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 2021

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 ;

- 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 ;

- 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 2
Table des matières 3
I. Méthodologie 6
1. Enquête menée auprès des CDOM 6
1.1. Conception de l'enquête 6
1.2. Recueil des données 6
1.3. Limites de l'enquête 7
2. Exploitation de données existantes 7
2.1. Données exploitées 7
2.2. Calcul du taux de participation des médecins à la PDSA 7
2.3. Limites des données présentées 8
a. Données CNAM 8
b. Données Ordigard 8
II. Introduction 9
III. Résultats de l'enquête 10
1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2021 10
1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM 10
1.2. Révision des cahiers des charges : une évolution pour 8 régions et des attentes pour 2022 11
1.3. Impact de l'épidémie de COVID-19 sur la PDSA en 2021 14
2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2021 17
2.1. La régulation médicale 17
a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA 17
b. Déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA : le point de vue des CDOM 18
c. Déploiement d'un numéro unique consacré à la PDSA : un projet toujours en cours d'expérimentation 19
d. Les actes non-régulés 20
e. La participation des médecins libéraux à la régulation médicale 24
f. Front de garde de la régulation libérale 26
g. Données d'activité de la régulation libérale 28
h. Rémunération de la régulation 28
2.2. L'effection 30
a. Une tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA 30

b. Prévalence des « zones blanches » ... 31
c. Effection fixe : poursuite du développement des sites dédiés ... 36
d. Système d'acheminement des patients vers l'effecteur fixe ... 38
e. Effection mobile et prise en charge des visites incompressibles ... 39
f. Rémunération de l'effection ... 41
2.3. Modification des horaires de permanence des soins ... 44
a. Extension des horaires de PDSA au samedi matin ... 44
b. Horaires adaptés en soirées ... 46
2.4. La participation des médecins à la permanence des soins ... 47
a. Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA ... 47
b. Couverture des territoires de PDS ... 49
c. Profils des médecins de garde ... 50
d. Remplacement ... 54
e. Exemptions et réquisitions ... 55
2.5. Mise en place du Service d'accès aux soins et PDSA ... 56
a. Impacts da la mise en place du SAS sur la PDSA selon les CDOM ... 56
b. Impacts de la mise en place du SAS sur l'accès aux soins ... 57
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
3.2. Etablissement des certificats de décès ... 60
3.3. Examen des gardés à vue ... 62
4. Rôle et activité des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins ... 64
4.1. Tableau de garde ... 64
a. Élaboration ... 64
b. Utilisation des logiciels Ordigard et PGarde ... 65
4.2. Plaintes et courriers reçus ... 68
4.3. Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins et participation des CPTS à l'organisation de la PDSA ... 68
a. Associations de PDSA ... 68
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
7.2. Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux ... 73
7.3. Initiatives et expérimentations ... 75
IV. Conclusion ... 77

V. Index des illustrations 78
1. Index des graphiques 78
2. Index des tableaux 79
3. Index des cartographies 79
VI. Glossaire 80
VII. Annexes 81
1. Tableau du front de garde de régulation libérale réalisé à partir des cahiers des charges régionaux de la PDSA 81
2. Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA 86
3. Questionnaire PDSA 2021 soumis aux CDOM 89
Synthèse des principaux résultats 103

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), de l'exploitation de données existantes (Ordigard, Caisse Nationale d'Assurance Maladie), de l'exploitation des données fournies par l'association comtoise de régulation libérale (ACORELI) ainsi que l'étude des cahiers des charges régionaux de la PDSA complétée par des contacts auprès de l'ensemble des Agences 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 19ème 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 92 items (dont 53 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 2021 ;
- La PDSA et le fonctionnement du conseil départemental de l'Ordre des médecins ;
- L'impact de l'épidémie de COVID-19 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 2021 auprès de l'ensemble des présidents des CDOM sous forme de questionnaire auto-administré accessible en ligne via un accès individuel. Le délai pour y répondre était initialement fixé au 17 décembre 2021. Deux relances successives ont été réalisées auprès des non-répondants les 8 et 21 décembre, un délai supplémentaire a été accordé, repoussant la clôture de l'enquête au 31 décembre. Au total, 103 CDOM[1] 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. 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. Exploitation de données existantes

2.1. 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 (Direction de la recherche des études, de l'évaluation des statistiques), de l'ACORELI et du CNOM.

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.

2.2. 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 2021. 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 95 départements.

Le mode de calcul défini a été le suivant :

Médecins ayant participé à la PDSA en 2021 (numérateur) : médecins ayant été inscrits à au moins une garde (effection et/ou régulation) au cours de l'année 2021 en tant que titulaire ou remplaçant et ayant ou non réalisé une garde ;

Médecins susceptibles de participer à la PDSA en 2021 (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.

2.3. Limites des données présentées

a. Données CNAM

Les données de la CNAM ne portent pas sur l'année 2021 mais sur l'année 2020. 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 développé Ordigard en 2006, un logiciel de gestion des tableaux de garde à destination des CDOM couplé au logiciel PGarde 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 2021, 93 conseils départementaux sur 101 ont utilisé Ordigard couplé à PGarde[2] sur l'année complète. A noter qu'il est également possible que l'utilisation de ces logiciels ne soit pas effective pour la totalité des territoires de garde d'un département, la part des territoires inactifs[3] dans le système étant de 10%.

[2] En 2021, sur 101 départements : 6 n'utilisaient aucun des deux logiciels, 95 utilisaient Ordigard et 93 utilisaient Ordigard couplé à PGarde. Les 6 départements non représentés par la base Ordigard/PGarde pour l'ensemble de l'année 2021 sont : le Calvados, la Loire-Atlantique, la Mayenne, la Seine-Maritime, la Guadeloupe et Mayotte.

[3] Les territoires inactifs correspondent aux territoires enregistrés dans le système pour lesquels aucune garde n'a été saisie.

II. Introduction

Ce rapport présente la 19e édition de l'état des lieux sur la permanence des soins ambulatoires réalisé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cette enquête nationale a pu être réalisée grâce aux retours de l'ensemble des conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), qui ont été interrogés quant à l'organisation de la permanence des soins mise en place, son évolution ainsi que les problématiques rencontrées sur le terrain. Ces données déclaratives ont été consolidées avec des données objectivantes, telles que les cahiers des charges régionaux de la permanence des soins et autres données externes en provenance notamment de la caisse nationale d'assurance maladie, d'associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins ou encore l'association comtoise de régulation libérale. Pour la deuxième année consécutive, l'enquête a intégré un volet relatif à la crise sanitaire permettant d'évaluer les impacts de celle-ci sur l'organisation de la PDSA et les éventuelles difficultés générées. Le lancement de l'expérimentation par les sites pilotes du projet de mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) au cours de l'année 2021 a également été l'occasion de tenter d'évaluer l'impact de ce service sur la permanence des soins.

Les évolutions de l'organisations de la PDSA ont été moins marquées en 2021, bien que certaines mesures mises en place dans le cadre de la crise sanitaires aient été maintenues, notamment le renforcement de la régulation libérale.

D'autres tendances organisationnelles observées les années précédentes se sont poursuivies en 2021 : la diminution du nombre des territoires de PDSA induites par des resectorisations ou encore la poursuite du développement des sites dédiés identifiés comme assurant la permanence des soins. L'extension des horaires de PDSA au samedi matin n'a quant à elle pas évolué aussi favorablement que souhaité, bien qu'il s'agisse d'une revendication forte et récurrente des CDOM. Concernant la création d'un numéro unique dédié à la PDSA, ce point est toujours en cours d'expérimentation à la suite de l'adoption de la proposition de loi Matras en novembre 2021. 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.

Après une évolution favorable de la participation des médecins à la PDSA impulsée par la crise sanitaire en 2020, le taux de participation global des médecins généralistes à la PDSA est reparti à la baisse, malgré la poursuite de la hausse du nombre de participants à la régulation médicale, qu'il s'agisse de médecins libéraux installés ou de médecins salariés, remplaçants ou étudiants. On note également une évolution de la part des « zones blanches », favorable ou non selon le créneau horaire. Un des indicateurs du bon fonctionnement de la PDSA s'est toutefois dégradé en 2021 avec la hausse du nombre de territoires couverts par moins de 10 ou 5 médecins volontaires.

Pour les CDOM qui ont déclaré rencontrer des difficultés de fonctionnement de la PDSA, c'est toujours le manque de médecins participant au dispositif qui apparait comme la cause principale du dysfonctionnement, qu'il soit lié à la démographie médicale ou à la démobilisation des médecins libéraux. Les problématiques organisationnelles, principalement liées aux resectorisations et aux facteurs géographiques, ont également été désignées comme facteurs fragilisant la PDSA. Comme principales pistes d'améliorations, les CDOM ont désigné prioritairement les mesures financières incitatives, la mise à disposition de transports dédiés, la mise en place d'actions de communication et la remise en cause de la notion de volontariat.

III. Résultats de l'enquête

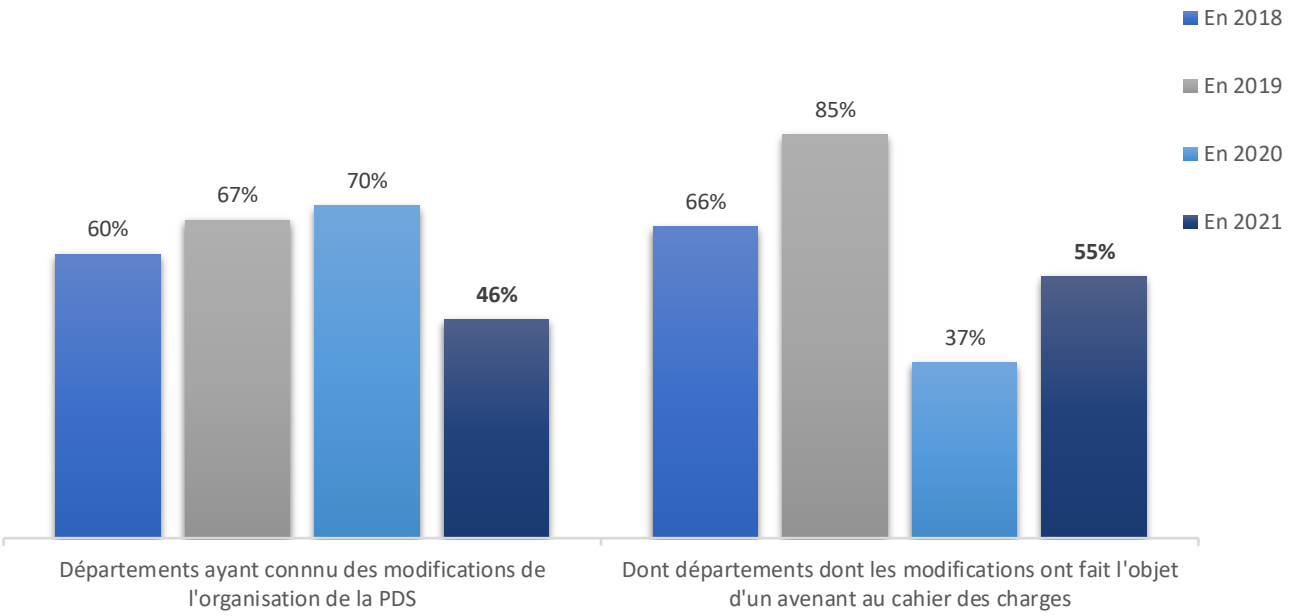
1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2021

1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM

En 2021, seuls 46% des conseils départementaux ont déclaré avoir connu des modifications de l'organisation de la PDSA, un chiffre en forte baisse en comparaison des 70% de CDOM qui avaient déclaré avoir connu des changements en 2020. Cet écart s'explique par le fait qu'en 2020 un grand nombre de modifications de l'organisation de la PDSA, temporaires ou non, était directement lié à l'épidémie de COVID-19.

Parmi les départements ayant déclaré des changements de l'organisation de la PDSA en 2021, 55% ont déclaré que ces modifications avaient fait l'objet d'un avenant au cahier des charges de l'ARS. Ce chiffre est en hausse en comparaison des données de 2020 (37%), mais reste tout de même faible au regard des chiffres relatifs aux années antérieures à l'épidémie. Cela s'explique notamment par la persistance de mesures temporaires liées directement au contexte épidémique qui n'ont pas été formalisées dans le cahier des charges car non destinées à être reconduites en dehors de la crise sanitaire.

Graphique 1 - Evolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2018 et 2021



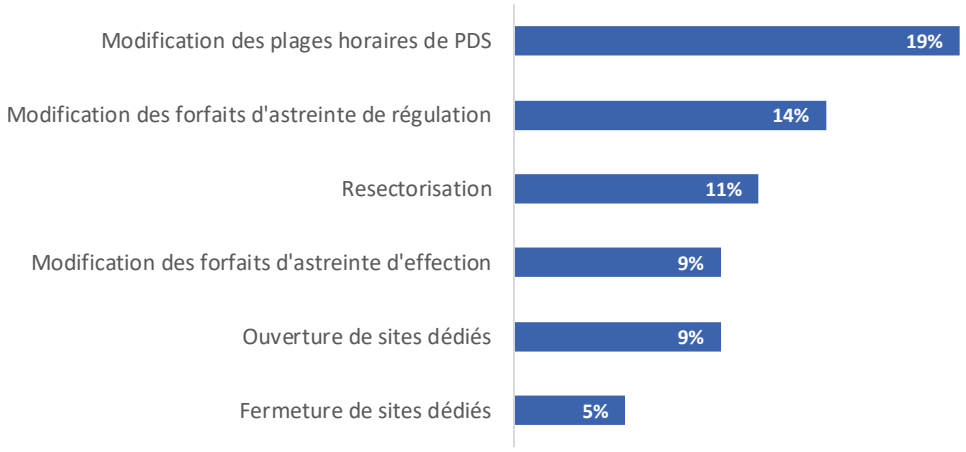
Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2018, 2019, 2020 et 2021

Les évolutions organisationnelles déclarées ont concerné, par ordre d'importance :

- Des modifications de plages horaires de la permanence des soins ;
- Des modifications de forfaits d'astreinte de régulation ;
- Des resectorisations ;
- Des modifications de forfaits d'astreinte d'effection ;
- Des ouvertures de sites dédiés ;

- Des fermetures de sites dédiés.

Graphique 2 - Changements organisationnels de la PDSA en % de départements concernés au cours de l'année 2021 (N=103)



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

En 2021, 15% des CDOM ont déclaré que l'organisation de la PDS telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges et ses avenants n'était pas réellement mise en œuvre dans leur département. Ce chiffre est en nette baisse en comparaison des 29% de départements qui avaient déclaré que l'organisation de la PDS actée dans le cahier des charges n'était pas réellement mise en œuvre en 2020, et cet écart peut s'expliquer notamment par un plus grand nombre de modifications exceptionnelles et ponctuelles de l'organisation de la PDSA mises en œuvre l'an dernier pour répondre à la crise sanitaire.

Les écarts entre l'organisation mise en œuvre sur le terrain et celle formalisée dans le cahier des charges et ses avenants concernent principalement des tranches horaires de garde réduites ou non pourvues par manque de médecins effecteurs volontaires. C'est le cas notamment dans le Nord, la Saône-et-Loire, la Guyane, la Dordogne, la Drôme, l'Aude, le Haut-Rhin, l'Hérault et les deux départements de Corse. Le décalage peut également concerner des resectorisations mises en œuvre sur le terrain et dont les avenants seront publiés à postériori.

Parmi les départements ayant connu des évolutions de l'organisation de la PDSA, 24% ont déclaré ne pas y avoir été associé par l'ARS, soit 1% de plus qu'en 2020. La stabilité de ce chiffre à un niveau élevé s'explique notamment par la continuité du contexte épidémique qui amène les ARS à mettre en place des mesures exceptionnelles au niveau régional pour adapter l'organisation au contexte de la crise sanitaire.

1.2. Révision des cahiers des charges : une évolution pour 8 régions et des attentes pour 2022

En 2021, 8 régions ont connu une révision de leur cahier des charges ou publié des avenants y apportant des modifications. Il s'agit des régions Bourgogne Franche-Comté, Ile-

de-France, Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Occitanie, Corse et Pays-de-la-Loire.

- En **Bourgogne-Franche-Comté**, le cahier des charges a été mis à jour en 2021 pour intégrer les modifications apportées par différents arrêtés dont les arrêtés 8 et 9 qui ont été publiés au courant de l'année 2021 et qui viennent acter de nouvelles dispositions concernant l'établissement des certificats de décès en horaires de PDSA, ainsi que la création d'une maison médicale de garde (MMG) à Dole dans le Jura.

- En **Ile-de-France**, le cahier des charges de la PDSA a été révisé en 2021 afin d'intégrer notamment les modifications suivantes :

    - La revalorisation des forfaits d'astreinte de régulation pour l'ensemble des départements de la région ;
    - La fermeture d'une maison médicale de garde dans les Hauts-de-Seine.

- En **Nouvelle-Aquitaine**, le cahier des charges a été mis à jour en 2021 afin d'intégrer des modifications de plages horaires dans le Lot-et-Garonne ainsi que des revalorisations des forfaits d'astreinte de régulation et d'effection. Cette revalorisation a été rendue possible par les économies liées à la diminution des secteurs de garde et vise à inciter les acteurs à poursuivre les efforts menés pour optimiser l'organisation de la PDSA.

- En **Auvergne-Rhône-Alpes**, le cahier des charges a été mis à jour en 2021 pour intégrer des modifications des plages horaires, des resectorisations et des renforts de la régulation sur certains territoires.

- En **Provence-Alpes-Côte-D'azur**, le cahier des charges a été révisé en 2021 pour intégrer notamment des modifications de plages horaires dans le Var ainsi que l'ouverture d'un site dédié à la permanence des soins spécialisé en pédiatrie.

- En **Occitanie**, le cahier des charges n'a pas été mis à jour en 2021, mais un arrêté modificatif a été publié en janvier 2021. Les modifications mises en œuvre sur cette région concernent notamment des modifications de plages horaires dans le Tarn ainsi que des resectorisations dans le Tarn et la Haute-Garonne. Par ailleurs, durant l'année 2021 un audit a été réalisé par le cabinet Eurogroup Consulting à l'initiative de l'ARS Occitanie afin de permettre une évaluation des services rendus auprès des patients et des impacts de la permanence des soins sur les services d'urgence. Le bilan de cette étude est attendu pour 2022 et permettra de fournir un état des lieux objectif de la PDSA au niveau départemental, ainsi que des bases pertinentes pour la rédaction d'un nouveau cahier des charges en 2022.

- En **Corse**, le cahier des charges n'a pas été mis à jour en 2021 dans sa globalité mais un avenant relatif à la mise en place d'une régulation COVID-19 a été arrêté à la suite

d'une concertation entre l'ARS, les médecins libéraux, les associations de régulation, les CDOM et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Ces modifications ont par ailleurs été intégrées dans le logiciel PGarde. Une révision du cahier des charges est quant à elle prévue pour 2022 ou 2023.

- Dans le **Pays-de-la-Loire**, le cahier des charges régional de la permanence des soins a été révisé en 2021 pour intégrer :
  - L'Arrêté du 12 mai 2021 modifiant la sectorisation de la permanence des soins du département de la Vendée ; une autre disposition portait sur le renforcement de la PDSA dentaire en Maine-et-Loire ;
  - L'Arrêté du 16 décembre 2021 modifiant la sectorisation de la permanence des soins du département de la Loire-Atlantique.

Aucune révision ou avenant au cahier des charges régional n'est à noter en 2021 pour la Bretagne, le Centre-Val de Loire, la Guadeloupe, la Guyane, la Réunion, la Martinique, la Normandie, les Hauts-de-France et le Grand-Est. Certains points méritent cependant d'être soulignés :

- Dans les **Hauts-de-France**, même si le cahier des charges n'a subi aucune modification en 2021, certaines mesures dérogatoires ont pu être appliquées sur le terrain, comme des modifications des plages horaires pour faire face aux pics épidémiques. Les modifications pérennes de l'organisation de la PDSA seront quant à elles actées dans le cadre de la mise à jour du cahier des charges prévu pour 2022 ou 2023.

- Dans le **Grand-Est**, certaines modifications ont été mises en œuvre sur le terrain en 2021 et feront l'objet d'arrêtés dont la publication est prévue en 2022. Parmi ces modifications, on peut citer notamment des resectorisations en Haute-Marne et dans les Vosges ainsi qu'une augmentation du forfait d'astreinte d'effection dans les Vosges.

- En **Normandie**, le cahier des charges n'a subi aucune modification en 2021, mais des renforts d'exception ont pu être mis en place dans le contexte de la crise sanitaire, tels que l'ouverture d'un site dédié en Seine-Maritime et la revalorisation des forfaits d'astreinte de régulation dans la Manche.

- En **Martinique**, le cahier des charges est resté inchangé au cours de l'année 2021, mais des renforts de la régulation libérale ont été mis en place en journée durant la 4e vague de l'épidémie de COVID-19, dans le cadre d'un accord entre les différentes parties prenantes : l'ARS, le SAMU, l'association de permanence des soins ambulatoires libérale (PDSAL), l'union représentante des médecins libéraux de Martinique et le centre hospitalier universitaire de Martinique.

