOIRE	0	7	10	2 à 4	1 à 2
MAYENNE	2*	2	2	1	1
	<i>Lignes du samedi matin non officialisées dans le cahier des charges</i>				
SARTHE	0	4	4	2	1
	<i>Régulation mutualisée avec l'Orne pour certains secteurs</i>				
VENDEE	0	4	7	2	2
Total Pays-de-la-Loire	2	26	31	11 à 14	8 à 10
NOUVELLE-AQUITAINE					
CHARENTE	1	1 à 2	1 à 3	1	1
CHARENTE-MARITIME	2	2 à 3	1 à 3	1 à 2	1
	<i>Vacances scolaires : 3 lignes de régulation libérale de 8h à 14h et 2 lignes de 20h à 00h</i>				
CORREZE	1	1 à 2	1 à 2	1	1
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i>				
CREUSE	1	1	1	1	0
DORDOGNE	0	1 à 3	1 à 3	1	0
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i>				
GIRONDE	3	2 à 4	2 à 4	1 à 3	1 à 2
	<i>Une à 3 lignes de régulation libérale en journée la semaine de 8h à 20h</i>				
LANDES	2 à 3	2 à 3	1 à 4	1	0 à 1*
	<i>Régulation libérale à partir de 18h en soirée de semaine ; Régulation en nuit profonde assurée en semaine et élargie les week-ends et jours fériés lors des férias</i>				
LOT-ET-GARONNE	2	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1*
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine ; Régulation en nuit profonde assurée les week-ends et jours fériés uniquement</i>				
PYRENEES-ATLANTIQUES	2	2 à 4	2 à 4	2	0 à 1*
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine ; Une ligne de régulation libérale assurée en nuit profonde uniquement les 5 samedis de férias de Bayonne</i>				
DEUX-SEVRES	1	1	1 à 2	1	1
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i>				
VIENNE	1	1 à 2	1 à 5	1	1
HAUTE-VIENNE	1	1 à 2	1 à 2	1	1
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i>				
Total Nouvelle-Aquitaine	17 à 18	16 à 29	14 à 35	13 à 16	7 à 12
HAUTS-DE-FRANCE					
AISNE	0	1	1 à 2	1	0 à 1*
	<i>En nuit profonde régulation libérale assurée de 00h à 2h en semaine et de 00h à 8h les dimanches et jours fériés</i>				
NORD	0	5 à 7	5 à 7	3 à 4	1
OISE	0	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1*
	<i>En nuit profonde régulation libérale assurée de 00h à 2h en semaine et le samedi de 00h à 8h les week-ends et jours fériés</i>				

	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine 20H-24H	Nuit 24H-8H
PAS-DE-CALAIS	0	3 à 5	2 à 4	3	1
SOMME	0	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1*
<i>En nuit profonde régulation libérale assurée de 2h à 8h en semaine</i>					
Total Hauts-de-France	0	11 à 17	10 à 17	9 à 10	2 à 5
MARTINIQUE	3	3	3	1	0
GUADELOUPE	1	1	1	1	1
MAYOTTE	0	0	0	0	0
GUYANE	0	0	0	0	0
LA REUNION	0	2	2	2	1
FRANCE ENTIERE	72 à 75	172,5 à 217,5	166,5 à 239,5	135 à 161	75,5 à 97,5

Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA

Départements	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2018	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2019	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2020	Évolution 2019 - 2020
01 - Ain	69%	70%	67%	-3%
02 - Aisne	65%	62%	55%	-6%
03 - Allier	–	71%	73%	+1%
04 - Alpes de Hautes-Provence	47%	47%	58%	+11%
05 - Hautes-Alpes	50%	52%	50%	-2%
06 - Alpes-Maritimes	14%	15%	15%	0%
07 - Ardèche	64%	63%	66%	+4%
08 - Ardennes	74%	75%	80%	+5%
09 - Ariège	–	47%	44%	-2%
10 - Aube	72%	75%	73%	-2%
12 - Aveyron	70%	72%	73%	+1%
13 - Bouches-du-Rhône	25%	24%	25%	+1%
15 - Cantal	63%	57%	62%	+5%
16 - Charente	75%	75%	71%	-4%
17 - Charente-Maritime	44%	39%	33%	-6%
18 - Cher	55%	54%	55%	+1%
19 - Corrèze	71%	68%	69%	+1%
21 - Côte-d'Or	23%	26%	27%	+1%
22 - Côtes d'Armor	47%	46%	47%	+1%
23 - Creuse	–	–	74%	–
24 - Dordogne	77%	77%	74%	-3%
25 - Doubs	47%	46%	51%	+5%
26 - Drôme	36%	39%	54%	+15%
27 - Eure	–	58%	59%	+1%
28 - Eure-et-Loir	71%	72%	72%	0%
29 - Finistère	38%	39%	37%	-2%
30 - Gard	36%	36%	35%	-1%