- En **Guadeloupe**, le cahier des charges n'a subi aucune modification en 2021 mais une évaluation de la PDSA et du cahier des charges par un cabinet externe est prévue en 2022.

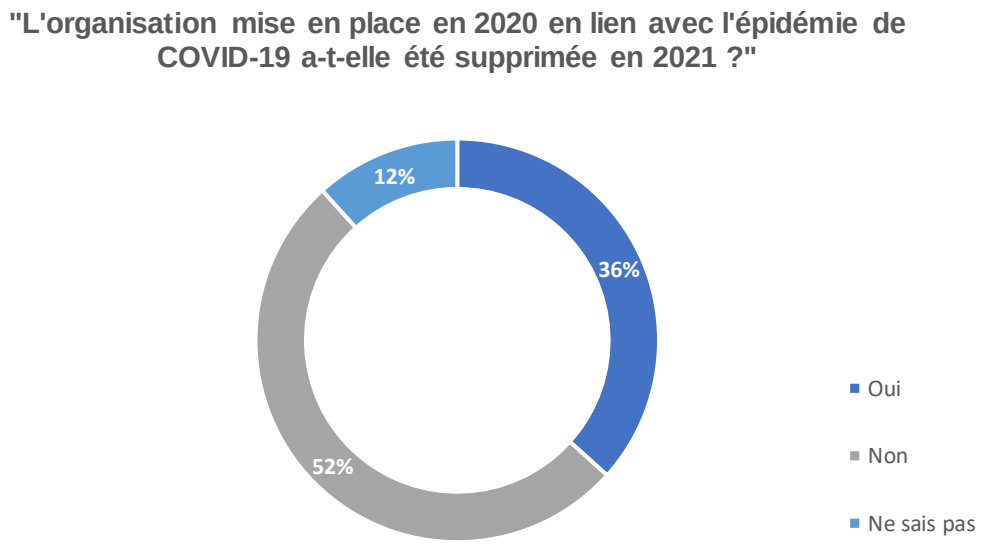
- En **Bretagne**, **Guyane** et à **la Réunion**, aucune modification n'a été apportée au cahier des charges en 2021 mais une évolution de celui-ci est prévue en 2022.

Quant à 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 la PDSA en 2021

En 2020, la majorité des CDOM interrogés (67%) avait déclaré que l'épidémie de COVID-19 avait conduit à des modifications de l'organisation de la PDSA. Ces modifications ont été maintenues en 2021 pour plus de la moitié de ces départements (52%), tandis que 36% des départements interrogés ont déclaré que ces modifications avaient été supprimées.

Graphique 3 - Proportion des départements ayant déclaré en 2021 avoir supprimé les modifications de l'organisation de la PDSA liées au COVID-19 de 2020



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

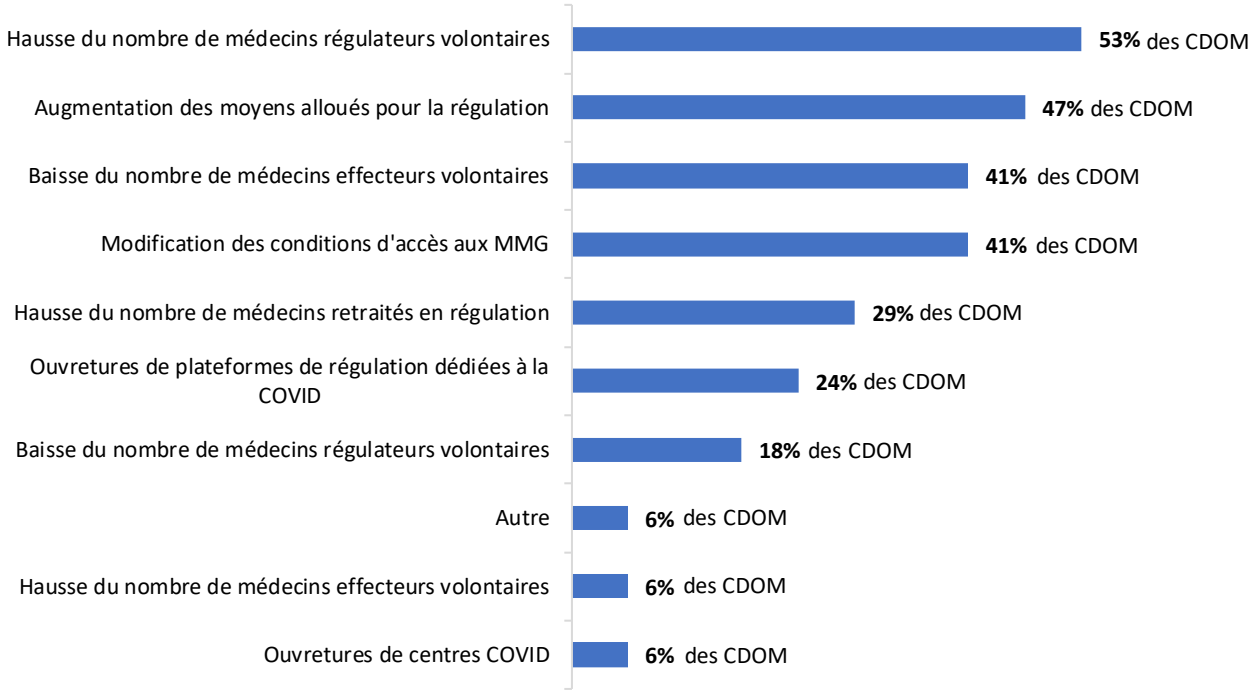
Parmi les départements ayant maintenu les modifications de l'organisation de la PDSA liées à la crise épidémique, l'organisation mise en place a fait l'objet d'une évolution en 2021 pour la majorité d'entre eux, à savoir 60%.

Ces évolutions concernent, par ordre d'importance :

- La hausse du nombre de médecins régulateurs volontaires de la PDSA ;
- L'augmentation des moyens alloués pour la régulation des appels en horaires de PDSA ;
- La baisse du nombre de médecins effecteurs volontaires de la PDSA ;
- La modification des conditions d'accès aux MMG ;
- La hausse du nombre de médecins retraités ayant participé à la régulation en horaires de PDSA ;

- L'ouverture de plateformes de régulation dédiées à la COVID-19 couvrant les horaires de PDSA ;
- La baisse du nombre de médecins régulateurs volontaires de la PDSA ;
- La hausse du nombre de médecins effecteurs volontaires de la PDSA ;
- L'ouverture de centres COVID couvrant les horaires de PDSA.

Graphique 4- Répartition des évolutions de l'organisation de la PDSA en lien avec l'épidémie de COVID-19 constatés par les CDOM en 2021



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

Il apparait donc clairement que le renforcement de la régulation reste au cœur des dispositifs mis en place dans le contexte de la crise sanitaire, notamment par l'augmentation du nombre de médecins volontaires de la PDSA pour 53% des départements concernés, auxquels s'ajoutent 29% de départements ayant déclaré une augmentation du nombre de médecins retraités ayant participé à la régulation des appels. Dans le cadre du renforcement de la régulation, des plateformes de régulation dédiées à la COVID-19 ont été ouvertes dans 24% de ces départements ayant fait évoluer leur PDSA en lien avec le contexte épidémique.

Dans une moindre mesure, 18% des départements ayant connu une modification de l'organisation de la PDSA ont déclaré une baisse du nombre de médecins régulateurs volontaires.

L'augmentation des moyens alloués pour la régulation est quant à elle la seconde principale mesure mise en place dans le cadre épidémique, et concerne 47% des départements ayant fait évoluer l'organisation de leur PDSA dans ce contexte. Parmi les mesures visant à augmenter les moyens alloués pour la régulation des appels en horaires de PDSA, nous pouvons relever par exemple la mise en place d'une régulation 24h/24 en Ille-et-Vilaine ainsi qu'un élargissement des horaires de régulation COVID-19 de minuit à 08h00 en Corse-du-Sud.

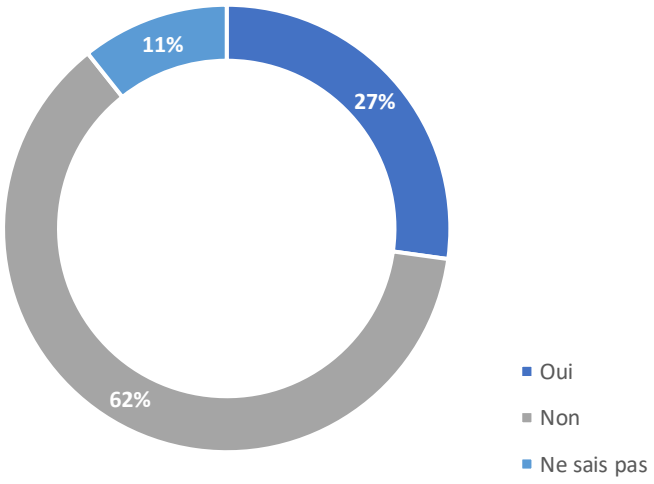
Les conditions d'accès aux MMG ont également évolué pour 41% des CDOM, avec notamment la mise en place d'une prise de rendez-vous dans la Sarthe ou encore le déménagement d'une MMG en Hautes-Pyrénées.

Pour ce qui concerne l'effection, on constate au contraire de la régulation une baisse du nombre de médecins volontaires pour 41% des CDOM ayant déclaré une évolution de l'organisation de la PDSA en lien avec la crise sanitaire, tandis que le nombre de médecins effecteurs volontaires a augmenté pour 6% d'entre eux.

Par ailleurs, 6% des départements ayant fait évoluer l'organisation de leur PDSA ont fait mention de l'ouverture de centres COVID, tandis que l'option « Autre » proposée dans le questionnaire transmis aux CDOM a permis de mettre en évidence la diminution des plages de régulation comme une évolution supplémentaire de l'organisation de la PDSA vis-à-vis de la situation épidémique au sein de certains départements (6%).

Bien que l'épidémie de COVID-19 ait nécessité une évolution de l'organisation de la permanence des soins ambulatoire pour un certain nombre de départements, les difficultés engendrées par la crise sanitaire semblent quant à elles plus limitées étant donné que seuls 27% des CDOM interrogés ont déclaré que les demandes liées à l'épidémie avaient généré des difficultés organisationnelles et/ou opérationnelles de la PDSA au sein du département.

Graphique 5- Proportion des départements ayant déclaré avoir subi des difficultés organisationnelles et/ou opérationnelles de la PDSA générées par l'épidémie de COVID-19 en 2021



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

Les difficultés évoquées concernent principalement une augmentation de la charge de travail pour les MMG, les médecins régulateurs et effecteurs. Parmi les difficultés évoquées par les départements interrogés, on retrouve également des problèmes liés à des carences de couverture médicale en horaires de PDSA, du fait de la positivité des médecins à la COVID-19 et à la difficulté de leur trouver des remplaçants. Un CDOM a également évoqué le fait que la suspension de médecins non vaccinés avait nécessité une réorganisation de l'affectation des gardes.

2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2021

2.1. La régulation médicale

La régulation médicale est un enjeu clé dans le parcours de soins des patients. Il s'agit d'une activité essentielle du bon fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires car elle constitue le point d'entrée du patient dans le dispositif. En effet, « *L'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation* ***médicale*** *téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national.* »[4] selon le Code de la santé publique.

a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA

En 2021, l'organisation de la régulation de la permanence des soins ambulatoires dépend exclusivement d'une organisation départementale pour la grande majorité des départements interrogés, à savoir 88% d'entre eux. Dans les autres cas, la régulation dépend d'une organisation interdépartementale (6%) ou d'une organisation régionale (6%) comme en Bourgogne-Franche-Comté.

Les modalités d'accès à la régulation n'ont pas évolué de manière significative en 2021, mais peuvent être diverses : « *La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. »*[5].

Les modalités d'accès à la régulation recensées en 2021 peuvent varier d'un département à l'autre *:*

- Le **15** reste le numéro d'accès privilégié à la régulation médicale en horaires de PDSA, étant le numéro d'accès à la régulation pour 78 départements, et le numéro d'accès **unique** pour 50 d'entre eux.

- Le **116-117** aboutissant à un dispositif de régulation propre est quant à lui utilisé par 14 départements.

- Un **numéro départemental ou régional spécifique,** tel que le 3966 en Bourgogne-Franche-Comté et Occitanie notamment, permet d'accéder à la régulation médicale en horaires de PDSA pour 27 départements, et constitue un numéro d'accès unique pour 15 d'entre eux.

- Les numéros d'associations **de type SOS Médecins** peuvent également constituer l'un des numéros d'accès à la régulation médicale, et constituent le point d'entrée unique au dispositif de PDSA pour les patients de Martinique.

[4] Article R6315-3 du Code de la Santé Publique - Légifrance

[5] Article L6314-1 du Code de la Santé Publique - Légifrance

Les départements peuvent cumuler plusieurs numéros d'accès à la régulation médicale en horaires de PDSA. En effet, bien que la régulation passe par un numéro unique pour la majorité des départements, 30 départements interrogés ont déclaré cumuler 2 à 3 numéros d'accès distincts à la régulation.

Pour seulement 16 départements, le médecin régulateur peut être disponible depuis son domicile ou son cabinet, on parle alors de « régulation déportée ». On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles ce mode de pratique n'est pas plus développé, car 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).

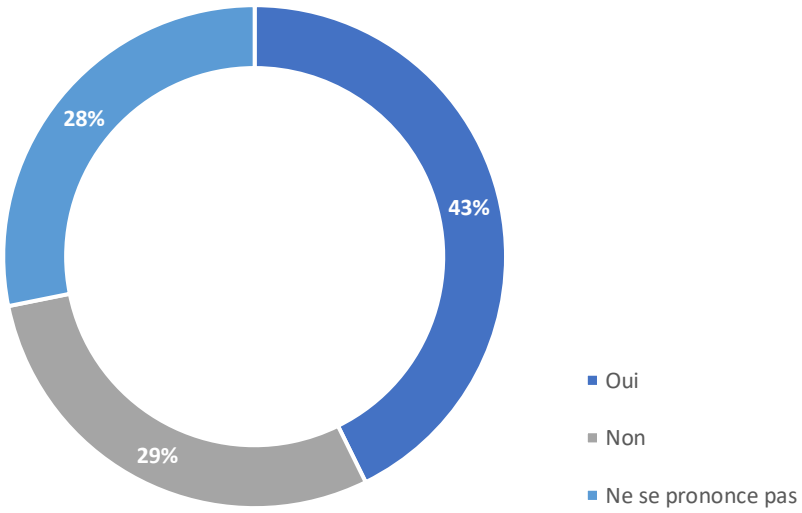
b. Déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA : le point de vue des CDOM

Nous avons interrogé l'ensemble des départements du territoire quant à la mise en place d'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 service d'accès aux soins ou d'un numéro départemental ou régional, et 43% d'entre eux ont répondu être favorables à une telle mesure. Parmi les raisons évoquées par ces départements en faveur d'un numéro spécifique, on retrouve notamment le désengorgement du 15 qui devrait selon eux être dédié aux urgences vitales, ainsi que la simplification de l'accès à la régulation pour les patients, notamment pour les patients de passage qui ne connaitraient pas les numéros de régulation spécifiques à chaque région ou département. On retrouve également auprès de ces départements une volonté de réduire le temps de traitement des appels, et de différencier les appels qui relèvent de l'urgence vitale de ceux qui relèvent des pathologies courantes. Au sein de ces départements favorables à la mise en place d'un numéro spécifique d'accès à la régulation, nous retrouvons également la grande majorité des départements actuellement expérimentateurs du 116-117 qui évoquent, en plus des raisons citées précédemment, la géolocalisation de l'appel que permet le 116-117 ou encore le dispatching judicieux qui résulte de la mise en place de ce numéro, comme en témoigne le CDOM de la Sarthe : « *Le 116-117 établi dans notre département (Expérimentation régionale) est bien connu de la population sarthoise, son utilisation est judicieuse, rares sont les appels redirigés.* ».

29% des départements interrogés se déclarent quant à eux défavorables à la mise en place d'un numéro spécifique à la régulation de la PDSA. Pour ces départements, le 15 est un numéro facile à retenir pour les patients, efficient et largement utilisé, ils craignent donc un risque de confusion en cas de mise en place d'un nouveau numéro, de surcroît s'il s'agit d'un numéro plus long que le 15. Par ailleurs, certains estiment que la régulation médicale est un point de passage nécessaire pour évaluer l'urgence de l'appel, comme l'indique le CDOM de la Vienne : « *Une qualification de l'appel puis orientation par un ARM suivis d'une régulation médicale sont les seuls moyens de différencier correctement ce qui relève l'urgence réelle (AMU) ou de l'urgence relative (SNP). Deux numéros distincts laissent cette qualification à l'appelant ce qui n'est pas pertinent dans un contexte d'urgence ressentie.* »

28% des départements interrogés n'ont pas souhaité se prononcer à ce sujet.

Graphique 6 - Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA en 2021



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

c. Déploiement d'un numéro unique consacré à la PDSA : un projet toujours en cours d'expérimentation

Bien que la mise en place du numéro 116-117[6] dédié à la PDSA ait été rendu opérationnelle depuis 2018 sur tout le territoire français, celui-ci n'a pour l'heure pas encore été généralisé à l'ensemble du pays. Son déploiement a tout d'abord été remis en question en 2019 à la suite de l'annonce de la création du Service d'Accès aux Soins (SAS) [7] et l'annonce de la création d'un numéro unique, le 113, destiné à remplacer le 15 et le 116-117. La création du 113 a été introduite dans la proposition de loi Rist mais a finalement été rejetée par l'Assemblée nationale en décembre 2020.

Depuis, le parlement a adopté en novembre 2021 une proposition de loi « *visant à consolider notre modèle de sécurité civile* », la loi Matras, dont l'objectif est notamment d'expérimenter un numéro unique d'appels d'urgence, le 112, rassemblant le 15, le 17 et le 18. Cette loi prévoyait initialement l'expérimentation de trois types de configurations :

- Un rapprochement de l'ensemble des services d'urgence ;
- Un rassemblement sans « Police-secours » ;

[6] 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. - Legifrance

[7] Article L6311-3 du Code de la Santé Publique - Legifrance

- Un simple regroupement du SAMU et des médecins de garde de la PDSA[8].

Cette dernière configuration, supprimée par le Sénat, a été réintroduite : pour le CNOM c'est la seule cohérente avec le Service d'accès aux soins (SAS).

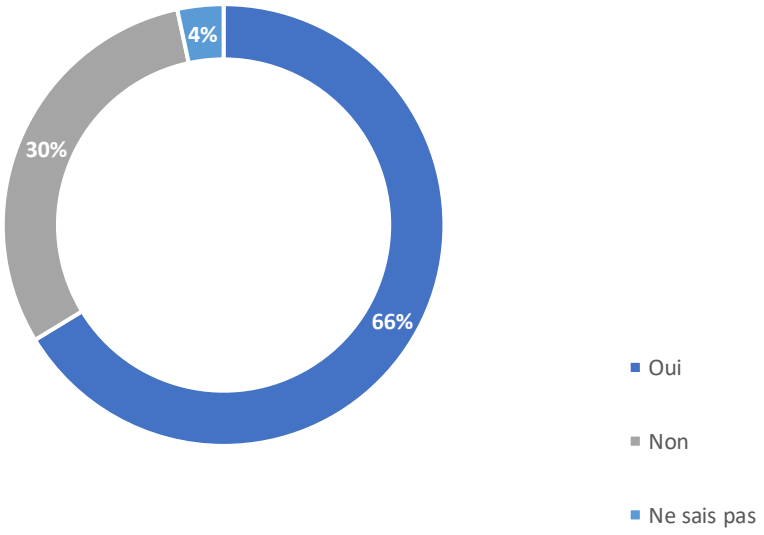
d. Les actes non-régulés

Bien que tout acte médical réalisé en horaires de PDSA soit censé être précédé d'une régulation médicale, l'absence de cette dernière reste une réalité sur le terrain et s'explique par différentes raisons.

D'une part, de nombreux médecins réalisent des actes en horaires de PDSA en dehors de l'organisation établie dans le cahier des charges, en intervenant directement auprès des patients qui les auraient sollicités via leur ligne directe par exemple.

Par ailleurs, la réalisation d'actes sans régulation médicale peut être prévue dans le cahier des charges de la PDSA, notamment dans les cas où les patients ont la possibilité d'accéder de manière autonome aux MMG ou autres sites dédiés à la PDSA, sans régulation préalable. C'est d'ailleurs le cas dans la majorité (66%) des départements au sein desquels il existe des sites dédiés, identifiés comme assurant la PDSA. Ce chiffre est en hausse de 3% en comparaison de l'année précédente.

Graphique 7- Proportion de départements au sein desquels les patients ont la possibilité d'accéder aux sites dédiés à la PDSA sans régulation préalable



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

En effet, la circulaire définissant l'organisation des MMG tempère le principe légal imposant la régulation médicale comme préalable à tout acte d'effection en horaire de PDSA 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*

[8] Texte nº 4521, adopté par la commission mixte paritaire, de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte, les dispositions restant en discussion de la proposition de loi visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels

d'appel. Un accès direct peut toutefois être accepté au vu de la situation locale »[9]. Il se peut donc que des actes soient cotés comme étant régulés alors qu'ils ne le sont pas dans les faits, notamment dans les cas où les patients ont la possibilité d'accéder à des sites dédiés identifiés comme assurant la PDSA, sans régulation préalable.

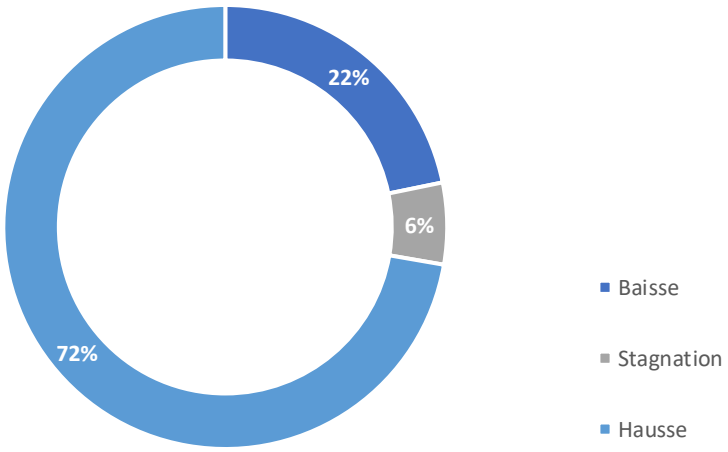
Les données fournies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ont permis de mettre en lumière le fait que plus d'un quart des actes réalisés en horaires de PDSA étaient non-régulés sur l'année 2020[10] (29%), un chiffre en légère hausse au niveau national, comparé à 2019 (27%) et qui indique une inversion de la tendance qui était orientée vers la baisse des actes cotés non-régulés les années précédentes.

D'un point de vue départemental, les variations de la part des actes cotés non-régulés sont plus marquées, avec une augmentation dans 72% des départements. Dans 16 départements, cette augmentation a été supérieure ou égale à 5% : Paris, la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne, le Val-d'Oise, l'Indre, le Territoire de Belfort, l'Oise, la Moselle, le Haut-Rhin, la Mayenne, la Sarthe, la Dordogne, le Tarn-et-Garonne, l'Allier, l'Isère et la Loire.

La baisse de la part des actes cotés non-régulés concerne 22% des départements. Dans 9 départements, cette part a baissé de 5% ou plus : l'Eure-et-Loire, la Saône-et-Loire, la Seine-Maritime, le Cantal, les Alpes-de-Haute-Provence, le Vaucluse, la Guadeloupe, La réunion et le Doubs au sein duquel la part des actes non-régulés a baissé de 17%.

Par ailleurs, la part des actes cotés non-régulés a stagné pour 6% des départements.

Graphique 8- Proportions départementales en termes d'évolution de la part d'actes cotés non-régulés entre 2019 et 2020



Lecture : En 2020, 72% des départements ont connu une hausse 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 2020, liquidation à fin avril 2021 - Traitement CNOM.

9 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.

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

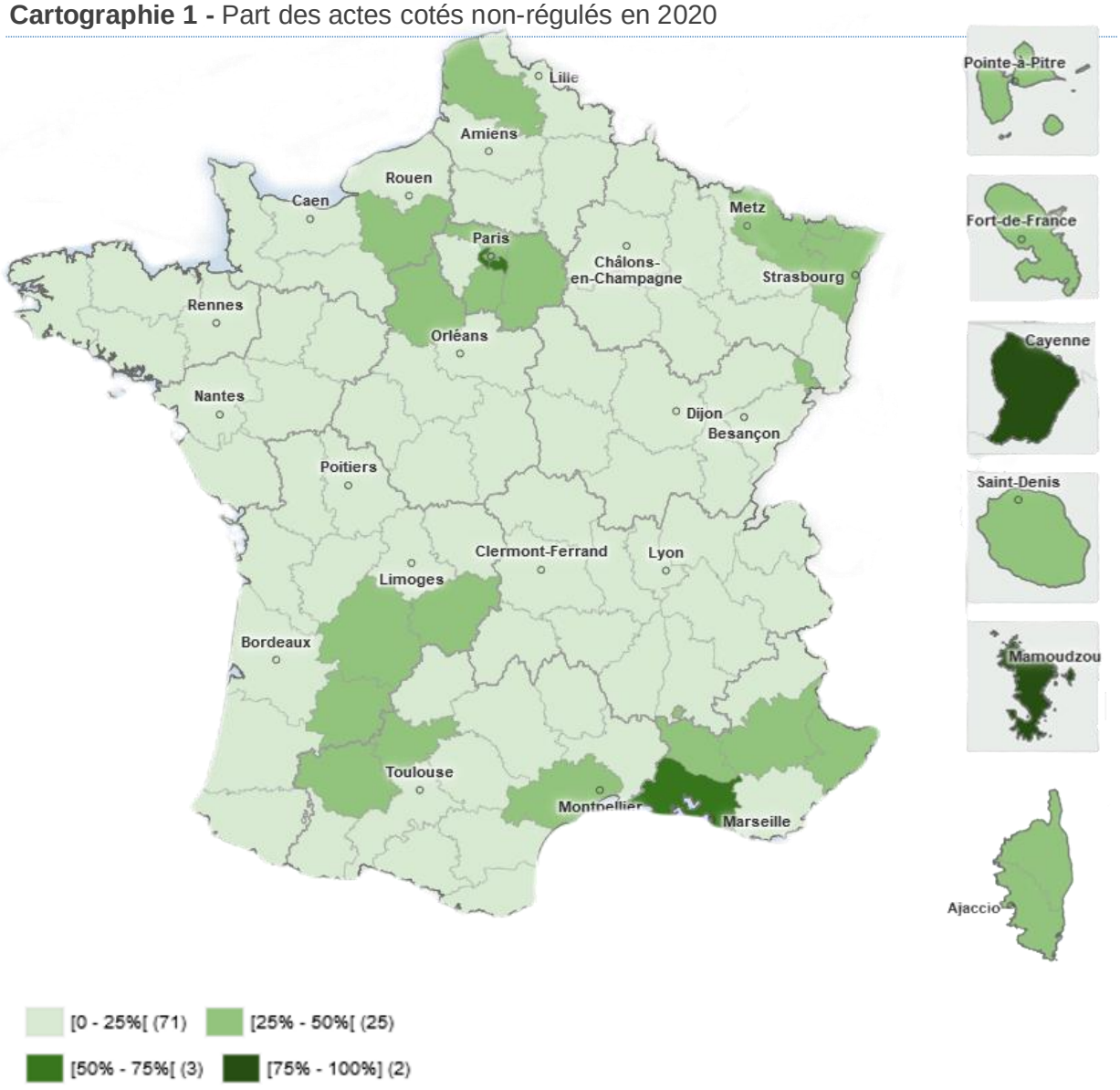
Cette tendance à l'augmentation, même légère, des actes cotés non-régulés peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- Les actes réalisés dans le cadre d'une organisation de proximité où les patients sollicitent directement leur médecin par téléphone ou à leur cabinet en horaires de PDSA sans passer par la régulation.

- L'augmentation des actes réalisés au sein des cabinets à horaires élargis, qui ne font pas partie du dispositif de PDSA mais qui couvrent une partie des horaires de permanence des soins, dont les soirées de 20h à 23h. C'est notamment le cas en Provence-Alpes-Côte-D'azur où ces cabinets permettent de répondre à la demande de soins non programmés des patients sans régulation médicale préalable.

- Le très fort développement des plateformes de téléconsultation a nécessairement participé à l'augmentation des actes cotés non-régulés.

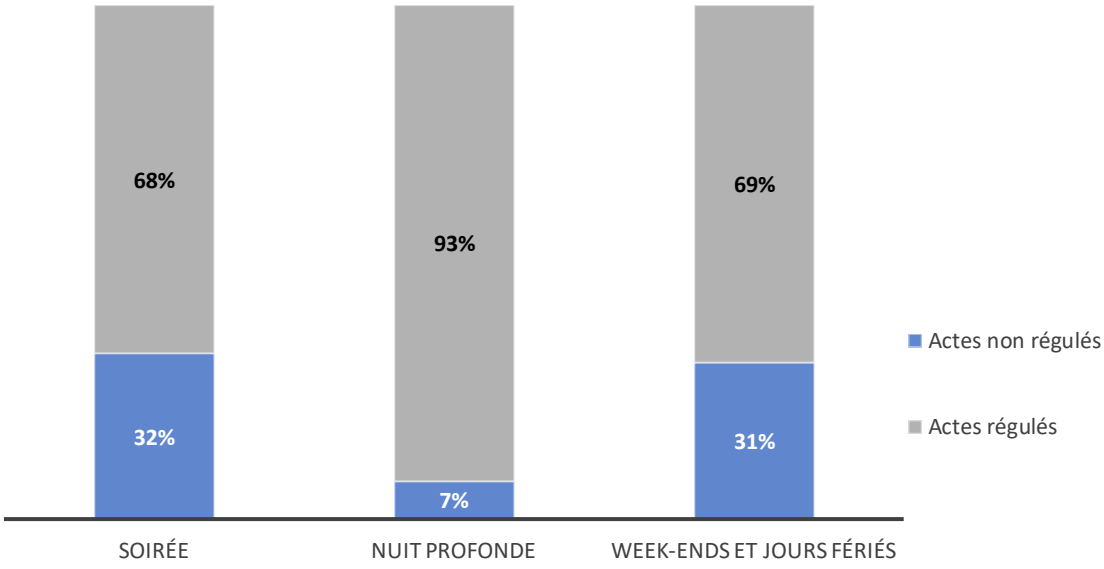
Cartographie 1 - Part des actes cotés non-régulés en 2020



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 2020, liquidation à fin avril 2021 - Traitement CNOM.

La part d'actes cotés non-régulés varie fortement selon le créneau horaire de PDSA : c'est en soirée qu'elle est la plus importante (32%) ainsi que les week-ends et jours fériés (31%) tandis qu'elle reste relativement faible en nuit profonde (7%). Pour les créneaux de soirée et nuits profondes, les proportions observées sont quasi-identiques à celles de 2019. Une hausse de 4% est à noter pour les actes réalisés durant les week-ends et jours fériés entre 2019 et 2020.

Graphique 9 – Part des actes cotés régulés et non-régulés selon le créneau horaire en 2020



Lecture : En 2020, 32% des actes en soirée n'ont pas été facturés avec la majoration de la régulation.

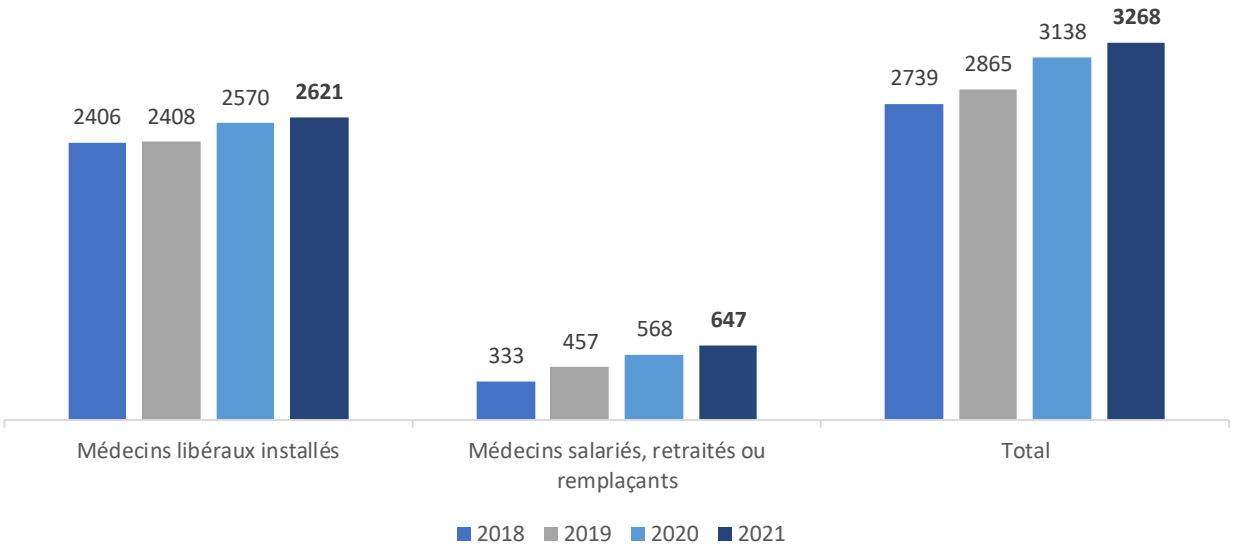
Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2020, liquidation à fin avril 2021 – Traitement CNOM.

e. La participation des médecins libéraux à la régulation médicale

En 2021, des médecins libéraux ont participé à la régulation médicale sur la quasi-totalité du territoire, à l'exception de 8 départements : dans les Ardennes, sur le territoire de Belfort, dans la Nièvre, en Guyane, à Mayotte, à la Réunion ainsi qu'au sein des organes de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie qui ne disposent pas de régulation libérale organisée.

D'après les conseils départementaux de l'ordre des médecins, 2621 médecins libéraux installés en activité régulière participaient à la régulation libérale en 2021, soit une hausse de 2% par rapport à 2020. Sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une activité régulière (soit 47184 en 2021), ils étaient ainsi 5,6% à participer à la régulation de la PDSA (contre 5,3% en 2020). A ce chiffre, s'ajoutent 647 médecins retraités, salariés ou remplaçants qui ont participé à la régulation libérale en 2021, chiffre en hausse de 13,9% par rapport à l'année 2020. Au total, ce sont donc 3268 médecins généralistes qui ont assuré le rôle de médecin régulateur en 2021, soit une hausse de 4,1% par rapport aux chiffres constatés en 2020.

Graphique 10 - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA en 2018, 2019, 2020 et 2021



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2018, 2019, 2020 et 2021

La hausse du nombre de médecins régulateurs constatée en 2020 se poursuit en 2021 mais d'une manière moins significative que l'année précédente. Cette augmentation tient surtout de la hausse de la participation des médecins salariés, retraités et remplaçants. La participation des médecins libéraux installés, bien qu'en hausse, reste proche de celle constatée l'an dernier.

La hausse globale des effectifs des participants à la régulation médicale s'explique notamment par le besoin de renforcement du front de régulation engendré par l'épidémie de COVID-19, que ce soit par l'élargissement des plages horaires de régulation ou l'ajout de lignes de gardes supplémentaires.

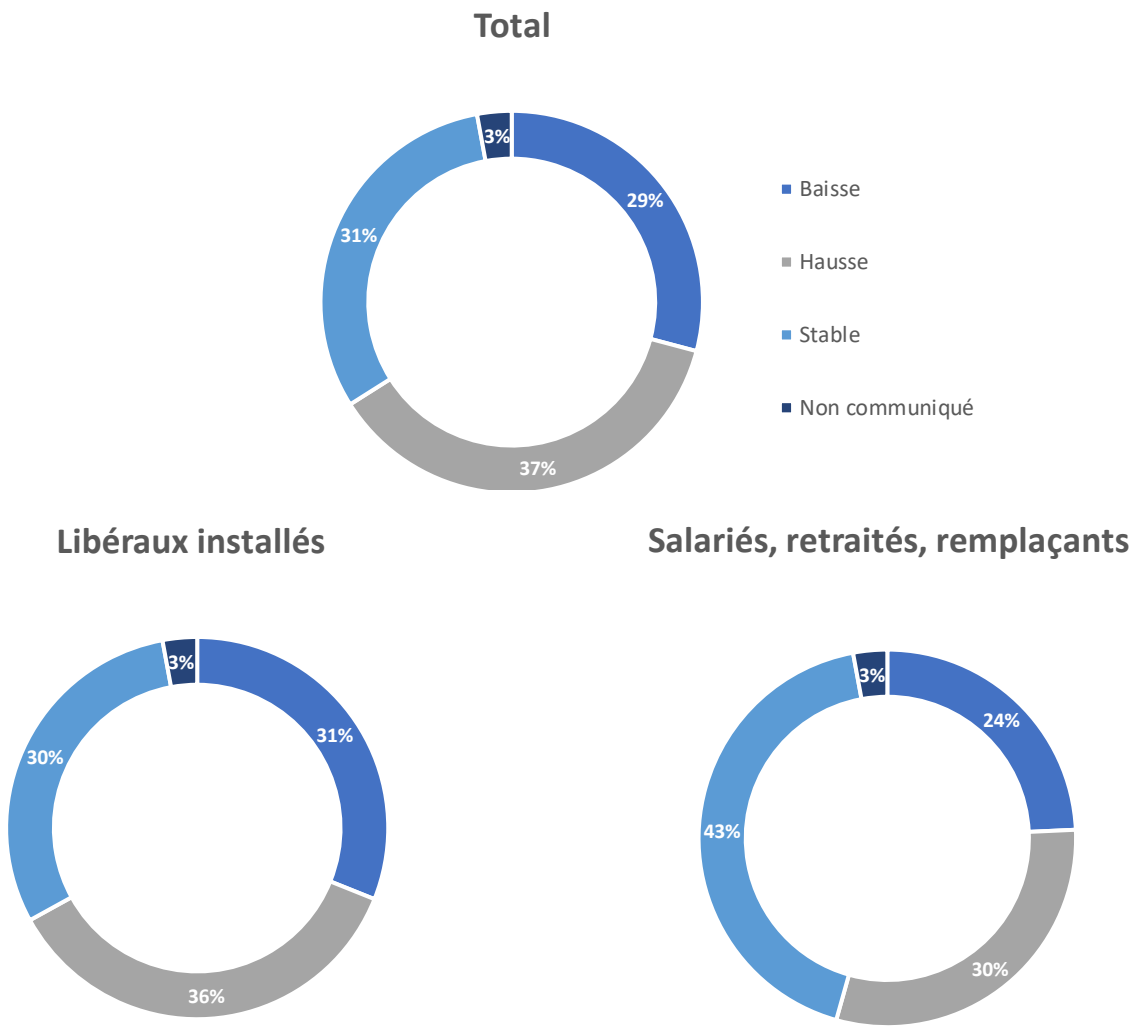
A l'échelle départementale, nous pouvons observer :

- Une hausse du nombre de médecins régulateurs (libéraux installés, retraités, salariés ou remplaçants) pour 37% des départements, avec une hausse de 9 médecins régulateurs en moyenne (médiane=3) ;

- Une baisse du nombre de médecins régulateurs libéraux pour 29% des départements, avec une baisse de 7 médecins régulateurs en moyenne (médiane=3) ;

- Le nombre de médecins régulateurs est resté stable entre 2020 et 2021 pour 31% des départements.

Graphique 11 - Évolutions départementales du nombre de médecins participants à la régulation médicale entre 2020 et 2021 – 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 augmenté pour 37% des départements entre 2020 et 2021.

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2020 et 2021

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 été intégrées au décompte.

Tableau 1 – Front de régulation libérale selon les plages horaires de la PDSA entre 2019 et 2021

Créneaux horaires	Front de régulation libérale en 2019	Front de régulation libérale en 2020	Front de régulation libérale en 2021
Samedi matin	67 à 70	72 à 75	64 à 65
Samedi après-midi et soirée	171,5 à 216,5	172,5 à 217,5	182,5 à 215,5
Dimanche et jours fériés	167,5 à 238,5	166,5 à 239,5	177,5 à 235,5
Soirée de semaine (20h – 24h)*	132 à 158	135 à 161	138 à 160
Nuit profonde (24h – 8h)	75,5 à 97,5	75,5 à 97,5	79,5 à 94,5

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)*

L'analyse de ces données en provenance des cahiers des charges régionaux de la PDSA permettent de mettre en évidence une baisse du nombre de médecins régulateurs libéraux inscrits sur la plage horaire du samedi matin. En dehors de cette plage horaire, peu de changements sont à noter par rapport aux années précédentes.

Les créneaux de PDSA pour lesquels le front de régulation est le plus important sont les samedis après-midi/début de soirée ainsi que les dimanches et jours fériés. Parmi les plages horaires pour lesquelles le front de garde est important, on retrouve ensuite les créneaux de soirées de semaine, bien qu'aucune ligne de garde ne soit prévue sur ces créneaux pour 5 départements : la Guyane, Mayotte, les Ardennes, la Meuse et la Lozère. Le front de régulation est beaucoup moins important en nuit profonde. Aucune ligne de régulation libérale n'est établie sur ce créneau pour 32 départements, soit 2 de moins qu'en 2020.

En 2021, 43 départements disposent d'au moins une ligne de régulation libérale le samedi matin, soit 4 de moins qu'en 2020.

En conclusion, on peut s'étonner de la très faible dynamique du front de garde alors que la régulation médicale est le pilier du dispositif.

g. Données d'activité de la régulation libérale

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 2020[11], la plateforme a géré 92791 dossiers, un chiffre en baisse de 2,7% par rapport à l'année précédente.

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

- 50% de conseils médicaux ;
- 33% de consultations en points fixes (cabinet d'un médecin de garde ou site dédié) ;
- 12% d'envoi d'un transport sanitaire ;
- 3% de visites à domicile.