31 - Haute-Garonne	44%	44%	47%	+3%
32 - Gers	77%	77%	72%	-5%
33 - Gironde	55%	53%	53%	+1%
34 - Hérault	32%	29%	29%	0%
35 - Ille-et-Vilaine	37%	36%	29%	-7%
36 - Indre	53%	53%	52%	0%
37 - Indre-et-Loire	27%	27%	29%	+2%
38 - Isère	40%	40%	39%	-1%
39 - Jura	67%	63%	66%	+3%
40 - Landes	61%	62%	62%	0%
41 - Loir-et-Cher	54%	51%	61%	+10%
42 - Loire	56%	54%	54%	0%
43 - Haute-Loire	71%	71%	72%	+1%
45 - Loiret	57%	56%	56%	+1%
46 - Lot	76%	77%	79%	+1%
47 - Lot-et-Garonne	71%	73%	72%	-2%
48 - Lozère	–	–	72%	–
50 - Manche	56%	59%	58%	0%
51 - Marne	58%	58%	62%	+4%
52 - Haute-Marne	–	63%	67%	+4%
54 - Meurthe-et-Moselle	24%	24%	23%	-2%
55 - Meuse	76%	75%	75%	0%
56 - Morbihan	52%	49%	50%	+1%
57 - Moselle	41%	33%	33%	+1%
58 - Nièvre	–	64%	63%	-2%
59 - Nord	31%	33%	33%	0%
60 - Oise	31%	31%	31%	0%
61 - Orne	–	55%	60%	+5%
62 - Pas-de-Calais	70%	65%	64%	0%
63 - Puy-de-Dôme	33%	35%	37%	+2%
64 - Pyrénées-Atlantiques	41%	43%	41%	-2%
65 - Hautes-Pyrénées	67%	65%	63%	-2%
66 - Pyrénées-Orientales	–	39%	38%	-1%
67 - Bas-Rhin	31%	29%	27%	-2%
68 - Haut-Rhin	–	–	49%	–
69 - Rhône	42%	42%	43%	+1%
70 - Haute-Saône	70%	69%	67%	-2%
71 - Saône-et-Loire	60%	64%	62%	-2%
72 - Sarthe	–	52%	54%	+2%
73 - Savoie	65%	66%	62%	-4%
74 - Haute-Savoie	61%	62%	62%	+1%
75 - Paris	5%	5%	6%	+1%
77 - Seine-et-Marne	9%	8%	9%	+1%
78 - Yvelines	43%	40%	37%	-3%
79 - Deux-Sèvres	78%	77%	76%	0%
80 - Somme	50%	52%	53%	+1%

81 - Tarn	67%	71%	70%	-1%
82 - Tarn-et-Garonne	75%	71%	69%	-2%
83 - Var	11%	14%	14%	0%
84 - Vaucluse	50%	51%	51%	+1%
86 - Vienne	66%	67%	69%	+3%
87 - Haute-Vienne	47%	47%	45%	-2%
88 - Vosges	83%	82%	81%	-1%
89 - Yonne	–	14%	18%	+3%
90 - Territoire-de-Belfort	53%	71%	69%	-1%
91 - Essonne	4%	15%	19%	+5%
92 - Hauts-de-Seine	13%	13%	13%	0%
93 - Seine-Saint-Denis	15%	16%	16%	0%
94 - Val-de-Marne	39%	37%	35%	-2%
95 - Val-d'Oise	11%	12%	15%	+3%
2A - Corse-du-Sud	25%	35%	36%	+1%
2B - Haute-Corse	28%	25%	24%	-1%
972 - Martinique	29%	25%	23%	-1%
974 - La Réunion	–	10%	12%	+1%
France entière	38,9 %	38,8%	39,3%	+0,5%

Questionnaire PDSA 2020 soumis aux CDOM

QUESTIONNAIRE - ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2020

Département :

Les évolutions du cahier des charges régional de la permanence des soins et de sa déclinaison départementale

Modification de l'organisation de la PDS en 2020

1. Quelles modifications de l'organisation de la PDS votre département a-t-il connu en 2020 (en relation ou non avec l'épidémie de COVID19) ?

Plusieurs réponses possibles

- Modification des plages horaires de PDS
- Resectorisation(s)
- Fermeture de site(s) dédié(s)
- Ouverture de site(s) dédié(s)
- Modification des forfaits d'astreinte d'effectif
- Modification des forfaits d'astreinte de régulation
- Augmentation du nombre de régulateurs
- Autre, précisez :
- Le département n'a connu aucune modification de la PDSA en 2020

a. Les modifications de l'organisation de la PDS en 2020 ont-elles fait l'objet d'une révision ou d'un avenant au cahier des charges par arrêté de l'ARS ?

Question conditionnelle, ne pas présenter si « Le département n'a connu aucune modification de la PDSA en 2020 » à 1.

- Oui
- Non
- Ne sais pas*

**Si c'est le cas vous avez normalement dû être associé à ces modifications et avoir reçu l'avenant ou le nouveau cahier des charges (si ce n'est pas le cas rapprochez-vous de votre DT ARS pour vous procurer ces éléments).*

b. En 2020, votre conseil départemental a-t-il été associé par l'ARS à l'évolution de l'organisation de la PDS ?

Question conditionnelle, ne pas présenter si « Le département n'a connu aucune modification de la PDSA en 2020 » à 1.

- Oui
- Non

b.1. Sur quels sujets et pour quels résultats ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » à b.

.....
.....

2. L'organisation de la PDS telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges et ses avenants, est-elle réellement mise en œuvre dans votre département ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a. Si non pourquoi ? En quoi est-elle différente de l'organisation inscrite dans le cahier des charges ?

Question conditionnelle, uniquement si « non » à 2.

.....
.....
.....

La permanence des soins sur le terrain en 2020

L'organisation de la régulation médicale

3. De quelle organisation dépend la régulation de la permanence des soins ambulatoire au sein de votre département ?

- D'une organisation exclusivement départementale
- D'une organisation interdépartementale
- D'une organisation régionale
- Autre, précisez :

4. Via quel(s) numéro(s) la régulation médicale de la PDS est-elle accessible dans votre département ?

Plusieurs réponses possibles

- Le 15
- Le 116 – 117 (*s'il aboutit à un dispositif de régulation propre en dehors d'un rebasculement vers le 15*)
- Un numéro d'association de type SOS Médecins
- Un numéro départemental ou régional spécifique
- Autre, précisez :

5. Êtes-vous favorable à un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA (qu'il s'agisse du 116-117, d'un numéro unique dans le cadre de la mise en place du Système d'accès aux soins (SAS) ou d'un numéro départemental ou régional) ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

a. Pourquoi ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » ou « non » en 5.

La participation des médecins à la régulation médicale

6. Combien de médecins libéraux installés en activité régulière participent à la régulation libérale ?

Dans le cadre d'une organisation interdépartementale ou régionale, ne comptabiliser que les médecins du département.

7. A part les médecins libéraux installés, combien de retraités, salariés, remplaçants participent à la régulation libérale des appels de la PDSA ?

Dans le cadre d'une organisation interdépartementale ou régionale, ne comptabiliser que les médecins du département.

8. La régulation déportée (depuis le domicile ou le cabinet du médecin) est-elle en pratique utilisée par des régulateurs libéraux ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

L'effectif fixe sur sites dédiés et identifiés par le cahier des charges comme assurant la PDS

9. Existe-t-il au sein de votre département des sites dédiés identifiés comme assurant la PDS dans le cahier des charges (MMG, CAPS, centres de consultation SOS Médecins, etc.) ?

- Oui
- Non

a. Combien existe-t-il de sites dédiés au sein de votre département ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » coché en 9.

b. Combien de territoires de PDS les sites dédiés couvrent-ils au sein de votre département ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » coché en 9.

c. Les patients peuvent-ils, dans la pratique, accéder aux sites dédiés sans régulation médicale préalable ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » coché en 9.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

d. Existe-t-il des systèmes dédiés permettant d'acheminer vers l'effecteur fixe en horaire de PDSA des patients mobilisables ne disposant pas d'un moyen de transport ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » coché en 9.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

d.1. Si oui, lesquels ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en d.

d.2. Ce système de transport dédié est-il opérationnel dans tous les secteurs disposant d'un site dédié ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en d.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

e. Existe-t-il des dispositifs de prise en charge des visites dites incompressibles au sein des secteurs couverts par des sites dédiés ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 9.

Les visites dites « incompressibles » correspondent aux situations où les patients sont dans l'incapacité de se déplacer et pour lesquels il n'est pas possible de mettre en œuvre un transport sanitaire ; il s'agit notamment des patients en HAD, en EHPAD ou de toute situation hors AMU jugée par le médecin régulateur comme justifiant le déplacement du médecin d'astreinte, hors établissement des certificats de décès.

- Oui, pour l'ensemble des territoires
- Oui, pour une partie des territoires
- Non, pour aucun des territoires

e.1. Quel(s) dispositif(s) de prise en charge des visites dites incompressibles existe-t-il au sein de votre département ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en e.

Plusieurs réponses possibles

- Associations de permanence des soins de type SOS Médecins
- Médecins libéraux rattachés à un site dédié
- Médecins libéraux non-rattachés à un site dédié
- Autre, précisez : _____

10. Des médecins exercent-ils la PDS à leur cabinet au sein de votre département ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a. Ces médecins sont-ils également amenés à effectuer des visites à domicile (hors établissement des certificats de décès) ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 10.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

L'effecton mobile

11. Existe-t-il des effecteurs mobiles au sein de votre département ?

Plusieurs réponses possibles

- Des médecins effecteurs mobiles identifiés dans le cahier des charges
- Des médecins de garde rattachés à un site dédié et assurant également l'effecton mobile
- Des médecins assurant des visites à domicile mais non identifiés dans le cahier des charges
- Des médecins rattachés à une association de type SOS Médecins
- Non, aucun médecin n'assure d'effecton mobile au sein du département
- Ne sais pas

L'effecton en fonction du créneau horaire

12. Combien y-a-t-il de territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) au 31 décembre 2020 ?

En cas de sectorisation saisonnière, prendre pour base la saison comportant le nombre le plus important de territoires

a. Dans combien de ces territoires la PDS est-elle assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé ?

Attention le nombre de territoires indiqué ne peut être supérieur à celui indiqué ci-dessus.

b. Dans combien de ces territoires de PDS la couverture par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé est-elle poursuivie en nuit profonde ?