La majorité des appels (57%) ont eu lieu le week-end (25% le samedi et 31% 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 2020 sont passés par le numéro de régulation dédié à la PDSA dans 43% des cas (-11% par rapport à 2019), ont été renvoyés par le CRRA dans 52% des cas (+12%) et par la plateforme de régulation des sapeurs-pompiers, le 18, dans 5% des cas (-1%).

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 2021, ils étaient compris entre 75€ et 150€ par heure de régulation en horaires de PDSA, tous créneaux confondus, ce qui correspond à une augmentation entre 7% et 20% pour la borne la plus haute. En effet, des revalorisations des forfaits d'astreinte ont été appliquées pour l'ensemble des départements de 3 régions en 2021 : l'Ile-de-France, la Nouvelle-

[11] Données consolidées fournies avec une année de décalage.

Aquitaine et la région Auvergne-Rhône-Alpes. C'est pour cette dernière région que l'augmentation a été la plus significative, avec notamment un passage de 100€ à 150€ par heure de régulation en nuit profonde, soit une augmentation de 50% d'une année à l'autre. En Nouvelle-Aquitaine, l'ARS a validé le tarif exceptionnel de 92€ aux heures ouvrées et samedis matin au lieu de 70€ *« afin d'appuyer les SAMU et renforcer la complémentarité ville-hôpital. Ce tarif en vigueur depuis le début de la crise (mars 2020) a vocation à s'appliquer jusqu'à la mise en œuvre du SAS. »*.

Notons également que les revalorisations des forfaits d'astreinte de régulation mises en œuvre en 2021 concernaient l'ensemble des départements pour les régions citées, sans doute dans une volonté de réduire les disparités de rémunération de la régulation au sein d'une même région. En effet, contrairement aux variations de rémunération de l'effection qui peuvent s'expliquer par la géographie des territoires notamment, les écarts de rémunération de la régulation au sein d'une même région sont plus difficiles à justifier.

Tableau 2 - Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2021

Région	20H – 24H	Minuit – 8H	Sam. 12H-20H	Dimanche, fériés et ponts 8H-20H	Samedi 8h-12h
Auvergne-Rhône-Alpes	100 €	150 €	125 €	125 €	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 €
	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				
Corse	70 €				
Grand-Est	90€ - 115€ *Majoration en cas de mutualisation interdépartementale et sur la période de fêtes de fin d'année*				*NC*
Hauts-de-France	90 €	120 €	90 €	90 €	90 €
Ile-de-France	90 €	110 €	90 €	90 €	90 €
Normandie	100 €				
Nouvelle-Aquitaine	92 €	115 € *(de 00h à 06h)*	92 €	92 €	92 €
Occitanie	75 €	90 €	90 €	90 €	*NC*
Pays-de-la-Loire	90€ - 125€				NC
PACA	80 €	110 €	95 €	95 €	95 €
Martinique	76 €	-	80 €	80€ - 100€	-
Guadeloupe	*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*				-
Guyane	-				
Réunion	82,2€ - 112,5€ *Ajout d'une plage de 19h à 20h à hauteur de 84€*	112,50 €	82,2€ - 112,5€	82,2€ - 112,5€	-

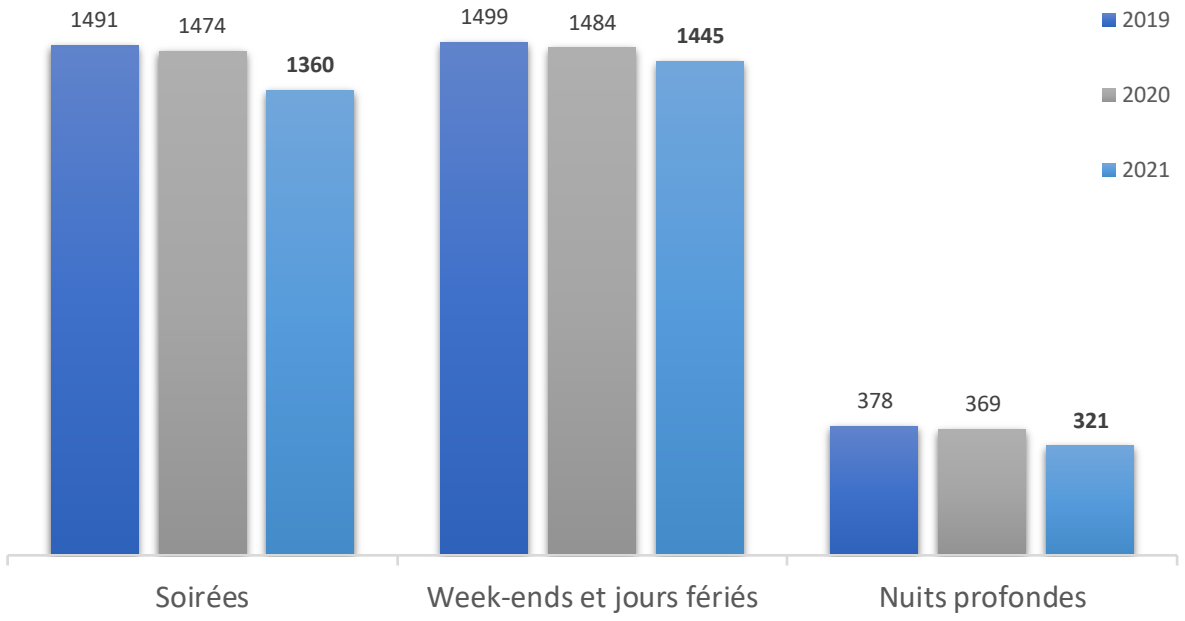
Sources : Cahiers des charges régionaux de permanence des soins et entretiens ARS.

2.2. L'effection

a. Une tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA[12]

La tendance de réduction du nombre de territoires observée depuis plusieurs années se poursuit de manière encore plus significative en 2021, surtout en soirées et nuits profondes. Entre 2020 et 2021, on constate une diminution de 7,7% du nombre de territoires de PDSA en soirées, de 2,6 % durant les week-ends et jours fériés, et de 13% en nuits profondes (Cf. graphique 12).

Graphique 12 - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire entre 2019 et 2021



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

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2019, 2020 et 2021

De manière générale, un territoire de PDS est souvent égal à une ligne de garde dans le cahier des charges de la PDSA (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 (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.

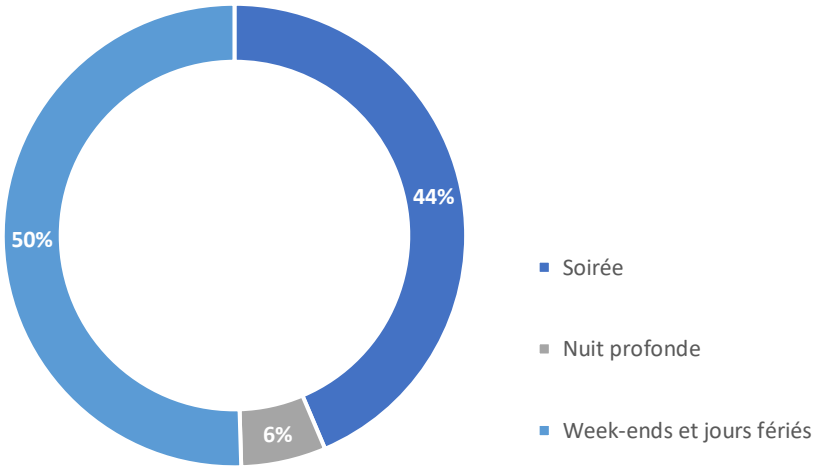
[12] Les données sur le nombre et la couverture de territoires de PDSA sont déclaratives. Il est possible que la réalité diverge de l'organisation définie par le cahier des charges, dans ce cas ce sont les données reflétant la réalité du terrain qui ont été retenues. Pour s'assurer que l'écart ne soit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

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, 2021), chiffre identique à celui observé en 2020.

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 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 ces créneaux tandis qu'en nuit profonde au contraire, elle est relativement faible, ce qui expliquerait la réduction du nombre de territoires observée sur ce créneau depuis plusieurs années.

Les données d'activité de la CNAM confirment ces tendances : en 2020, 50% des actes de PDSA étaient réalisés les week-ends et jours fériés, 44% en soirée et seulement 6% en nuit profonde.

Graphique 13 - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2020 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 2020, liquidation à fin avril 2021 – 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 de territoires sont effectivement couverts par une prise en charge ambulatoire. En 2021, leur part s'élevait à 96% les week-ends et jours fériés, à 95% en soirées de semaine et à 23% en nuits profondes (Cf. Tableau 3). Pour les autres territoires, l'effection était assurée par les services de l'AMU (Aide médicale d'urgence) faute de ligne de garde prévue par le cahier des charges, on parle alors de « *zones blanches* ».

C'est donc en majeure partie en nuit profonde que la part de « zones blanches » est la plus importante. En 2021, plus aucun territoire n'est couvert sur cette plage horaire dans 35 départements, soit 6 départements de plus qu'en 2020. Les raisons évoquées en ce qui concerne l'arrêt de la couverture de ces territoires en nuit profonde sont principalement la faible activité rencontrée sur ces secteurs, mais également la difficulté à mobiliser des volontaires sur ces créneaux. Au niveau national, sur l'ensemble des territoires en soirée, seuls 23% des départements continueraient à être couverts par une offre ambulatoire en nuit profonde en 2021, proportion en légère baisse par rapport à 2020 (27%) et liée à la réduction concomitante du nombre de secteurs sur ce créneau.

Tableau 3 - Organisation de l'effection en fonction du créneau horaire en 2021

	Territoires où l'effection est assurée par des médecins de la PDSA et taux de couverture		Territoires où l'effection 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	**1389**	**96%**	**56**	**4%**	**14**	**14%**
En 2020	*1444*	*97%*	*40*	*3%*	*18*	*18%*
Soirées (20h – 24h)	**1288**	**95%**	**72**	**5%**	**14**	**14%**
En 2020	*1316*	*89%*	*158*	*11%*	*39*	*39%*
Nuits profondes*	**307**	**23%**	**1053**	**77%**	**90**	**87%**
En 2020	*391*	*27%*	*1083*	*73%*	*88*	*88%*

Lecture : En 2021, l'effection était assurée par des médecins de la PDSA pour 96% 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%.*

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2020 et 2021

En soirées de semaine, 5% des territoires ne sont pas couverts par une offre ambulatoire, c'est 6% de moins qu'en 2020. La baisse de la part de « zones blanches » entre 2020 et 2021 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, 76% d'entre eux déclarent craindre un désengagement à venir des médecins volontaires en soirées sur un ou plusieurs territoires de PDSA (c'est 9% de plus qu'en 2020). Pour certains départements c'est

déjà une réalité, comme dans l'Orne, l'Oise, la Polynésie ou la Guyane où plus aucun territoire de PDSA n'est couvert sur ce créneau.

Lorsque nous avons interrogé les CDOM sur ce point, plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer ce désengagement des médecins volontaires pour assurer la permanence des soins les soirées de semaine. La démographie médicale, notamment l'âge avancé des médecins qui ne sont pas systématiquement remplacés à la suite de leur départ en retraite, est l'une des principales causes de ce désengagement de fait, comme c'est le cas notamment dans l'Eure, la Sarthe, l'Indre ou la Vendée. Mais les départements subissent également un désengagement « choisi » des médecins assurant la PDSA, qui se traduit par une baisse du volontariat pour des raisons variées qui peuvent se combiner entre elles :

- Un « burn-out » des médecins effecteurs, dont l'activité est très intense en journée, et pour qui il est compliqué de maintenir une activité en soirée. Cet épuisement professionnel a été évoquée par de nombreux départements, dont la Saône-et-Loire, l'Ille-et-Vilaine, le Tarn, la Haute-Garonne, la Guadeloupe ou encore la Lozère : « *L'activité de jour est très prenante et il est très difficile d'assumer une nuit de garde après 12 heures de travail en sachant que le lendemain il faudra assumer 12h : celui qui n'a jamais fait de garde ou même d'astreinte ne peut pas comprendre.* ». Il arrive également que l'intensité de l'activité ait des impacts sur la vie de famille des effecteurs : *« Les médecins qui sont déjà souvent débordés à leur cabinet, "sacrifiant" quelques fois leur vie de famille, peuvent être réticents à rajouter à leur activité de cabinet une activité de PDSA qui s'effectue de 20h à minuit en semaine.* ». Par ailleurs, la baisse du nombre de volontaires induit une augmentation de la charge qui pèse sur les médecins continuant d'assurer la PDSA, ce qui accentue d'autant plus la surcharge de travail de ces derniers.

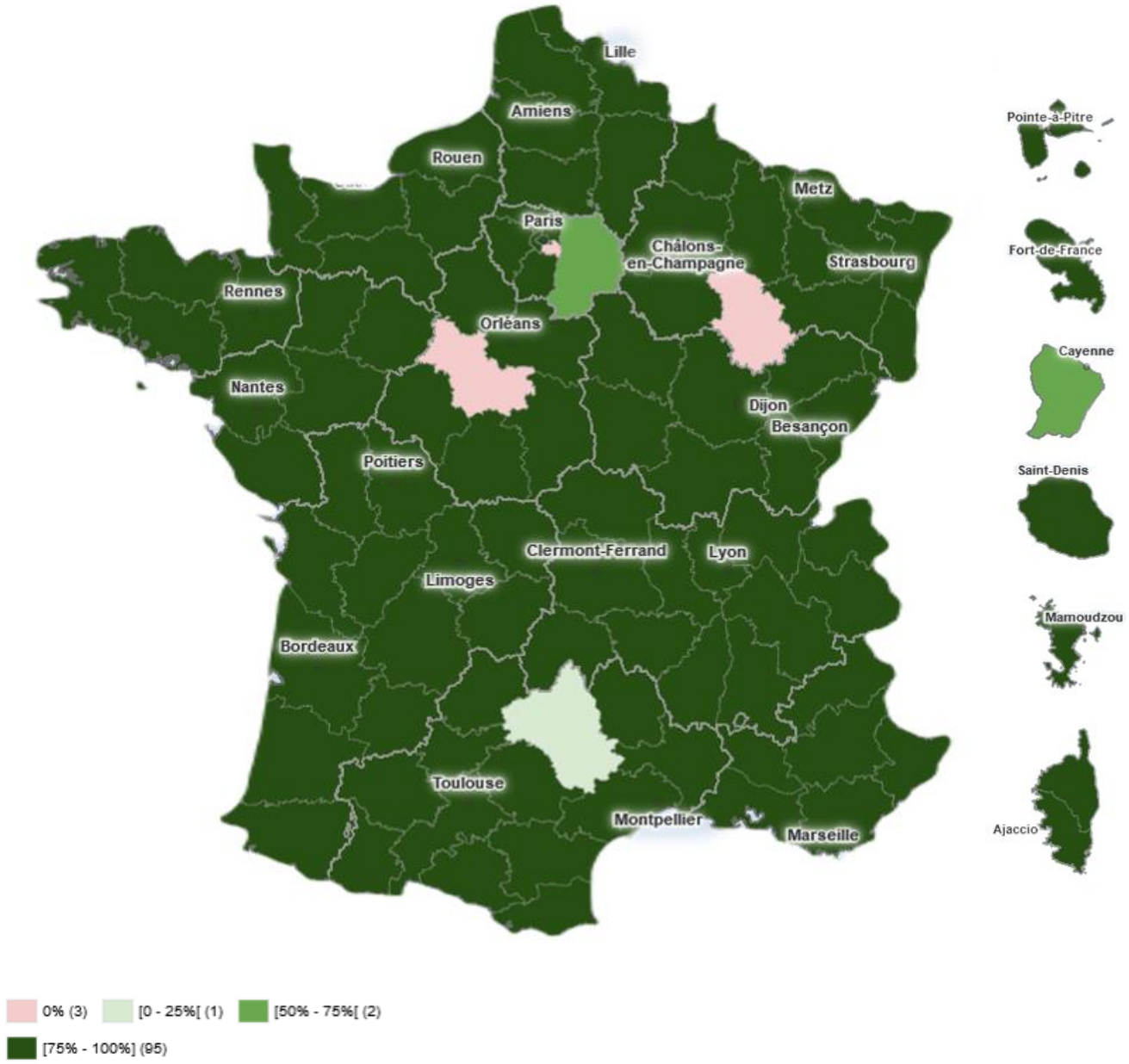
- La faible activité en soirée sur la plage horaire de 20h à minuit, comme c'est le cas notamment dans la Creuse, la Haute-Loire, les Deux-Sèvres, en Charente-Maritime ou encore dans le Pas-de Calais.

- L'extension des secteurs et l'éloignement du domicile que cela induit pour les médecins volontaires comme cela a été évoqué dans la Marne, dans le Tarn ou encore en Haute-Loire. Par ailleurs, les longues distances à parcourir, qui peuvent se compliquer selon les saisons et la géographie des territoires, créent également un sentiment d'insécurité pour les médecins volontaires de la PDSA.

- La valorisation des actes, ainsi qu'une fiscalité jugée trop lourde de ces derniers ont également été mentionnés par plusieurs départements, notamment le Nord, la Haute-Vienne, la Haute-Corse et la Nouvelle-Calédonie.

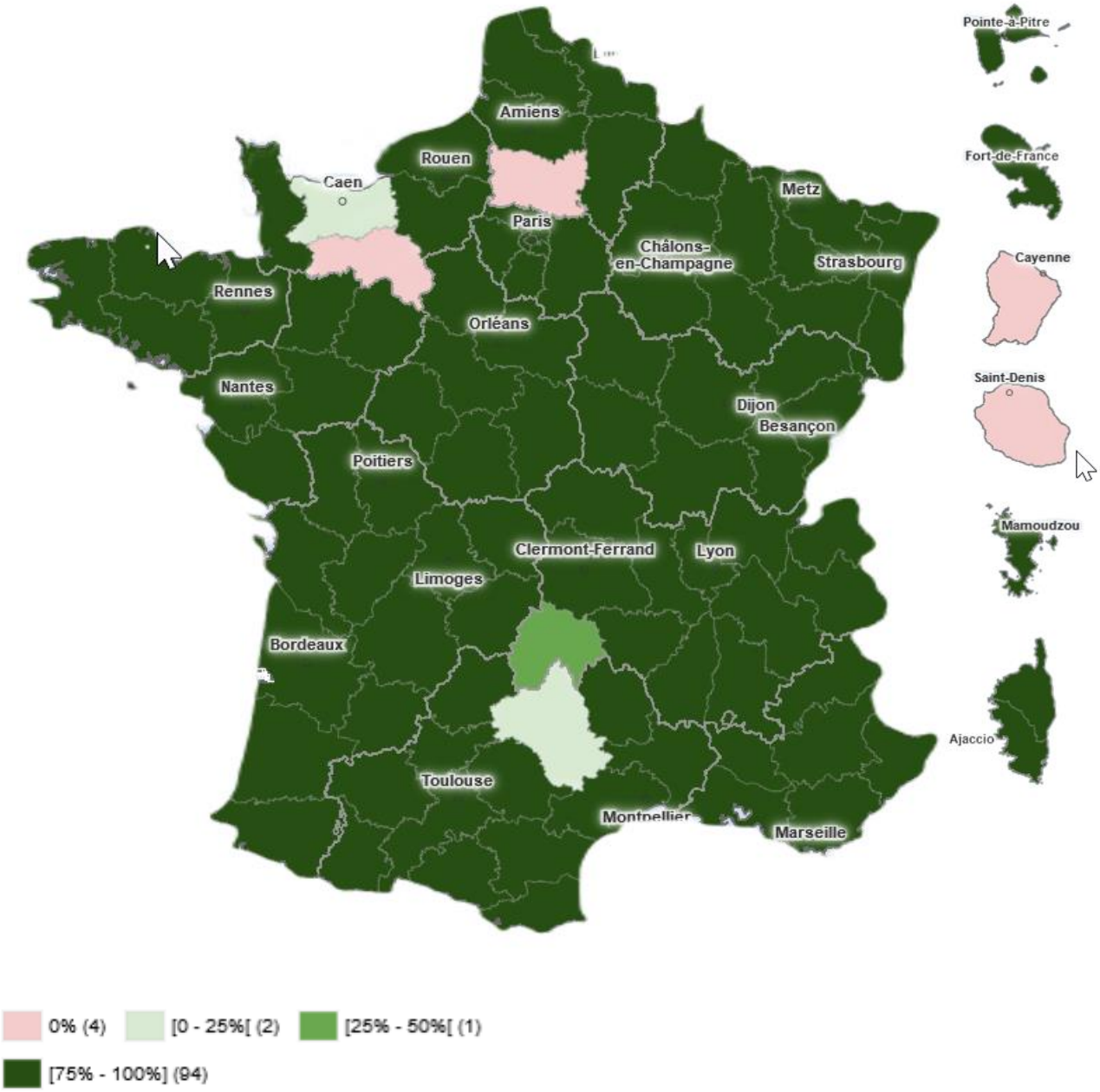
- Une évolution sociétale donnant une plus grande importance à l'équilibre vie professionnelle/vie privée, comme cela a été mentionné par les Deux-Sèvres, l'Indre ou encore la Haute-Vienne.