Indiquez ici le nombre de territoires en soirée également couverts en nuit profonde (c'est-à-dire sans tenir compte des éventuelles resectorisations possibles). Attention le nombre de territoires indiqué ne peut être supérieur à celui indiqué ci-dessus

13. Combien y-a-t-il de territoires de PDS les week-ends et jours fériés au 31 décembre 2020 ?

En cas de sectorisation saisonnière, prendre pour base la saison comportant le nombre le plus important de territoires

a. Dans combien de ces territoires la PDS est-elle assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé ?

Attention le nombre de territoires indiqué ne peut être supérieur à celui indiqué ci-dessus

14. Le cahier des charges prévoit-il l'arrêt de la permanence des soins à minuit dans l'ensemble de votre département ?

- Oui, c'était déjà le cas avant 2020
- Oui, depuis 2020
- Non
- Ne sais pas

a. Sinon, combien y-a-t-il de territoires de PDS en nuit profonde au 31 décembre 2020 ?

Question conditionnelle, uniquement si « non » en 14.

Indiquer le nombre de territoires apparaissant sur le cahier des charges (prenant en compte les resectorisations éventuelles)

15. Les horaires de permanence des soins ont-ils été étendus au samedi matin dans tout ou partie de votre département ?

- Oui, pour la régulation uniquement
- Oui, pour la régulation et l'effectif
- Non

a. Si non, y seriez-vous favorable ?

Question conditionnelle, uniquement si « non » en 15.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

b. Développez si nécessaire

Question conditionnelle, uniquement si « non » en 15.

Activité ou information connectées à la PDS

16. Qui se charge de l'examen des gardés à vue au sein de votre département ?

Plusieurs réponses possibles

- Unité médico-judiciaire
- Médecin de garde assurant la permanence des soins
- Service des urgences, SAMU
- Autre, précisez : -----
- Ne sais pas

a. Le mode d'organisation en place a-t-il fait l'objet d'une convention ?

Question conditionnelle, uniquement si « médecin de garde », « service des urgences » en 16.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a.1. Si oui, précisez

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en a.

17. L'établissement des certificats de décès repose-t-il sur tout ou partie du département sur le médecin de permanence des soins ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

- a. Si oui, votre département rencontre-t-il des difficultés particulières à ce sujet ?**
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
- 18. Existe-t-il des dispositifs spécifiques à l'organisation de la permanence des soins dans les EHPAD au sein de votre département ?**
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
- a. Si oui, quel dispositif a été mis en place ?**
Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 18.
-
- 19. Existe-t-il un partenariat et/ou une convention entre les ADOPS, les associations de type SOS Médecins et les services des urgences des hôpitaux facilitant l'accès aux soins aux horaires de PDS au sein de votre département ?**
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
- a. Si oui, précisez-en la nature et le fonctionnement**
Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 19.
-
- 20. Des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en projet ou fonctionnelles jouent-elles un rôle dans l'organisation de la PDSA au sein de votre département ?**
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
- 21. Existe-t-il une PDS Ambulatoire hors médecine générale au sein de votre département ?**
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
- a. Si oui, dans quelle(s) spécialité(s) médicale(s) ?**
Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 21.
-
- 22. A part les médecins libéraux installés, est-ce que des retraités, des salariés, ou des remplaçants participent à la PDS en leur nom, dans le cadre d'une convention avec l'ARS ?**
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas

- a. Si oui, ont-ils pu obtenir une carte professionnel de santé (CPS) permettant la télétransmission dans le cadre de cet exercice ?**

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 22.

- Oui, tous
- Oui, certains seulement
- Non, aucun
- Ne sais pas

Permanence des soins et fonctionnement du conseil départemental

La participation des médecins à la permanence des soins

- 23. Combien y a-t-il de territoires dans lesquels le nombre de médecins volontaires pour la permanence des soins est inférieur ou égal à 10 ?**

.....

- 24. Parmi ces territoires, combien comptent 5 médecins volontaires ou moins ?**

Attention le nombre de territoires indiqué ne peut être supérieur à celui indiqué ci-dessus

.....

Intervention du conseil départemental

- 25. Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter des tableaux en 2020 dans le cadre de carences de couverture sur certains secteurs de permanence des soins ?**

- Oui
- Non
- Non concerné (pas de problèmes de carence en 2020)

- 26. Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la permanence des soins en 2020 ?**

- Oui
- Non

- a. Si oui, il s'agit de réquisitions...**

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 26.

- Ponctuelles
- Récurrentes

- a.1 Pour quelle(s) raison(s) des réquisitions ont-elles lieu de manière récurrente au sein de votre département ?**

Question conditionnelle, uniquement si « récurrentes » en a.

.....
.....
.....

- 27. Votre conseil a-t-il reçu des plaintes ou des courriers portant sur la régulation ou l'effectation de la permanence des soins ?**

- Oui
- Non

a. Si oui, lesquelles (plaignant, motif de la plainte) ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 27.

28. Au cours de l'année 2020, votre conseil a-t-il participé à des projets de mise en place du système d'accès aux soins (SAS) ?

- Oui
 Non

La communication au grand public

29. Y-a-t-il eu, en 2020, des actions de communication auprès du grand public à propos de l'utilisation du dispositif de permanence des soins ?

- Oui
 Non
 Ne sais pas

a. Si oui, lesquelles (qui a initié la campagne de communication, selon quel mode de diffusion) ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 29.

Impact de l'épidémie sur la PDSA

30. L'épidémie de COVID19 a-t-elle impliqué des modifications dans l'organisation de la PDSA au sein de votre département au cours de l'année 2020 ?

- Oui
 Non
 Ne sais pas

a. Si oui, en quoi l'organisation a-t-elle changé ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 30.

Plusieurs réponses possibles

- Baisse du nombre de médecins effecteurs volontaires à la PDSA
 Hausse du nombre de médecins effecteurs volontaires à la PDSA
 Baisse du nombre de médecins régulateurs volontaires à la PDSA
 Hausse du nombre de médecins régulateurs volontaires à la PDSA
 Hausse du nombre de médecins retraités ayant participé à la régulation en horaires de PDSA
 Augmentation des moyens alloués pour la régulation des appels en horaires de PDSA
 Modification des conditions d'accès aux MMG
 Développement de la visio-régulation en horaires de PDSA
 Ouverture de plateformes de régulation dédiées à la COVID couvrant les horaires de PDSA (soirées, week-ends)
 Ouverture de centres COVID couvrant les horaires de PDSA
 Autre, précisez :

b. Précisez si besoin les changements organisationnels survenus

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 30.

c. Combien de médecins retraités sont venus renforcer le front de régulation en horaires de PDSA dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 ?

Question conditionnelle, uniquement si « Hausse du nombre de retraités ayant participé à la régulation en horaires de PDSA » en a.

Consigne : vous pouvez vous rapprocher de l'association de médecins régulateurs de votre département ou de la plateforme du centre 15 si vous ne disposez pas de cette information.

31. Les demandes liées à l'épidémie de Covid-19 ont-elles généré des difficultés organisationnelles et/ou opérationnelles de la PDSA au sein de votre département ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a. Si oui, lesquelles

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 31.

Aspects qualitatifs et prospectifs

L'organisation et le fonctionnement de la PDSA au sein de votre département

32. Qui élabore le tableau de PDSA pour les médecins effecteurs ?

Plusieurs réponses possibles

- Le conseil départemental
- L'Association départementale de permanence des soins (ADOPS, ASUM et autres associations)
- Les responsables de secteur
- Autre, précisez

33. Qui élabore le tableau de PDSA pour les médecins régulateurs ?

Plusieurs réponses possibles

- L'Association des médecins régulateurs libéraux
- L'Association départementale de permanence des soins (ADOPS, ASUM et autres associations)
- Le conseil départemental
- Autre, précisez

34. Existe-t-il une association de permanence des soins au sein de votre département ?

- Oui, une association des médecins régulateurs libéraux
- Oui, une association départementale de permanence des soins (ADOPS, ASUM et autres associations)
- Autre, précisez
- Non
- Ne sais pas

Constats et perspectives

35. Estimez-vous que la permanence des soins fonctionne bien dans votre département ?

- Oui, sur l'ensemble du département
- Oui, mais certaines zones sont en difficulté
- Non
- Ne se prononce pas

a. Pour quelle(s) raison(s) estimez-vous que la permanence des soins ne fonctionne pas de manière optimale au sein de votre département ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui mais certaines zones sont en difficulté », « Non » en 35.

Plusieurs réponses possibles

- Problématiques organisationnelles (l'organisation définie dans le cahier des charges n'est pas en cohérence avec les problématiques de terrain)
- Problématiques liées à la démographie médicale
- Problématiques liées au désengagement des médecins libéraux
- Autre, précisez :
- Ne se prononce pas

a.1. A quelles problématiques organisationnelles votre département est-il confronté ?

Question conditionnelle, uniquement si « problématiques organisationnelles » en a.

Plusieurs réponses possibles

- Problématique liée à la resectorisation (baisse du nombre de territoires et augmentation des distances à couvrir)
- Problématique liée à des facteurs géographiques compliquant les déplacements
- Problématique liée à une insuffisance des moyens dédiés alloués par l'ARS
- Autre, précisez :
- Ne se prononce pas

a.2. Selon vous, à quoi est lié le désengagement des médecins libéraux au sein de votre département ?

Question conditionnelle, uniquement si « Problématiques liées au désengagement des médecins libéraux » en a.

Plusieurs réponses possibles

- Activité trop faible sur certains secteurs
- Activité trop importante sur certains secteurs
- Insécurité des médecins de garde dans certaines zones
- Conflits entre les différents acteurs de la PDS
- Autre, précisez :
- Ne se prononce pas

b. Selon vous, quelles mesures pourraient-être envisagées pour améliorer la situation au sein de votre département ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui, mais certaines zones sont en difficulté » et « Non » en 35.

Plusieurs réponses possibles

- Mesures financières incitatives (élargissement de la défiscalisation, valorisation des actes en visites)
- Remise en question de la notion de volontariat
- Renforcement de la participation des étudiants, thésés et médecins salariés à la PDSA
- Suppression des gardes sur certains créneaux horaires
- Renforcement de la sécurité
- Développement de points fixes de consultation
- Mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables
- Restructuration des secteurs de garde
- Actions de communication auprès du grand public et des médecins libéraux
- Mise en place d'aides à la création et au développement des associations départementales de PDSA
- Autre, précisez :
- Ne se prononce pas

36. Des initiatives/expérimentations relatives à la PDS ont-elles été mises en place au sein de votre département ?

- Oui au cours de l'année 2020
- Oui, avant 2020
- Non
- Ne sais pas

a. Si oui, lesquelles ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 36.