Cartographie 2 - Taux de couverture des territoires de PDS les week-ends et jours fériés en 2021



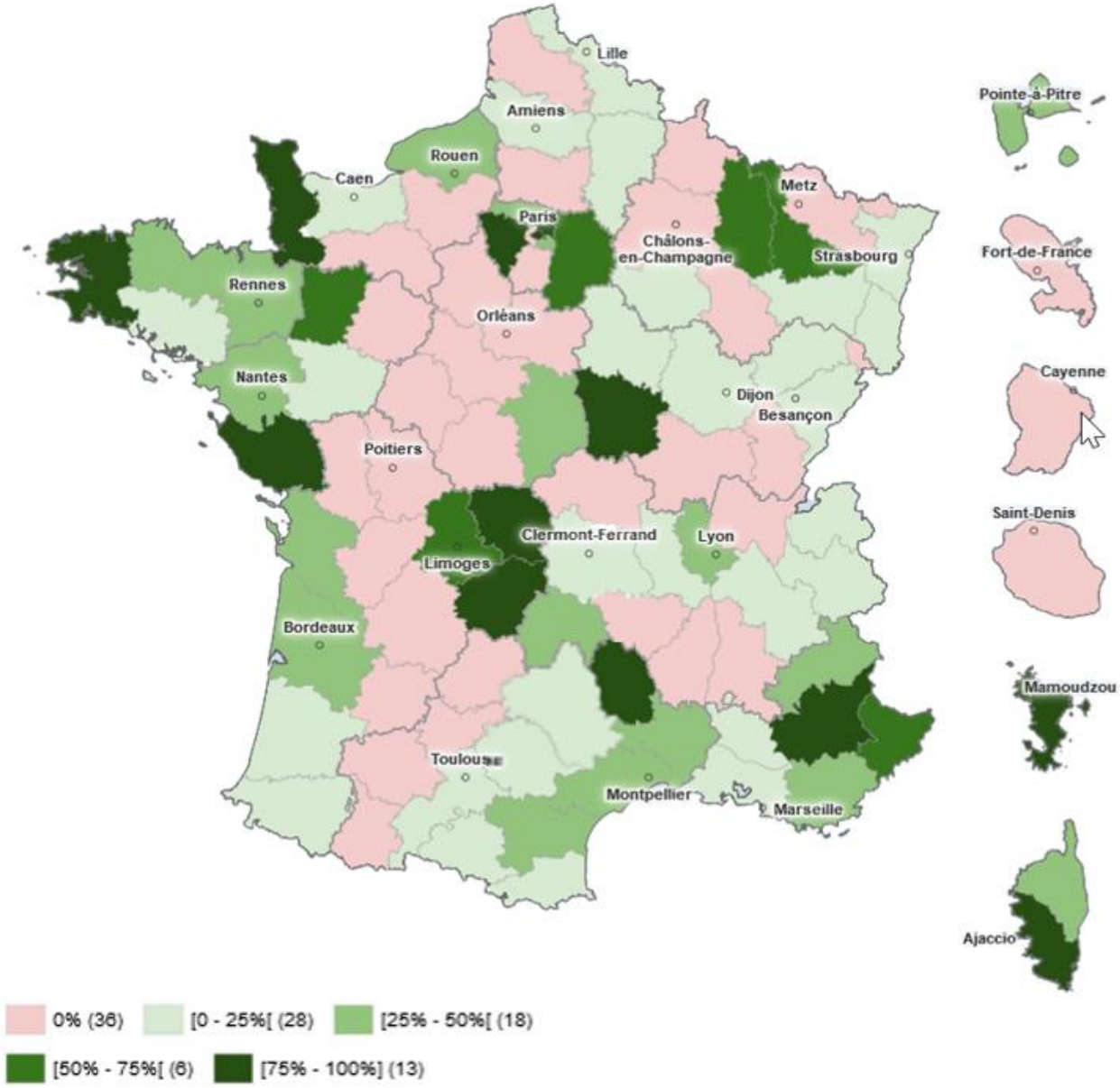
Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

Cartographie 3 - Taux de couverture des territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) en 2021



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

Cartographie 4 - Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde (de minuit à 8h) en 2021



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

c. Effection fixe : poursuite du développement des sites dédiés

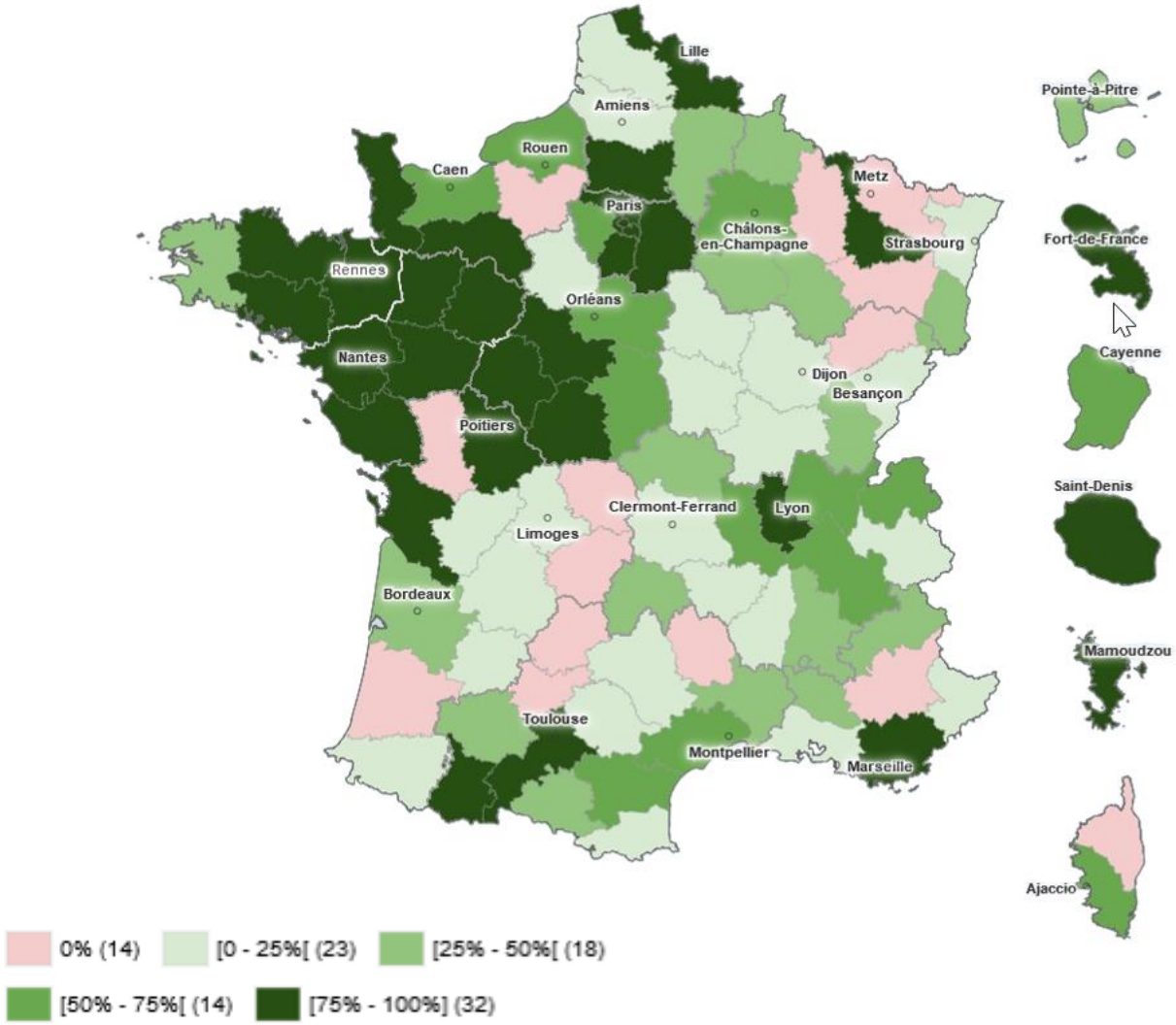
Les lieux d'effection fixe correspondent aux sites dédiés identifiés comme assurant la PDSA dans le cahier des charges régional, au sein desquels les patients peuvent se rendre pour consulter un médecin en horaires de permanence des soins. Il peut s'agir de Maisons médicales de garde (MMG), de Centres d'accueil et de permanence des soins (CAPS) ou de centres de consultations gérés par les associations de PDSA de type SOS Médecins. 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 2021, les points fixes de consultation en horaires de PDSA couvraient une grande partie du territoire puisque 89 départements disposaient de ce type de structures, soit 3 de plus qu'en 2020 : l'Aveyron, le Gers et Mayotte. Il est intéressant de noter que les prises en charge au cabinet du médecin de garde étaient toujours effectives pour 83% des 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 2021, 501 sites dédiés à la PDSA étaient dénombrés sur l'ensemble du territoire, c'est 11 de plus qu'en 2020, ce qui correspond à une hausse de 2,2% entre 2020 et 2021, contre une augmentation de 5,4% entre 2019 et 2020.

Au total, 42% des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés étaient couverts par un site dédié en 2021, couvrant un ou deux secteurs, contre 36% en 2020. La création de sites dédiés a concerné 11 départements en 2021, dont l'Indre-et-Loire, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise.

Cartographie 5 - Taux de secteurs de PDS couverts par des sites dédiés en 2021



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

La poursuite de la mise en œuvre du pacte de refondation des urgences devrait conduire à amplifier le 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 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* »[13].

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*[14] ».

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

A la question « *Quelles mesures pourraient-être envisagées pour améliorer la situation de la PDSA au sein de votre département ?* », la mise à disposition de transports dédiés pour les patients vers l'effecteur de la garde est l'un des axes d'amélioration les plus évoqués par les CDOM. Ce système est encore peu développé mais semble avant tout nécessaire au sein des secteurs où l'effection 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.

Selon l'enquête menée auprès des CDOM, 81 départements ont déclaré qu'ils estimaient que la permanence des soins ne fonctionnait pas bien sur leur département ou que certaines zones étaient en difficulté en 2021. Parmi eux, plus de la moitié (57%) ont estimé que la mise en place d'un dispositif de transport des patients était l'une des pistes à envisager pour améliorer la situation. Le renforcement de cet axe d'amélioration a d'ailleurs été encouragé par le Pacte de refondation des urgences car 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 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*

[13] Mesnier T, Carli P., Pour un pacte de refondation des urgences, Paris, 2019.

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

identifiées par les ARS ». La mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables reste toutefois assez peu développé sur le territoire. En effet, parmi les 89 CDOM ayant déclaré qu'il existait au moins un site dédié à la PDSA au sein de leur département, seuls 4 ont déclaré bénéficier d'un système de transport dédié aux patients vers un lieu d'effection fixe, soit 4 de moins qu'en 2020. Ce dispositif d'acheminement des patients vers un point de consultation, par des ambulances sur demande du régulateur ou des taxis bénéficiant d'un accord avec la CPAM, a été maintenu en 2021 dans le Pas-de-Calais, le Var, l'Orne et la Mayenne. Par ailleurs, seuls deux de ces départements ont déclaré que ce système était opérationnel dans l'ensemble des secteurs disposant d'un site dédié. En 2020, la Sarthe, la Corrèze et l'Ardèche avaient indiqué que le système d'acheminement déclaré alors n'était pas intégré au cahier des charges de la PDSA, ce qui laissait craindre une certaine fragilité quant au maintien de ces dispositifs, fragilité qui a été confirmée étant donné que ces départements n'ont pas indiqué bénéficier de ces moyens de transports dédiés en 2021.

En définitive, la question de l'acheminement des patients vers des sites de consultation est assez peu intégrée à l'organisation de la PDSA. Lorsque les modalités de transport des patients non-mobilisables sont évoquées dans les cahiers des charges régionaux, les modalités organisationnelles du dispositif ne sont que peu ou pas définies.

e. Effection mobile et prise en charge des visites incompressibles

Face au développement de l'effection fixe avec la mise en place de sites dédiés à la PDSA, l'effection 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[15]. 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.

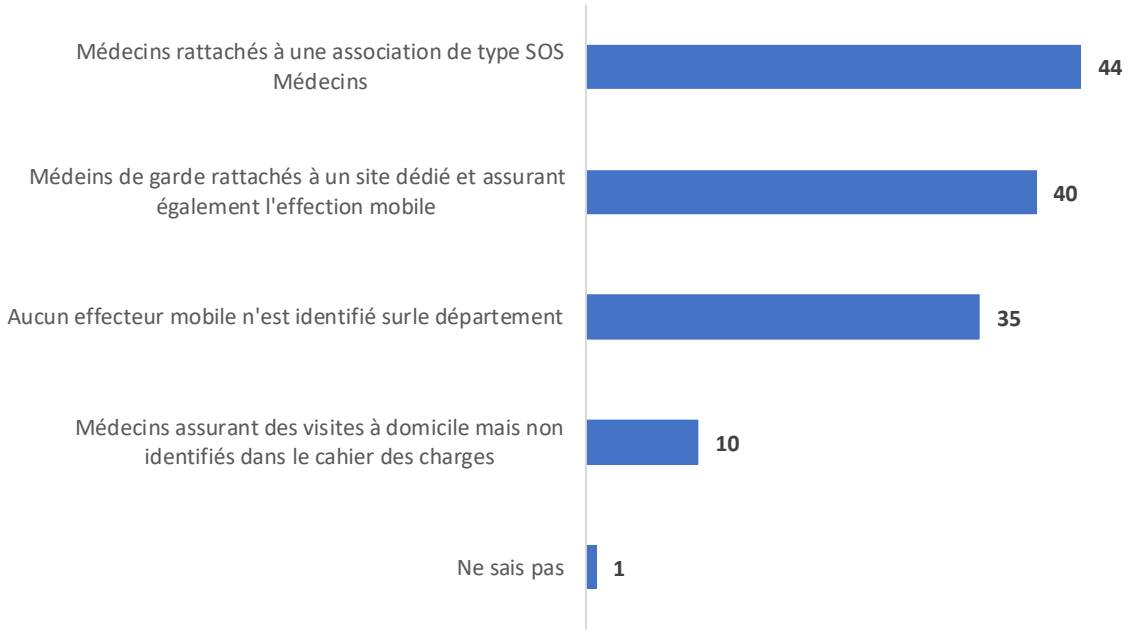
En 2021, 35 CDOM ont déclaré qu'il n'existait aucun effecteur mobile au sein de leur département (Cf. Graphique 14), parmi lesquels l'Eure-et-Loire, l'Orne, la Réunion ou encore la Vienne. Pour les autres départements, différentes modalités de réalisation de l'effection mobile peuvent être observées :

- Dans 40 départements, les visites à domicile sont effectuées par des médecins de garde rattachés à un site dédié qui assurent également l'effection mobile. C'est le cas notamment dans la Loire, en Meurthe-et-Moselle, dans le Cher ou encore le Puy-de-Dôme.
- Pour 44 départements, l'effection mobile est assurée par une association de type SOS Médecins sur une partie du territoire, en complémentarité avec d'autres effecteurs dans 63% des cas. Ils apparaissent comme les seuls effecteurs mobiles identifiés pour 16 départements, parmi lesquels le Finistère, le Gard, le Val-d'Oise, le Loiret et la Seine-Maritime.

[15] Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire

- L'effection mobile peut également être effectuée de manière « informelle » : c'est le cas dans les départements où l'effection mobile n'est pas prévue par le cahier des charges mais tout de même 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 10 départements, notamment dans la Creuse, la Côte-d'Or, ou la Haute-Vienne.

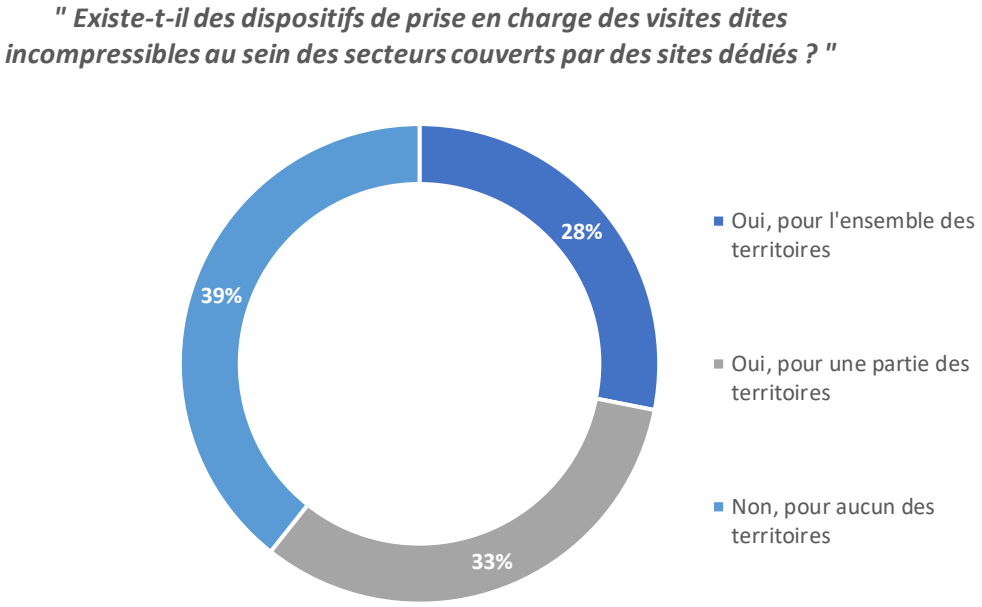
Graphique 14 – Mise en place et modalités de l'effection mobile par département



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

Pour ce qui concerne la prise en charge des visites dites incompressibles, parmi les 89 départements disposant de sites dédiés, 35 ont déclaré qu'ils n'étaient pas dotés d'un dispositif pour la prise en charge de ces visites sur les secteurs couverts par un site dédié, ce qui correspond à 33% des départements concernés (Cf. Graphique 15).

Graphique 15- Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés en 2021 *(N = 89)*



Lecture : Pour 28% 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 2021

En 2021, parmi les départements ne disposant pas d'effecteurs mobiles, seulement 2 départements disposaient d'un système d'acheminement vers l'effecteur fixe, à savoir l'Orne et la Mayenne. La PDSA n'était donc effective que pour une partie de la population, puisqu'aucune solution alternative aux sites dédiés n'était proposée aux patients dans l'incapacité de se déplacer, pour 25 départements sur les 103 interrogés.

f. Rémunération de l'effection

Au même titre que la régulation, le montant des forfaits d'astreinte d'effection est défini par les ARS. Selon l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participants à la permanence des soins ambulatoires *« La rémunération de l'astreinte du médecin inscrit sur le tableau de garde mentionné à l'article R.6315-2 du Code de la santé publique ne peut être inférieure à **150 €** pour une durée de référence de 12h ; ce montant peut varier en fonction de la durée de la plage horaire et selon les sujétions particulières, notamment les visites […].* »[16]. Ce montant a été revalorisé pour passer à un minimum de **180 €** les 12 heures, soit 15€/h contre 12,5€/h précédemment, à la suite de la publication de l'arrêté du 24 décembre 2021[17] modifiant l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la PDSA, et dont l'application est effective depuis le 5 janvier 2022.

Le cahier des charges régional peut également prévoir, dans le respect des limites fixées par l'article 2 du présent arrêté, une modulation de ces rémunérations forfaitaires en fonction des

[16] Article 2 de l'arrêté 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participants à la permanence des soins ambulatoires **valable du 30 avril 2011 au 5 janvier 2022** - Legifrance

[17] Article 1 de l'Arrêté du 24 décembre 2021[17] modifiant l'arrêté du 20 avril 2011 - Legifrance

contraintes géographiques et des différentes sujétions attachées à l'exercice de la permanence des soins. Ces rémunérations forfaitaires et, le cas échéant, les modalités de leur modulation sont précisées dans le cahier des charges régional de la permanence des soins.[18]

Au courant de l'année 2021, c'est-à-dire avant la revalorisation nationale des forfaits d'astreinte de janvier 2022, les forfaits d'effection ont été revalorisés au sein de 2 régions :

- Le Grand-Est, pour lequel l'augmentation n'a concerné que les Vosges, et dont l'arrêté modificatif sera publié courant 2022.

- La Nouvelle-Aquitaine, pour laquelle le montant des forfaits d'effection a été revue à la hausse pour l'ensemble de la région dès août 2021. Cette revalorisation a été permise par les efforts de resectorisations employés sur la région, avec une volonté de d'encourager les médecins effecteurs à participer à la PDSA pour ainsi maintenir une continuité des visites incompressibles.

En 2021, les montants des forfaits d'astreinte étaient compris entre 50€ et 200€ par tranche de 4 heures pour l'effection fixe, et entre 50€ et 420€ pour l'effection mobile, tous créneaux confondus (Cf. Tableau 4).

[18] Article 1 de l'arrêté 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participants à la permanence des soins ambulatoires - Legifrance

Tableau 4 - Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effection fixe et mobile en 2021

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€	-
		Les MMG bénéficient d'une indemnité de sujétion				
	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*
		Majoration en cas de resectorisation, fonction du temps de déplacement entre les deux communes les plus éloignées du secteur				
Hauts-de-France		100 €	200 €	200 €	300 €	-
Ile-de-France	Fixe	60€ - 200€	120€ - 400€	120€ - 400€	180€ - 600€	-
		Tarifs dégressifs à partir du 2ème acte réalisé				
	Mobile	50€ - 60€	100€ - 450€	100€ - 120€	150€ - 300€	-
		Majoration pour les effecteurs en territoires à caractère rural				
Normandie		*56 €* *Montant pouvant être modulé selon certains critères*				-
Nouvelle-Aquitaine	Fixe	55 €	110 €	110 €	165 €	-
	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*
		Les plages horaires et les montants varient selon les départements				
	Mobile	200€ - 276€	400€ - 552€	400€ - 552€	600€ - 828€	
		Baisse du montant horaire si aucun acte n'est réalisé				
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€	-
Guadeloupe		50 €	100 €	100 €	150 €	-
Guyane		250 €	-	510 €	750 €	-
		Astreinte supplémentaire de 240€ pour les certificats de décès				
Réunion	*Fixe*	50 €	100 €	75 €	150 €	-
	Mobile	100 €	-	150 €	300 €	-

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

Dans le cadre de l'enquête, la rémunération des forfaits d'astreinte et des actes en horaires de PDSA a été jugée insuffisante par plusieurs départements, et a été citée parmi les éventuelles causes du désengagement des médecins effecteurs à la permanence des soins. Par ailleurs, certains médecins déplorent de trop fortes inégalités entre les forfais de régulation et les forfaits d'effection. En effet, les montants minimums appliqués en 2021 étaient de 75€/h pour la régulation contre 12,50€/h pour l'effection.

2.3. Modification des horaires de permanence des soins

a. Extension des horaires de PDSA au samedi matin

Officiellement, les horaires de PDSA n'englobent pas le samedi matin de 8h à 12h dans le cadre du Code de la Santé Publique[19]. L'élargissement de la PDSA à cette plage horaire semble toutefois être une revendication forte des CDOM et des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux. C'est ainsi que des syndicats médicaux proposent depuis plusieurs années cet aménagement réclamé par la majorité des médecins généralistes.

Sur le terrain, l'élargissement de la PDSA au samedi matin a du mal à poursuivre son développement. En effet, en 2021, seuls 37 départements ont déclaré que la PDSA avait été élargie au samedi matin pour la régulation, soit 4 de moins qu'en 2020. 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'effection. 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 37 départements ayant étendu les horaires de PDSA au samedi matin pour la régulation, 10 les ont également élargis pour l'effection, soit 3 de plus qu'en 2020 : le Val-d'Oise, la Moselle, la Nouvelle-Calédonie, le Var, la Mayenne, l'Indre, la Manche, Paris, la Charente et La Réunion.

Pour les CDOM où les horaires de PDSA n'intègrent pas encore le samedi matin, l'élargissement de la permanence des soins à cette plage horaire semble être une attente pour une majeure partie d'entre eux, dans un contexte où de moins en moins de cabinets médicaux sont ouverts le samedi matin et où les demandes se reportent sur les autres acteurs de l'offre de soins, tels que le SAMU et les Urgences. En effet, 61% des CDOM qui ne bénéficient pas d'un élargissement de la PDSA le samedi matin, que ce soit pour la régulation ou l'effection, se sont déclarés favorables à celui-ci (Cf. Graphique 16). Ce chiffre est en légère baisse par rapport à 2020 (-4%).

Les CDOM se sont dit favorables à l'élargissement de la PDSA au samedi matin pour plusieurs raisons :

- La diminution de l'activité des médecins libéraux le samedi matin, notamment de par la fermeture des cabinets médicaux durant ce créneau : *« Les patients rencontrent des difficultés importantes d'accès pour les soins non programmés le samedi matin, beaucoup de cabinets médicaux étant fermés sur cette plage horaire »* ; *« Le changement des habitudes sociétales fait que beaucoup de cabinets sont fermés le samedi matin. »* ; « *Il y a de moins en moins de médecins libéraux ouvrant leur cabinet le samedi matin.* » ;

[19] Article R6315-1 du Code de la santé publique – Legifrance

- Le report des demandes non prises en charge le matin sur le créneau 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 *: « La plupart des cabinets sont fermés le samedi matin alors qu'un grand nombre d'appels sont régulés sur cette plage horaire par le 15, sans possibilité de prise en charge par un médecin libéral. Cela a de fait un impact sur les urgences et la PDSA à partir de 12h. » ; « La régulation se trouve en difficulté en raison du nombre d'appel entre 12 et 14 h. ».*

Les CDOM qui se sont déclarés défavorables à l'élargissement des horaires de PDSA au samedi matin sont au nombre de 10 : la Seine-Maritime, le Loir-et-Cher, la Polynésie, la Nièvre, la Guyane, les Vosges, le Finistère, la Martinique, le Bas-Rhin et les Yvelines. Ils évoquent les raisons suivantes :

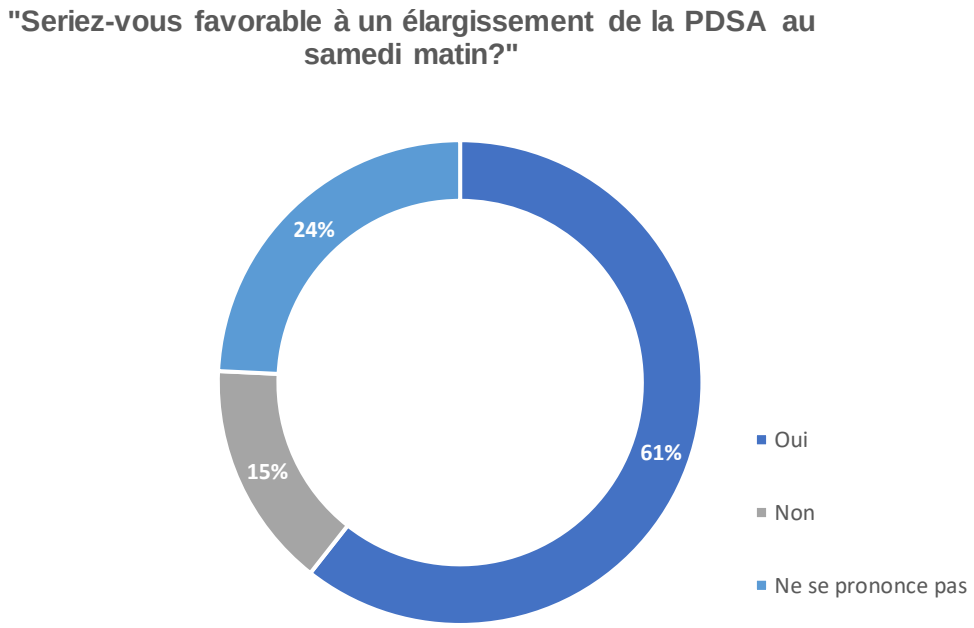
- Le manque d'effectifs et la difficulté à trouver des volontaires le samedi après-midi : « *Nous avons déjà assez de mal à trouver des médecins volontaires pour le samedi après-midi alors étendre la PDSA au samedi matin rendrait la tâche encore plus difficile (sauf pour SOS MEDECINS).* » ;

- La surcharge de travail qui pèse sur les médecins volontaires de la PDSA : *« Les médecins du département sont déjà submergés et à la limite du burn-out*. » ;

- Le fait que de nombreux cabinets soient déjà ouverts le samedi matin dans certains départements, et les inégalités que cela engendrerait en termes de rémunération entre les médecins qui sont considérés comme participant à la PDSA et les autres : « *Plusieurs cabinets médicaux ouvrent le samedi matin. Ce serait inacceptable que certains soient rémunérés au tarif de 25 euros pendant que d'autres seraient rémunérés pour les gardes.* » ; *« Le fait de passer en PDSA le matin contraindrait l'organisation et pousserait de nombreux médecins consultant le samedi matin à arrêter, certains auraient une majoration s'ils sont inscrits sur la liste PDSA et pas les autres.* ».

Par ailleurs, près d'un quart des départements (24%) ne bénéficiant pas d'une extension de la PDSA le samedi matin ne s'est pas prononcé à ce sujet.

Graphique 16 – Avis des CDOM sur l'extension des horaires de PDS au samedi matin (N = 66)



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 2021

b. Horaires adaptés en soirées

Bien que la plage horaire de soirée soit censée couvrir le créneau de 20h à 24h dans le cadre de la PDSA, il semblerait selon plusieurs CDOM que ces horaires ne soient pas en cohérence avec l'activité constatée. En effet, les demandes de prises en charge pour des soins non programmés sont souvent plus importantes en début de soirées, et moindres après 22h. Dans le cadre de l'enquête, parmi les évolutions de la PDSA que les départements souhaitaient aborder, la question de l'avancement de la plage horaire de soirée est revenue à plusieurs reprises. La Haute-Garonne évoquait notamment ce type d'évolution ; « *Changement d'horaires de PDSA en soirée : début 18h et fin 22h, ce qui permettrait au patient qui appelle en fin d'après-midi d'accéder aux soins lorsque le médecin traitant ne peut plus les recevoir.* ».

Dans la pratique, les horaires de PDSA en soirées ont déjà été adaptés dans plusieurs départements. C'est le cas notamment dans le Puy-de-Dôme où les horaires de « petite nuit » ont été avancés de 19h à 23h en remplacement de 20h à 24h. Des modifications sont également prévues en Savoie en 2022 par exemple, avec la mise en place de plages horaires allant de 20h à 23h, voire 22h selon les secteurs. La régulation libérale a également été avancée à 18h dans la Loire et à 19h dans de nombreux départements, notamment dans le Cantal, l'Isère, la Dordogne, l'Allier ou encore la Haute-Vienne. On observe également des fronts de régulation plus important en début de soirée, bien qu'ils soient maintenus sur toute la plage horaire, comme c'est le cas par exemple dans l'Ain qui dispose de 2 lignes de garde jusque 23h puis d'une seule ligne de garde sur le reste de la nuit, ou dans la Mayenne où le front de régulation n'a été renforcé que sur le créneau de 20h à 22h.

2.4. La participation des médecins à la permanence des soins

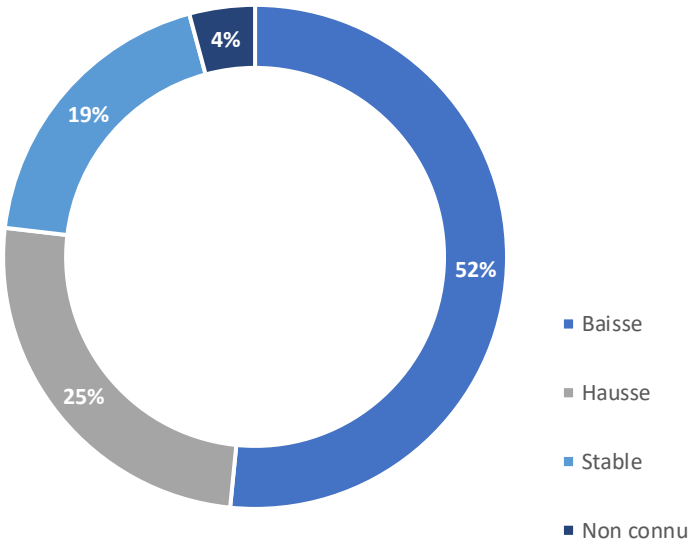
a. Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA

Comme entre 2018 et 2020, le 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 calcul[20].

Après une légère hausse de la participation constatée entre 2019 et 2020 (+0,5%), on note en 2021 une légère baisse du taux de volontariat national, qui s'élève à 38,5% (-0,8%). On dénombrait ainsi 24472 médecins volontaires[21] pour 63231 médecins susceptibles de participer à la PDSA[22].

Une grande hétérogénéité est observée au niveau départemental avec un minimum de 6% pour Paris et un maximum de 82% pour les Vosges. A noter également qu'entre 2020 et 2021, le taux de participation a augmenté pour 25% des départements, a diminué pour 52% et est resté stable pour 19% d'entre eux.

Graphique 17 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2020 et 2021



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2020-2021

[20] Les données d'activité recueilles par Ordigard ne sont pas exhaustives : elles couvrent 95 départements. Se reporter à la méthodologie pour plus de détails.

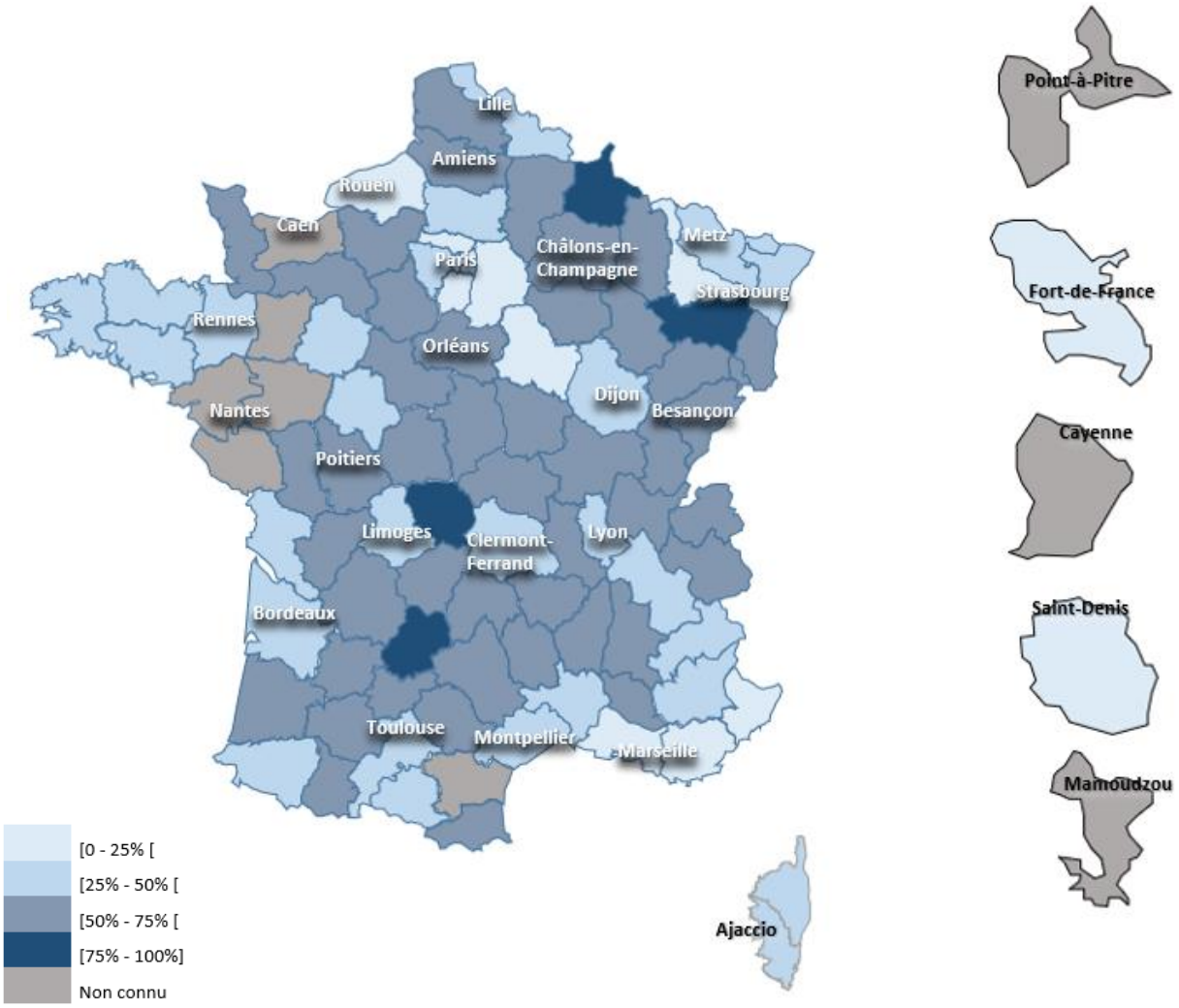
[21] Ont été considérés ici comme médecins volontaires les médecins ayant été inscrits à au moins une garde sur l'année (de régulation et/ou effection) en incluant les médecins titulaires n'ayant effectué aucune garde car remplacés.

[22] 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 SC, 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.

Ce taux doit être interprété avec précaution car il ne renseigne pas, à lui seul, sur le bon ou mauvais 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. A contrario, il arrive que des problématiques organisationnelles soient identifiées au sein de départements où le taux de participation est élevé. C'est notamment le cas dans la Charente, l'Eure-et-Loir et les Vosges où des réquisitions préfectorales ont eu lieu de manière récurrente en 2021 et pour lesquels les CDOM estiment que la PDSA est fragile sur une partie de leur territoire malgré un taux de participation très satisfaisant (respectivement 71%, 72% et 82% pour les départements pré-cités).

Il est également important de noter qu'un taux de participation départemental peut masquer des disparités entre les territoires ruraux et urbains. Cela a notamment été souligné par le CDOM de la Gironde qui indiquait connaitre des difficultés au sein de ses territoires ruraux alors même que la participation à la PDSA était satisfaisante au sein de la métropole de Bordeaux.

Cartographie 6 - Taux de participation des médecins à la PDSA en 2021



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2021

b. Couverture des territoires de PDS

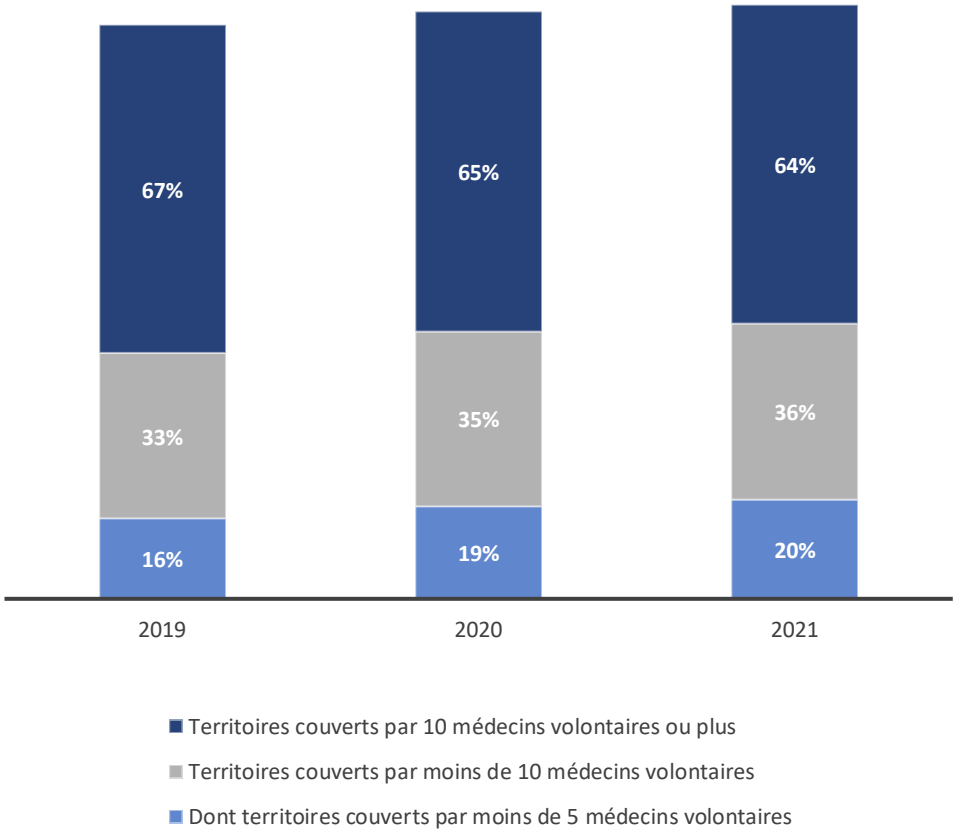
Selon les conseils départementaux, 36% des secteurs de PDSA (en prenant pour base le nombre de secteurs en week-ends et jours fériés) étaient couverts par 10 médecins volontaires ou moins en 2021, et 20% par 5 volontaires ou moins, ce qui correspond à une hausse de 1% par rapport à l'an dernier (en 2020, ces proportions s'élevaient respectivement à 35% et 19% - (Cf. Graphique 18).). En 2021, nous constatons donc une légère dégradation de la couverture des territoires de PDSA au niveau de l'effectif des médecins volontaires présents, en cohérence avec les craintes liée à la démographie médicale et au désengagement des médecins libéraux, formulées par de nombreux CDOM.

Cette baisse du nombre de médecins participant à la PDSA sur certains territoires, qui est notamment liée à la démographie médicale et à des départs en retraite, peut mettre en danger le bon fonctionnement de la permanence des soins. En effet, cela induit une augmentation du nombre de gardes par médecin, et donc une hausse de la charge de travail qui pèse sur les actuels participants de la PDSA, risquant ainsi d'engendrer une baisse du volontariat par effet boule de neige.

Le nombre moyen de gardes[23] est très hétérogène au niveau départemental et il peut également l'être au niveau des territoires de garde. Au cours de l'année 2021, les médecins effecteurs (titulaires ou remplaçants) avaient chacun réalisé 29 gardes en moyenne, de même qu'en 2020, avec un minimum de 6 gardes annuelles en moyenne dans l'Orne et un maximum de 152 en Seine-et-Marne (Source : CNOM, Ordigard, 2021). 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 2021.