37. Craignez-vous, à l'avenir, un désengagement des médecins volontaires sur un ou plusieurs territoires pour assurer la PDS les soirées de semaine (de 20H00 à minuit) ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

a. Si oui, pour quelle(s) raison(s)

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 37.

38. Y a-t-il d'autres aspects d'évolutions de la PDS que vous souhaitez aborder ?

39. Commentaire libre

ÉTAT DES LIEUX PDSA 2020

Synthèse des principaux résultats

Sous la direction du Dr René-Pierre LABARRIÈRE,
Président de la Commission nationale de la permanence des soins et de l'aide
médicale urgente



2020 : des changements constatés pour une majorité de départements malgré la crise sanitaire

- **70% des départements ont connu des modifications** de l'organisation de la PDS en lien ou non avec la crise sanitaire (contre 67% en 2019 et 60% en 2018). Elles ont principalement porté sur le renforcement de la régulation libérale en grande partie lié à la crise sanitaire, l'ouverture de sites dédiés, la modification des horaires de la PDSA, les resectorisations et l'augmentation des forfaits d'astreinte.
- Bien que la crise sanitaire ait retardé la révision de certains cahiers des charges, **6 ont été révisés ou ont fait l'objet d'un avenant** en 2020.

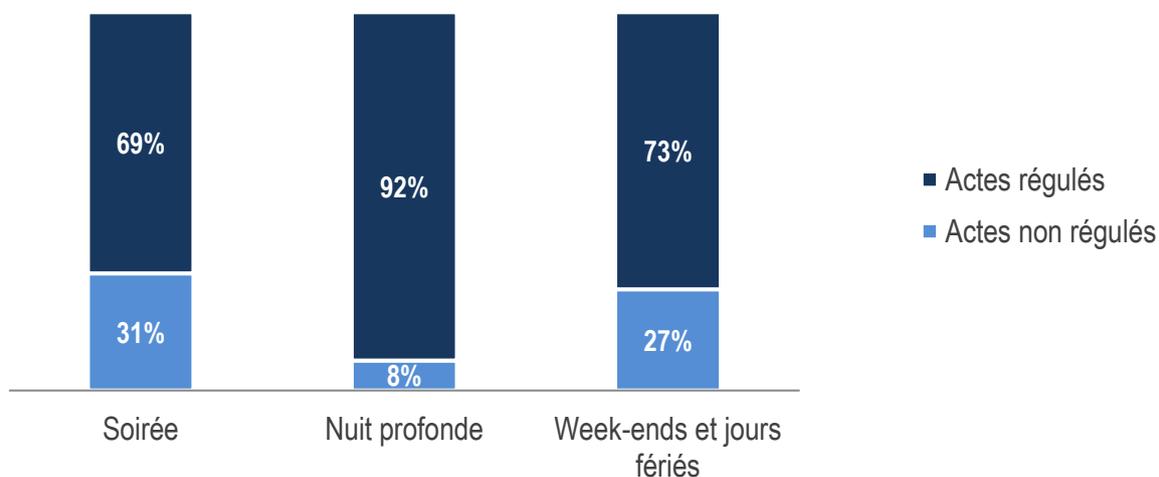
La régulation médicale en 2020

Numéro dédié à la PDSA : où en est-on en 2020 ?

- Le 116-117 : **toujours limité aux 12 départements expérimentateurs**
- Les autres départements ont un **avis partagé sur le déploiement d'un numéro dédié** à la PDSA : 42% y sont favorables (identique à 2019) et 31% y sont défavorables (3% de plus qu'en 2019).
- Au niveau gouvernemental, **le déploiement d'un numéro dédié à la PDSA reste une question en suspens. La mise en place du 113, le guichet unique santé, dans le cadre du SAS a été rejeté** par les députés dans le cadre des discussions sur la proposition de loi visant à *améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*. Le gouvernement a proposé que le débat se poursuive à l'échelle nationale. La question pourrait être tranchée lors de la généralisation nationale du SAS.

Actes non-régulés : variables selon le département et le créneau horaire

- **26,6% des actes aux horaires de PDS n'ont pas été cotés régulés en 2019** – baisse de 0,7% par rapport à 2018 (données CNAM), **données très variables** selon le département (max 88% et min 1%) et le créneau horaire : l'absence de régulation est davantage observée en soirées de semaine et le week-end, très peu en nuit profonde.