[23] 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 18 - 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 entre 2019 et 2021



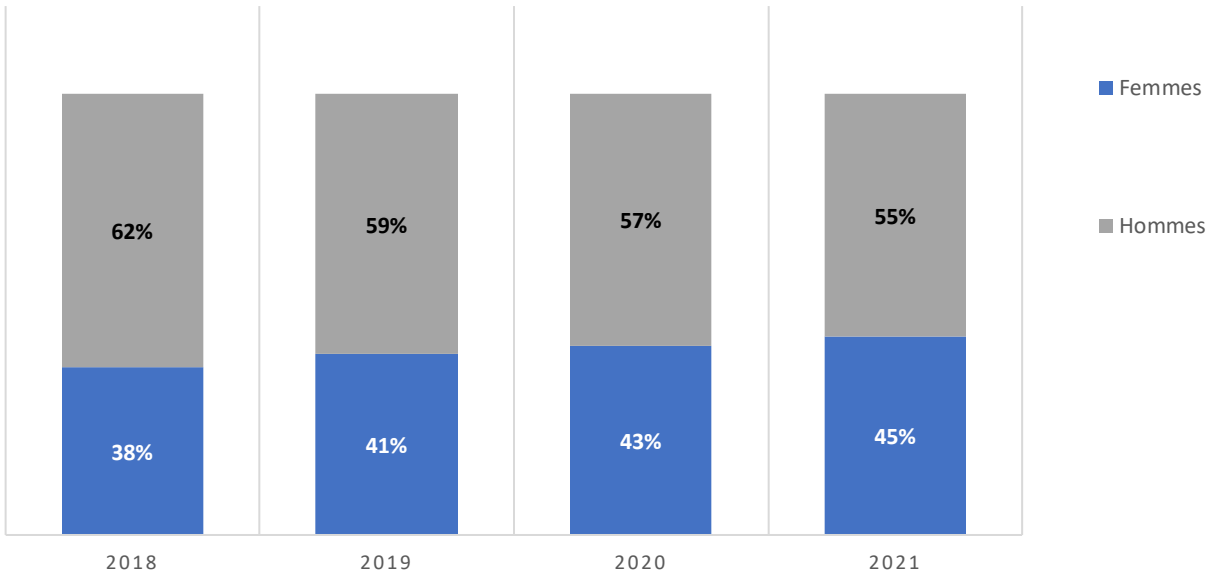
NB : sur la base du nombre de territoires de PDS les week-ends et jours fériés.

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA entre 2019 et 2021

c. Profils des médecins de garde

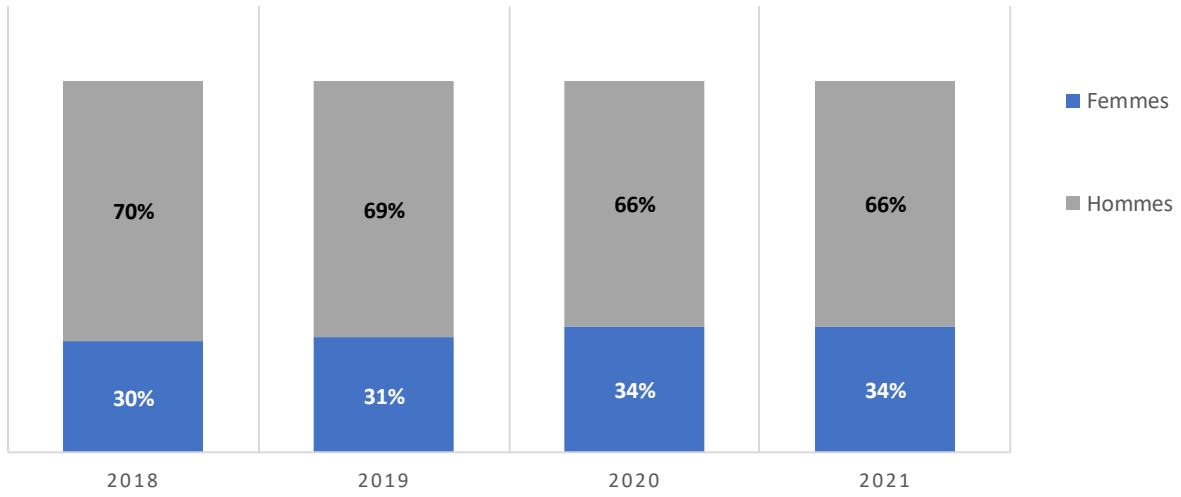
Selon les données Ordigard, les médecins participants à la PDS sont majoritairement des hommes : à 66% pour les régulateurs (Cf. Graphique 19) et à 55% pour les effecteurs (Cf. Graphique 20).

Graphique 19 - Répartition des médecins effecteurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2021



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020 et 2021

Graphique 20 - Répartition des médecins régulateurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2021

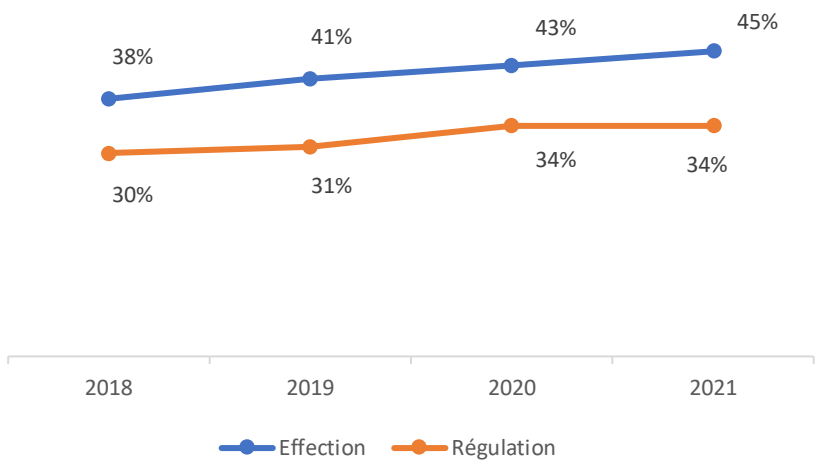


Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020 et 2021

D'une manière moins significative que l'an dernier, il est possible d'observer une légère augmentation de la part des médecins femmes assurant les gardes : chiffre en hausse de 2% pour les médecins effecteurs mais stable pour les régulateurs entre 2020 et 2021. En l'espace

de 3 ans, la part des médecins femmes assurant des gardes d'effection a augmentée de 7 points (Cf. graphique 21).

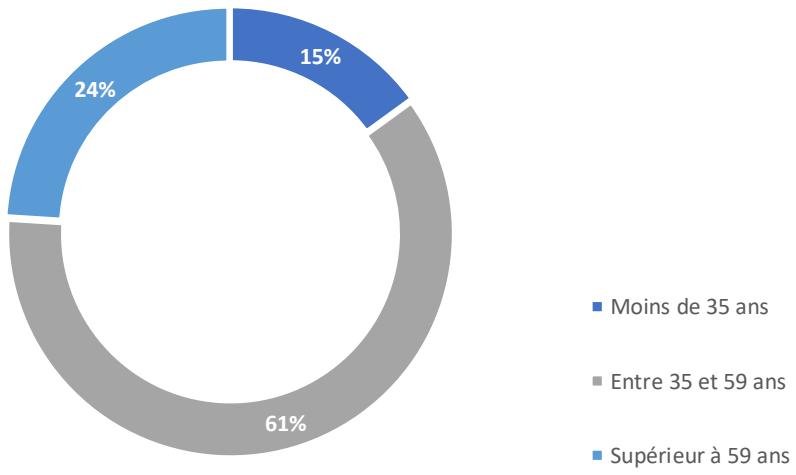
Graphique 21 - Part des médecins de garde femmes de 2018 à 2021



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020 et 2021

La baisse de l'âge moyen[24] des effecteurs de garde observée les années passées, se poursuit très légèrement avec un passage de 46,6 ans à 46,1 ans en 2021 (avec un minimum de 40,2 ans pour l'Indre-et-Loire et un maximum de 54,8 ans dans la Creuse). La grande majorité des médecins de garde se situe entre 35 et 59 ans (Cf. Graphique 22).

Graphique 22- Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2021 selon la tranche d'âge

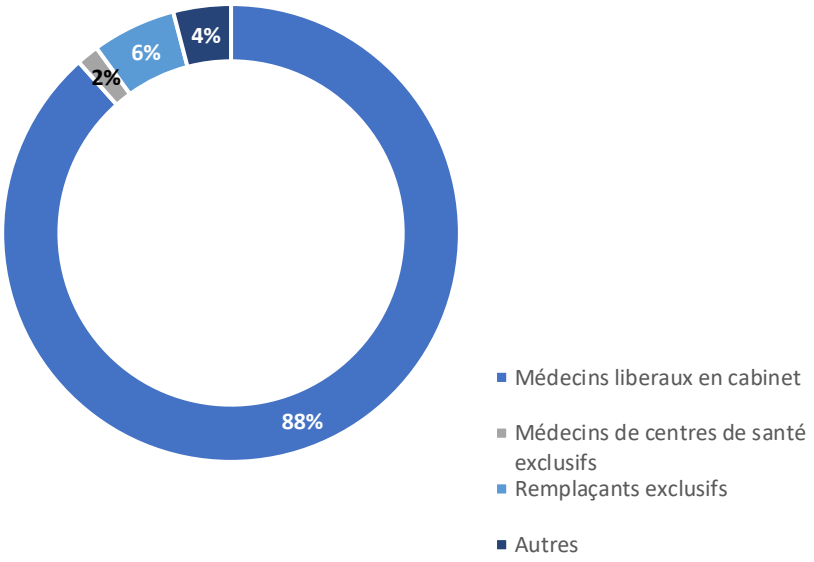


Source : CNOM, Ordigard, 2021.

[24] 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).

La permanence des soins est majoritairement assurée par les médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet. Ils représentaient 88% des médecins participants à la PDSA en 2021 (-1% par rapport à 2020). La part des médecins salariés exerçant en centre de santé participant à la PDSA a augmenté de 1 point entre 2020 et 2021 et s'élève désormais à 2%. La part des médecins remplaçants exclusifs était de 6% en 2021 et n'a pas évolué depuis 2018.

Graphique 23 - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2021 selon le mode d'exercice



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2021.

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 2017[25], 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 faut rappeler que les médecins salariés des centres de santé peuvent participer à la permanence des soins ambulatoires en leur nom propre en qualité de médecins participant de façon occasionnelle à des missions de service public. L'Instruction interministérielle du 25 octobre 2019 explicite les modalités de mise en œuvre de cette participation qui permet aux médecins concernés de percevoir les rémunérations relatives à cette activité sans relever d'un statut d'exercice libéral.

Aujourd'hui il apparait que les centres de santé et les médecins des centres ne connaissent pas bien ces deux possibilités

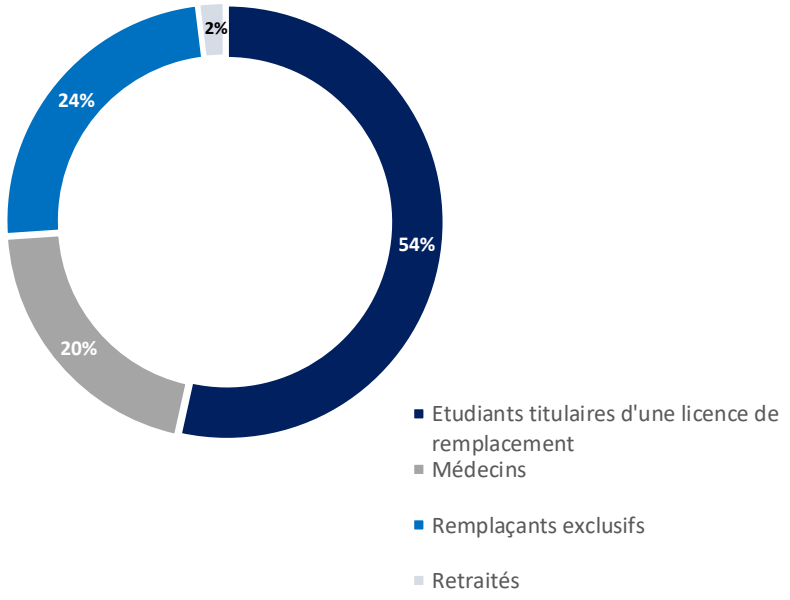
[25] Sénat, 2017, Rapport d'information n°685 sur les urgences hospitalières.

d. Remplacement

Bien qu'en légère baisse par rapport à 2020, le remplacement reste une pratique répandue étant donné qu'un quart des médecins (25,2%)[26] s'est fait remplacer au moins une fois en 2021 selon les données issues d'Ordigard, contre 27,1% en 2020. La part des médecins effecteurs remplacés au moins une fois peut varier très fortement d'un département à l'autre, avec un minimum de 0,38%en Haute-Savoie et un maximum de 63,04% en Lozère. Quant à la part des gardes effectuées par un médecin remplaçant, elle reste relativement faible et a connu une légère baisse : elle s'établit à 7,51% des gardes d'effection en 2021 contre 8,01% en 2020. Ce chiffre est lui aussi très contrasté au niveau département puisqu'il varie d'un minimum de 0,1% des gardes dans le Puy-de-Dôme contre 40,95% des gardes d'effection dans le Val-de-Marne. 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.

Les étudiants représentaient en 2021 la majorité des effecteurs remplaçants avec une part de 54% (Cf graphique 24), suivis des médecins ayant le statut de remplaçants exclusifs (24%) puis des médecins libéraux installés (20%). La participation des retraités reste minoritaire et représente une part de 2% des médecins effecteurs remplaçants. Ces chiffres sont restés relativement stables d'une année à l'autre : la part des étudiants remplaçants a augmenté d'un point tandis que la part de représentation des autres statuts est restée identique entre 2020 et 2021.

Graphique 24 - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2021 selon le statut



Source : CNOM, Ordigard, 2021.

[26] Ces chiffres ont été calculés sur la base des remplacements qui ont été enregistrés dans le système Ordigard.

En 2021, 23 départements, soit 1 de moins qu'en 2020, 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 ces médecins ont pu obtenir une carte de professionnel de santé (CPS) permettant la télétransmission dans 8 départements, comme en 2020 ;
- Une partie seulement de ces médecins a pu en obtenir dans 4 départements (contre 6 en 2020),
- Aucun d'entre eux n'a pu obtenir de carte CPS dans 4 départements (contre 2 en 2020) ;
- 7 départements n'ont pas été en mesure de répondre à cette interrogation.

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. Cette question fait l'objet d'un travail initié par le CNOM en lien avec la CNAM et l'ANS. Il pourrait faire l'objet d'évolutions en 2022.

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 au préfet de police à Paris. 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 et 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 les carences. Elles ne sont cependant pas systématiques selon les départements.

En 2021, des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDSA ont eu lieu dans 23 départements, soit 11 de plus qu'en 2020. Pour 18 départements, il s'agissait de réquisitions ponctuelles, comme ça a pu être le cas en 2021 pour la Loire, la Marne, la Dordogne, le Gard, la Vienne ou encore la Charente-Maritime. Les départements nouvellement impactés par ces réquisitions ont indiqué qu'elles avaient eu lieu de manière exceptionnelle, principalement pour répondre à un mouvement de grève ou à des carences durant les fêtes de fin d'année. Pour 5 départements, les réquisitions préfectorales étaient au contraire récurrentes sur les secteurs en carence : en Haute-Garonne, Eure-et-Loir, Charente, dans la Gironde et les Vosges. Ces réquisitions récurrentes s'expliquent majoritairement par un manque de volontaires, accentuées par des difficultés à compléter les tableaux de gardes en MMG durant les périodes de fin d'année comme c'est le cas en Gironde, ou en semaine comme évoqué en Charente.

La chambre disciplinaire nationale a jugé à l'occasion de trois décisions publiées en date du 19 avril 2021[27], que l'organisation de la PDSA permet de réquisitionner les médecins non volontaires pour remplir les plages vacantes plutôt que des médecins déjà volontaires pour assurer la PDSA sur d'autres créneaux horaires.

Il est en effet précisé que « *L'organisation de ce dispositif conduit nécessairement à ce que (…) pour répartir les périodes de permanence de façon équitable entre les médecins de chaque secteur, ces réquisitions soient adressées aux médecins ayant initialement accepté le plus faible nombre de plages, en particulier les médecins non volontaires* ».

2.5. Mise en place du Service d'accès aux soins et PDSA

Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un dispositif qui a été annoncé dans le cadre du Pacte de refondation des urgences en 2019, puis réaffirmé lors du Ségur de la Santé en 2020. Il « *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. 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. 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.* »[28].

La mise en place de ce service a vocation à répondre aux demandes de soins-non programmés en dehors des horaires de PDSA en complément de l'offre de médecine libérale et des communautés professionnelles territoriales de santé, sans pour autant s'y substituer.

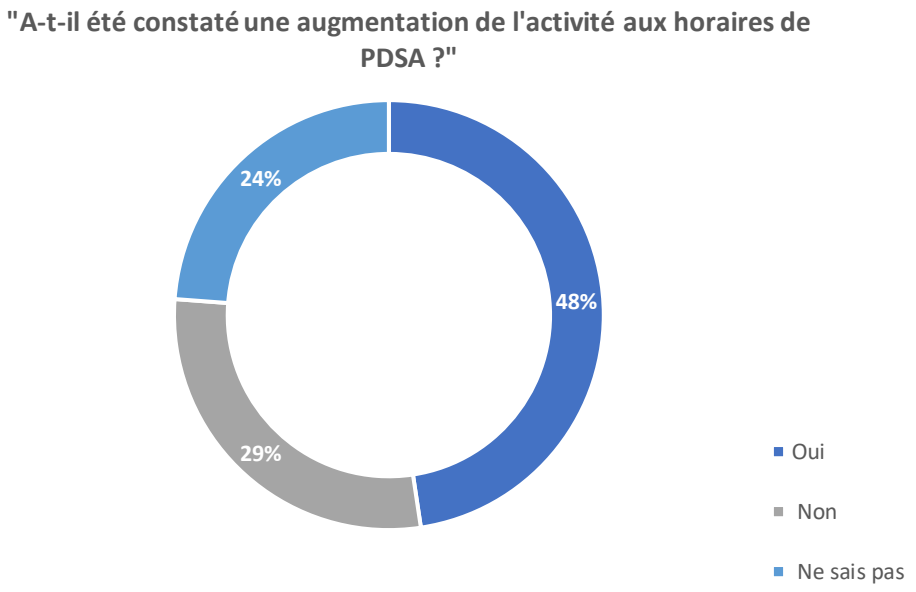
a. Impacts da la mise en place du SAS sur la PDSA selon les CDOM

Au cours de l'année 2021, 22 CDOM répartis sur 13 régions ont déclaré avoir été impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation du service d'accès aux soins. Indépendamment des sites pilotes, 18 départements ont indiqué être engagés dans une démarche de mise en place d'un tel service. Parmi les départements impliqués dans la mise en œuvre du SAS, 48% ont indiqué avoir constaté une augmentation de l'activité en horaires de PDSA du fait de la mise en place de ce service dans leur département.

[27] Chambre disciplinaire nationale N° 14116 ; 14117 ; 14118

[28] Article L6311-3 du Code de la Santé Publique - Legifrance

Graphique 25 - Constat d'une augmentation de l'activité en horaires de PDSA à la suite de la mise en place du SAS



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

Cette augmentation de l'activité en horaires de PDSA s'explique par les consultations effectuées dans le cadre du SAS en fin de journée, qui impactent de fait les gardes de PDSA sur la plage horaire de début de soirée, comme en témoigne le conseil départemental du Rhône : « *Du fait du manque de disponibilité des effecteurs, nous proposons aux patients des créneaux en fin de journée en MMG, ce qui a pour conséquences d'emboliser la PDSA.* ».

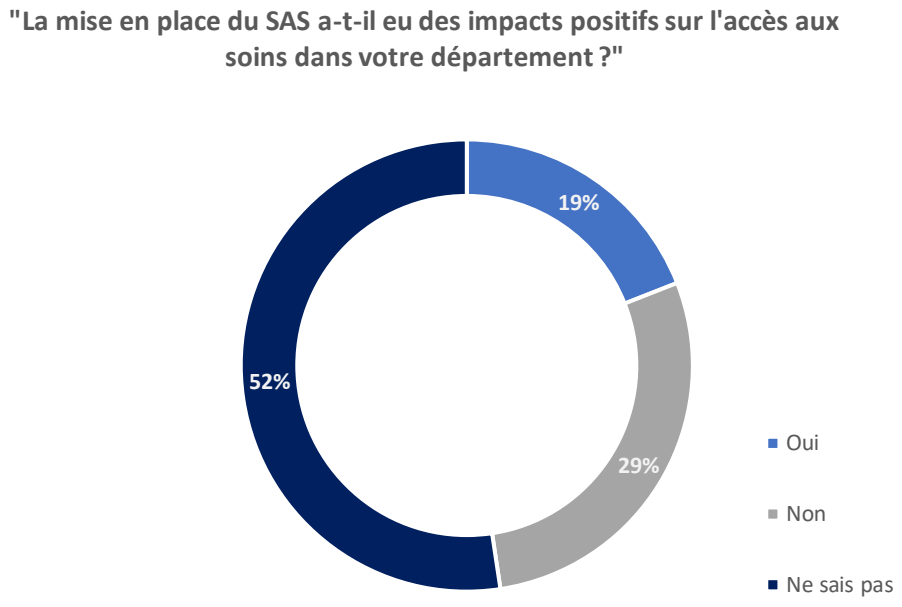
b. Impacts de la mise en place du SAS sur l'accès aux soins

Lorsque nous avons interrogés les CDOM quant aux impacts positifs du SAS sur l'accès aux soins, les retours ont été assez mitigés. En effet, ils sont une majorité (52%) à ne pas être en mesure d'évaluer l'impact de la mise en place du SAS sur l'accès aux soins, du fait de l'immaturité des projets et du manque de recul nécessaire à cette évaluation (Cf graphique 26).