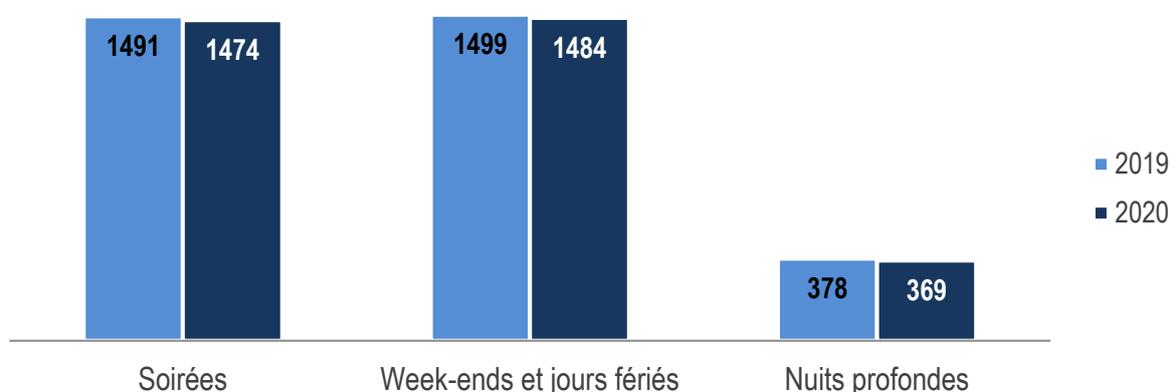


Bond de la participation des médecins à la régulation libérale : un renforcement en grande partie lié à la crise sanitaire

- Une évolution de 9,1% par rapport à 2019 (contre +0,6% l'année passée) : hausse du nombre de médecins libéraux installés participants (+6%) et des médecins retraités, salariés ou remplaçants participants à la régulation (+23%). Une hausse qui peut s'expliquer par l'élargissement des horaires de régulation et l'ajout de lignes supplémentaires pour faire face à la crise sanitaire.

Effectation : resectorisations et effectation fixe

Poursuite de la réduction du nombre de territoires pour tous les créneaux horaires en cohérence avec l'activité constatée



Prévalence des « zones blanches »

- 3% des territoires les week-ends et jours fériés (-1% p/r à 2019), 11% en soirées (-1%) et 73% des territoires en soirées non couverts en nuits profondes (pas de changement).

Elargissement des horaires de PDSA au samedi matin : toujours une forte attente des CDOM

- Une extension des horaires de PDSA au samedi matin toujours en progression : dans 47 départements pour la régulation (6 de plus qu'en 2019) dont 7 départements pour l'effectation également.
- Elle est souhaitée par 65% des CDOM des autres départements (+8%).

Effectation fixe : poursuite du développement des sites dédiés

- Un dispositif généralisé : 86 départements ont un ou plusieurs sites dédiés (1 de plus qu'en 2019).
- Une hausse de 5,4% du nombre de sites dédiés (soit 25 de plus) concernant 17 départements. C'est la moitié de ce qui était prévu par le Pacte de refondation des urgences (créations de 50 MMG financées en 2020). La dynamique devrait se poursuivre.
- Gardes encore réalisées au cabinet du médecin traitant dans 83% des départements
- Des points encore à améliorer : dispositifs spécifiques de transport des patients non-mobilisables encore très peu développés (8 départements) contrairement à l'engagement gouvernemental de permettre dès 2020 aux territoires qui en auraient besoin de développer ce dispositif, c'est donc une demande réitérée des CDOM et du CNOM. 19% des

départements ne disposent pas de dispositifs de prise en charge des visites incompressibles (-1% p/r à 2019).

Participation des médecins à la PDS : évolutions et profils des volontaires

Evolution positive du taux de participation

- 39,3% en 2020 (vs 38,8% en 2018) : **soit une hausse de 0,5 %**.
- Dégradation cependant au niveau de la couverture des territoires avec 35% des territoires de PDS couverts par moins de 10 médecins volontaires et 19% par moins de 5 médecins, **soit une hausse respective de 2% et 3% en un an**.

Profil des médecins de garde

- **Poursuite de la hausse de la part des femmes** : +2% effectation et +3% régulation.
- **Poursuite de la baisse de l'âge moyen** des effecteurs de garde : passage de 47 à 46,6 ans. 61% des médecins de garde ont entre 35 et 59 ans et **25% ont plus de 59 ans**.
- PDS assurée à 89% par des médecins libéraux installés.

Remplacements

- **Près d'un tiers des médecins de garde remplacés au moins une fois en 2020 (+2%)**.
- 8% des gardes remplacées au total (grandes disparités départementales).
- **Plus d'un remplaçant sur 2 est un étudiant**.

Réquisitions

- **Observées dans 12 départements** (3 de moins qu'en 2019), un régime permanent dans 7 départements (2 de plus qu'en 2019).

Impact de l'épidémie Covid-19 sur l'organisation de la PDSA en 2020

- Une crise qui a conduit à une **évolution de l'organisation de la PDSA pour 67%** des départements.
- **Le soutien à la régulation libérale comme première réponse à la crise** : hausse des moyens alloués pour 39% des départements, hausse du nombre de médecins volontaires à la régulation pour 31%, hausse de la participation des médecins retraités pour 17%, ouverture de plateformes dédiées à la régulation des appels Covid-19 pour 19% des départements, visio-régulation pour 6%.
- **Renfort de l'effectation dans une moindre mesure** : hausse du nombre de médecins volontaires pour 15% des départements (baisse pour 6%), ouverture de centres dédiés couvrant les horaires de PDSA pour 19% et des conditions d'accès aux MMG modifiées dans 19% des départements.
- **Des difficultés organisationnelles et/ou opérationnelles générées par l'épidémie pour 1 département sur 5** : nécessité de trouver de nouveaux volontaires (effectation et régulation), baisse des prises en charge PDSA (désaffectation des patients ou limitation des prises en charge), manque de moyens de protection disponibles, gestion des clusters en EHPAD.

Mise en place du SAS et PDSA : entretiens exploratoires auprès des porteurs de projets pilotes

- Lancement de 22 projets pilotes en 2020
- L'enjeu d'articulation entre PDSA et soins non-programmés en journée : la mise en place du SAS peut être un moyen de **repositionner la PDSA sur son périmètre strict** en organisant suffisamment la prise en charge en journée et en évitant ainsi le report par défaut des demandes sur la PDSA.
- **Des outils supplémentaires pour la PDSA** : de nouveaux outils pour les médecins régulateurs de la PDSA avec la possibilité de s'appuyer sur le dispositif pour renvoyer le patient vers des plages de soins non-programmés en journée. Création de nouvelles filières de soins en ville grâce aux outils numériques et amélioration du suivi des patients.

PDS en EHPAD : le constat répété d'un manque d'organisation

Aucune évolution notable de l'organisation de la PDS en EHPAD en 2020 alors que la réponse aux demandes de soins non-programmés des résidents en horaires de PDSA est un enjeu majeur

- **Seuls 10 CDOM ont déclaré qu'il existait un dispositif spécifique** pour les prises en charge en EHPAD en horaires de PDS (+1 p/r à 2019).

Actes médico-administratifs encore problématiques pour de nombreux départements

La réalisation des certificats de décès reste majoritairement prise en charge par les médecins de la PDS (dans 83% des départements)

- Mais elle semble être **un peu moins problématique** : 56% de ces départements ont déclaré rencontrer des difficultés à ce sujet (-11% p/r à 2019)

L'organisation de l'examen des gardés peu encadrée et encore majoritairement prise en charge par les médecins de garde

- Pris en charge pour tout ou partie par le médecin de garde dans 72% des départements
- Une **convention** a été établie dans seulement 19% de ces départements

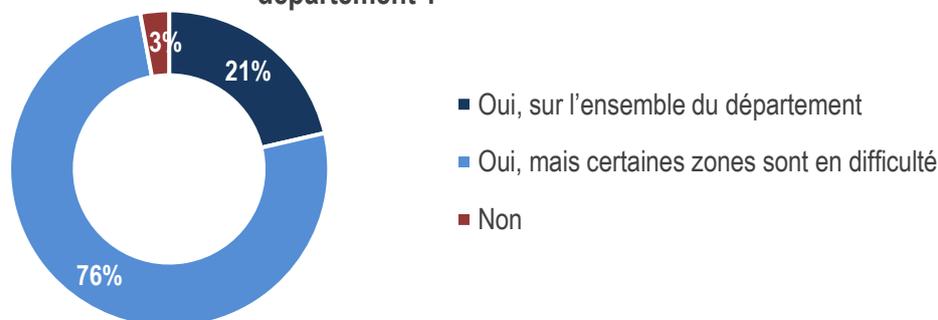
Activité des CDOM et place des associations de PDSA

- Les CDOM participent à **l'élaboration des tableaux de garde** seuls ou en collaboration dans 19% des départements pour l'effectif et dans 2% des départements pour la régulation ; ils participent par ailleurs systématiquement à leur compilation et validation.
- 30 ont participé à des projets de mise en place du service d'accès aux soins en 2020.
- 30 CDOM ont reçus des **plaintes et doléances** (13 de moins qu'en 2019).
- 92 départements disposent d'une **ADOPS et/ou AMRL** (+4 p/r à 2019).
- 16% des CDOM ont déclaré que les **CPTS jouaient un rôle dans l'organisation** de la PDSA.

Constats et perspectives des CDOM

76% considèrent que la PDS fonctionne globalement bien mais que certaines zones sont en difficulté et 3% qu'elle ne fonctionne pas (vs 70% et 9% en 2019).

" Estimez-vous que la permanence des soins fonctionne bien dans votre département ? "



Des dysfonctionnements principalement liés au manque de médecins selon les CDOM...

- Causés par l'évolution de la démographie médicale (selon 90% des CD vs 86% en 2019)
- Causés par le désengagement des médecins libéraux, davantage ressenti par les CDOM (selon 77% des CD vs 66% en 2019) principalement lié à une **activité trop faible** sur certains secteurs (pour 60%), l'insécurité (29%), les conflits entre les différents acteurs (24%), la suractivité (23%).

...Mais également à des problématiques organisationnelles pour 1/3

- Du fait de **resectorisations** (pour 75%), de la **géographie des territoires** (71%) ou du **manque de moyens** (46%)

Principales pistes d'améliorations désignées par les CDOM concernés (N=81)

- **Pour renforcer l'implication des médecins** : mesures financières par l'augmentation des forfaits d'astreinte et la défiscalisation (à 70% vs 60% en 2019), renforcement de la participation des médecins étudiants et salariés (43% vs 50%), remise en question la notion de volontariat (37% vs 48%), suppression des gardes sur certains créneaux horaires (37% vs 33%), renforcement de la sécurité (30% vs 34%).
- **Pour améliorer l'organisation de la PDSA** : mise à disposition des transports dédiés (60% vs 63%), mise en place d'actions de communication (43% vs 49%), développement des points fixes de consultation (33% vs 41%), restructuration des secteurs de garde (22% vs 30%).