Pour 29% des CDOM impliqués, la mise en place du SAS n'a pas eu d'impacts positifs sur l'accès aux soins dans leur département, du fait de la difficulté de mise en œuvre de ce service. Bien qu'ils soient unanimes quant à l'utilité d'un tel service, le manque d'effecteurs volontaires complique fortement sa mise en œuvre dans plusieurs départements, comme c'est le cas notamment dans la Somme, le Rhône ou encore le Nord.

Les CDOM ayant constaté un impact positif du SAS sur l'accès aux soins (19%) ont quant à eux souligné l'aspect structurant du SAS, la possibilité d'obtention de rendez-vous en dehors des horaires de PDSA que permet ce service, ou encore la désengorgement des services d'urgences, comme en témoigne le CDOM de la Vienne : « *Le SAS permet le plus souvent une réorientation des appels au 15 vers le médecin traitant et permet de trouver une réponse aux demandes de soins non programmés en médecine de ville sans recours aux services d'urgence lorsque cela n'est pas indiqué.* ».

Graphique 26 - Evaluation de l'impact du SAS sur l'accès aux soins selon les CDOM en 2021



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

Nous avons également interrogé les ARS concernées par le déploiement du SAS au sein de leur région, et les bilans qu'ils en ont tiré sont moins contrastés que ceux des CDOM. En effet, les ARS interrogées tirent un bilan positif de ce service dans les territoires où il a réellement été mis en œuvre, comme cela a été le cas notamment :

- En Ile-de-France : « *Le bilan est positif dans les Yvelines, car ce service a permis de proposer des créneaux dans les 48 heures aux patients ayant appelé la régulation du SAS* » ;
- En Nouvelle-Aquitaine : « *Deux beaux projets ont été mis en place en Vienne et en Gironde avec une forte implication des acteurs concernés. L'ARS est très favorable à la mise en place de ce service afin de répondre aux demandes de soins non programmés, la coopération ville-hôpital étant très attendue, d'autant que de nombreux cabinets libéraux ferment.* » ;
- En Occitanie : « *Le SAS a été mis en place en Haute-Garonne au cours de l'année 2021 et les retours concernant le démarrage sont plutôt bons malgré une période compliquée en termes de mobilisation des acteurs. La réponse à la demande de soins non programmés en horaires de SAS est un outil majeur pour faire baisser la pression sur la PDSA en régulation et également en effection.* »
- Dans le Grand-Est : « *Le SAS bénéficie d'une régulation très efficace et opérante en Moselle, l'une des deux lignes du 15 étant historiquement occupée par des médecins libéraux, il a donc été facile d'étoffer cette ligne existante. L'effection est également bien en place mais reste à développer.* »
- En Normandie : « *L'intérêt médical du SAS dans la régulation des soins non programmés est indéniable, mais nécessite du temps et une adaptation qui sera plus ou moins facile selon le contexte local.* »

Malgré l'intérêt certain du service d'accès aux soins, sa mise en œuvre rencontre quelques obstacles, tels que la difficulté à mobiliser des effecteurs, pour différentes raisons :

- La rémunération des médecins effecteurs dans le cadre de l'avenant 9[29], non conforme à leurs attentes, est à l'origine du manque d'adhésion des volontaires dans de nombreuses régions, comme c'est le cas en Bretagne, dans le Grand-Est, en Normandie, en Bourgogne-France-Compté, ou encore en Nouvelle-Aquitaine ;
- Le statut juridique conféré par le cadre légal du SAS, comme cela a été évoqué par l'ARS de la Martinique notamment. En effet, les médecins libéraux ne se sentent pas assez protégés juridiquement par le cadre légal du SAS et souhaiteraient bénéficier du statut de collaborateur occasionnel du service public ;
- En Bretagne, la plateforme mise à disposition par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ne remporte pas l'adhésion unanime des médecins. Certains d'entre eux préfèrent continuer à utiliser le téléphone ou l'outil informatique développé par l'ARS qui permet de recueillir les disponibilités des médecins via une cartographie accessible par le centre 15 et les médecins libéraux.

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

3.1. La PDSA en EHPAD

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.

[29] Arrêté du 22 septembre portant l'approbation de l'avenant n°9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 - Legifrance

En 2021, 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 (même chiffre qu'en 2020). Les dispositifs mis en place pour la prise en charge des patients en horaires de PDSA sont divers selon les territoires :

- Convention entre les EHPAD et les associations de type SOS Médecins comme c'est notamment le cas en Essonne ;
- Expérimentation de la télémédecine en horaires de PDSA, comme c'est le cas en Meurthe-et-Moselle ;
- Mise en place d'astreintes par des médecins libéraux du secteur comme dans le Loiret et l'Ariège, ou par un médecin salarié de l'hôpital comme c'est notamment le cas en Guyane.

3.2. Etablissement 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.

L'établissement des certificats de décès ne fait normalement pas partie des missions des médecins de gardes de la PDSA, mais 79% des conseils départementaux ont déclaré qu'il reposait sur ces médecins pour tout ou partie du département en horaires de PDSA en 2021, contre 83% en 2020.

Le décret n°2017-1002[30] du 11 mai 2017 et l'arrêté du 10 mai 2017[31] ont traité la question de son financement 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 soins[32].

Cette mesure ne semble pas résoudre l'organisation de la prise en charge des certificats de décès en horaires de PDSA puisque 61% des CDOM déclarent rencontrer des difficultés particulières à ce sujet en 2021, contre 56% en 2020. En effet, la principale raison évoquée par ces départements est la difficulté à mobiliser des volontaires pour rédiger les certificats de décès. Les difficultés de déplacement, les rayons d'intervention jugés trop étendus pour cet acte considéré comme non-urgent, ainsi que la rémunération de la visite pour constat et certificat de décès participent au désengagement des effecteurs à ce sujet. Ces difficultés sont d'autant plus importantes au sein de départements ne disposant pas d'effection mobile.

Certains départements ont quant à eux mis en place une organisation spécifique à l'établissement des certificats de décès afin de répondre à 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 mises en place, comme cela a pu être observé dans les départements de l'Aube, le Cantal ou l'Hérault ou encore dans Vienne et dans l'Eure où il s'agit d'une liste de médecins retraités. En

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

[31] 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. - Legifrance

[32] Par arrêté du directeur général de l'ARS.

Martinique, une convention a été mise en place entre l'ARS et le réseau médical solidaire aéroport Aimé Césaire (RMSAA) et prévoit une astreinte financée par l'ARS spécifique à l'établissement des certificats de décès. Ce réseau bénéficie de retours positifs et il est prévu que cette convention soit reconduite en 2022. Des astreintes ont également été mises en place notamment en Guyane où 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 « *Il est rappelé qu'il appartient au médecin coordonnateur de ces établissements de mettre en place une organisation préalable à la survenue d'un décès et qui intègre la rédaction du certificat, quelle que soit la période considérée*. ». 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.

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.

Depuis la parution de ce décret, le CNOM a sollicité le Ministère de la Santé à plusieurs reprises sur les points suivants :

1) *Les médecins retraités sans activité appliqueront-ils la réglementation tarifaire en vigueur ?*

Pour mémoire, les articles L162-5-14-2 et D 162-30 du code de la sécurité sociale prévoient que les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès, effectué à domicile ou en établissement médico-social (EHPAD…) sont pris en charge directement par l'assurance maladie sur la base d'un forfait. Sauf dans les zones d'intervention prioritaire, ce forfait n'est applicable qu'aux horaires de la permanence des soins

Le CNOM a indiqué au Ministère qu'il lui apparaissait difficilement concevable que les médecins retraités sans activité, qui vont se mobiliser, perçoivent un forfait dans les seuls cas actuellement prévus par la réglementation et soient tenus de réclamer des honoraires dans les autres hypothèses de temps et de lieu.

Le Ministère de la Santé a cependant confirmé le caractère restrictif de la prise en charge financière de l'intervention des médecins retraités sans activité.

2) *Les médecins retraités sans activité sont-ils considérés comme des collaborateurs occasionnels du service public conformément à l'article D 311-1 27° du code de la sécurité sociale pour l'ensemble des rémunérations perçues au titre de l'établissement des certificats de décès ?*

Le Ministère nous a indiqué que c'était bien le cas. Toutefois, il ne pouvait nous donner la garantie que l'ensemble des démarches déclaratives et de paiement direct des cotisations et contributions était opérationnel.

Par ailleurs, la qualité de collaborateur occasionnel du service public leur apportera la protection juridique de l'Etat pour les éventuels dommages causés ou subis à l'occasion de cette activité.

3.3. Examen des gardés à vue

Tout comme l'établissement des certificats de décès, l'examen des gardés à vue ne fait pas partie des missions officielles de la permanence des soins et représente un 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 précaire[33].

La réforme de 2010[34] 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.

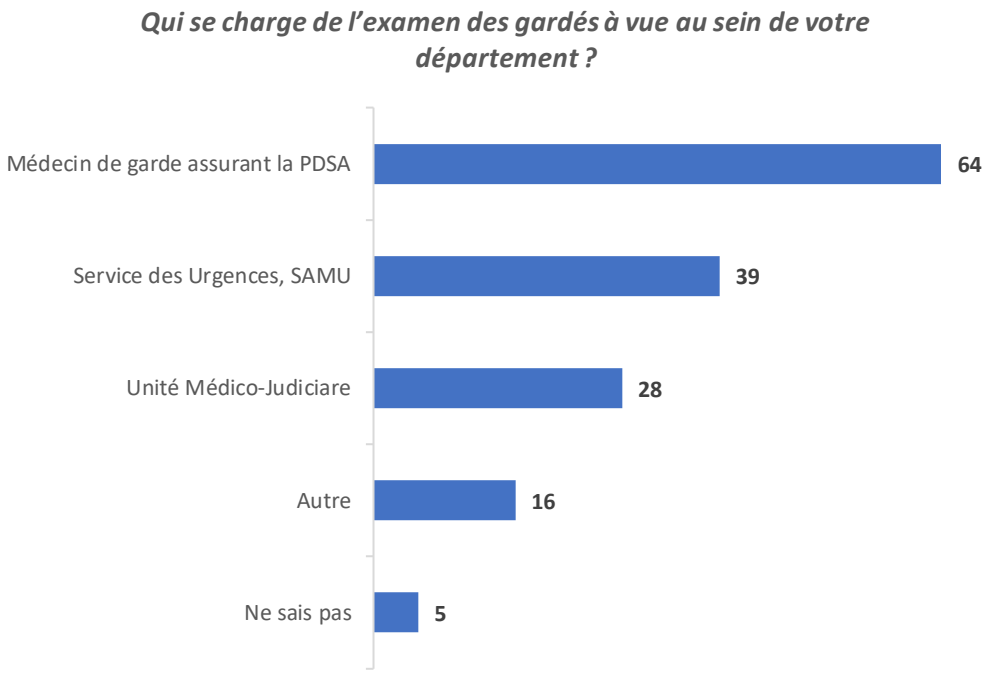
En 2021, selon l'enquête réalisée auprès des CDOM, la prise en charge exclusive par les UMJ était effective pour 8 départements (1 de moins qu'en 2020) : les Hauts-de-Seine, la Guyane, le Gard, les Yvelines, l'Orne, le Calvados, la Seine-Saint-Denis et les Bouches-du-Rhône.

Par ailleurs, la prise en charge de ces examens par les UMJ est faite conjointement avec d'autres acteurs (médecin de garde de la PDSA, SAMU, Urgences) dans 28 départements, soit 10 de plus qu'en 2020. En dehors des acteurs précédemment cités, 16 départements ont également mentionné des acteurs « Autres » (Cf graphique 27) qui font notamment référence à des associations de type SOS Médecins ou à un réseau de proximité de la médecine légale (NMLAT) dans le Var.

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

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

Graphique 27 - Répartition des acteurs participant à la prise en charge de l'examen des gardés à vue



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

Parmi les 39 départements au sein desquels l'examen des gardés à vue est réalisé par le SAMU ou le service des urgences, 18 ont déclaré que le mode d'organisation avait fait l'objet d'une convention.

Pour ces départements, des conventions ont été mis en place :

- Entre les commissariats de Police et des associations de type SOS Médecins notamment en Côte-d'Or, en Lot-et-Garonne, dans les Alpes-Maritimes et à Paris ;
- Entre le commissariat et le centre hospitalier en Haute-Loire, en Loire-Atlantique et dans le Doubs ;
- Entre le service d'ordre de la gendarmerie et le CDOM en Corrèze ;
- 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 Haut-Rhin.

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 soins[35], 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.

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

Cela est confirmé par l'enquête menée auprès des CDOM qui ont déclaré qu'au cours de l'année 2021 l'examen des gardés à vue était assuré pour tout ou partie par les médecins de la PDSA pour 79% des départements, soit 7% de plus qu'en 2020.

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 conseils départementaux de l'ordre des médecins jouent un rôle majeur dans l'organisation de la PDSA et y consacrent une part significative de leurs ressources. 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 significative 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.

De même qu'en 2020, 42 CDOM avaient ainsi dû intervenir pour compléter les tableaux de garde en 2021. Ils interviennent également en instruisant les plaintes relatives à la PDSA.

4.1. Tableau de garde

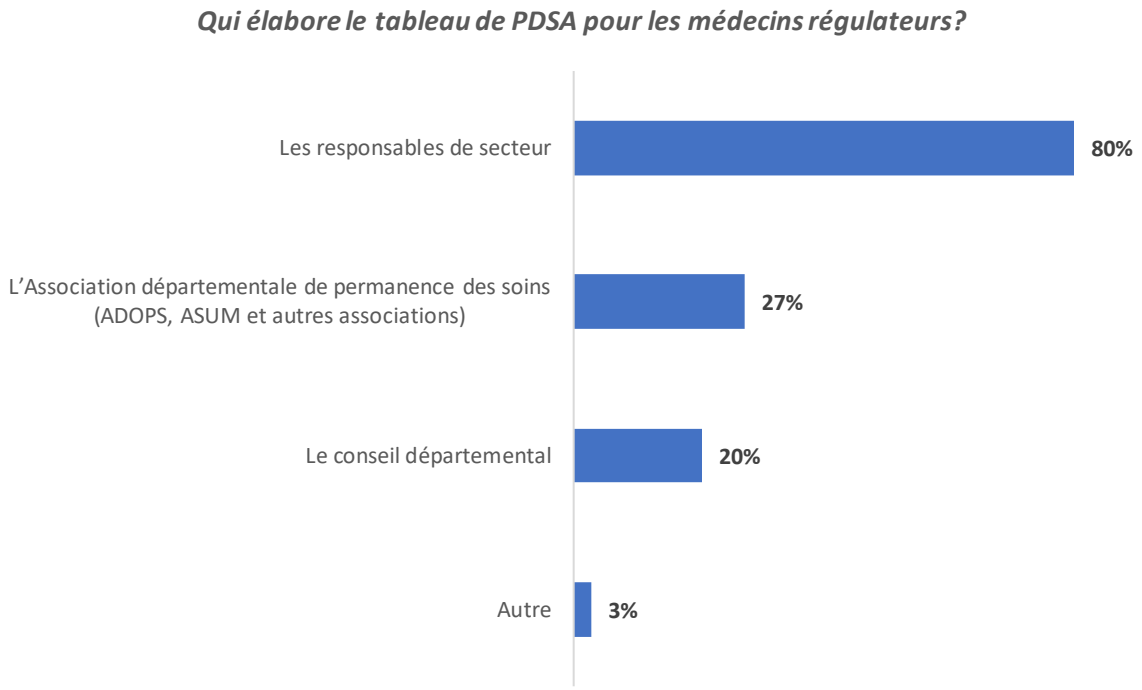
a. Élaboration

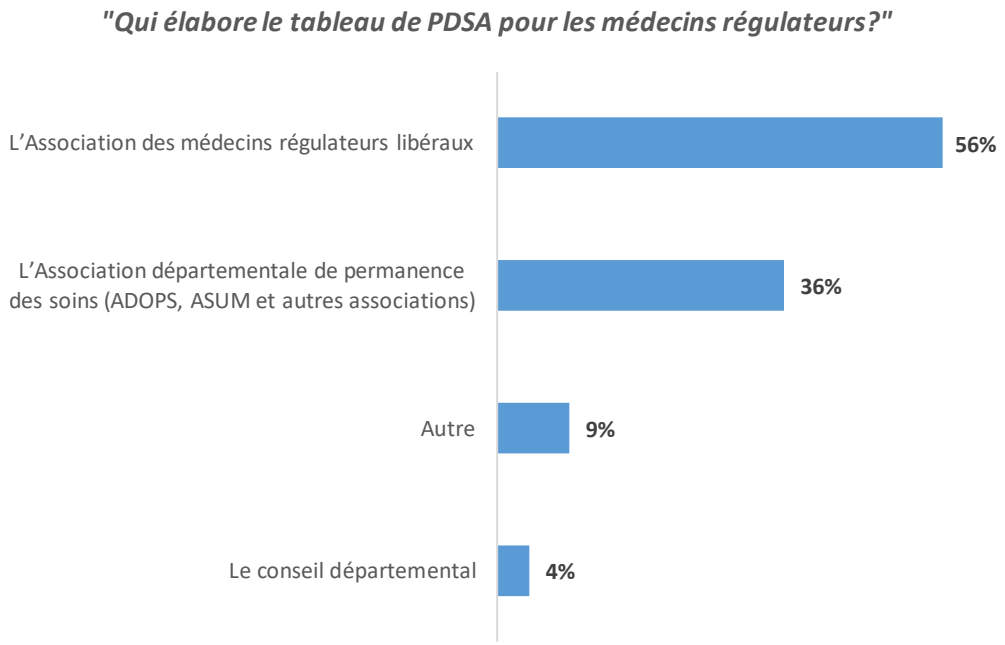
L'organisation de l'élaboration des tableaux de garde peut différer selon les départements. Ils peuvent être élaborés par les responsables de secteurs, le CDOM, l'ADOPS, l'Association des Médecins Régulateurs Libéraux (AMRL) ou encore de manière conjointe par le CDOM et l'ADOPS/AMRL. Dans tous les cas, les tableaux de garde doivent être validés par les CDOM quelle que soit l'organisation choisie quant à leur élaboration.

Pour l'effection, les tableaux sont majoritairement élaborés par les responsables de secteurs (pour 80% des départements) et dans une moindre mesure par les associations départementales de PDSA (ADOPS, ASUM, et autres associations pour 27% des départements) pour être ensuite compilés et validés par les CDOM au niveau du département.

Pour ce qui concerne la régulation, les tableaux de garde sont principalement gérés par les associations de médecins régulateurs libéraux et/ou par les associations départementales de PDSA : c'est le cas pour 95 départements. Les CDOM participent beaucoup moins à leur élaboration que pour l'effection (dans seulement 4 départements). L'élaboration des tableaux de garde de la régulation est également gérée par le centre hospitalier et le médecin coordinateur du Centre 15 pour certains départements, comme c'est le cas en Lozère, en Polynésie, Nouvelle-Calédonie ou encore dans la Nièvre.

Graphique 28 - Elaboration des tableaux de garde d'effection et de régulation en 2021





Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

b. Utilisation des logiciels Ordigard et PGarde

Ordigard est un logiciel de gestion des gardes qui a été développé en 2006 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins pour répondre au décret de 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à

cette permanence[36]. Ce logiciel permet de gérer les gardes d'effection et de régulation sur chaque secteur de PDSA, notamment par une gestion fine des secteurs, des plages horaires de PDSA, des associations de soins, des fiches de gardes des médecins ou encore de la tarification des gardes. Cette solution est accessible par tous les acteurs de la PDSA, tels que les CDOM, les médecins effecteurs et régulateurs, les ARS, les associations de soins, les associations de régulation et le SAMU Centre 15 notamment. Ils disposent de droits d'accès personnalisés selon leur statut.

Ordigard bénéficie également d'un lien direct avec PGarde, un logiciel développé et fourni par l'Assurance Maladie, qui permet de réaliser les demandes de paiement des astreintes de manière dématérialisée et sécurisée. Une fois les plannings de gardes consolidés et validés par l'ARS, ils peuvent être transmis à PGarde et engendrer un paiement sous 5 jours des médecins effecteurs, régulateurs, et associations mandataires.

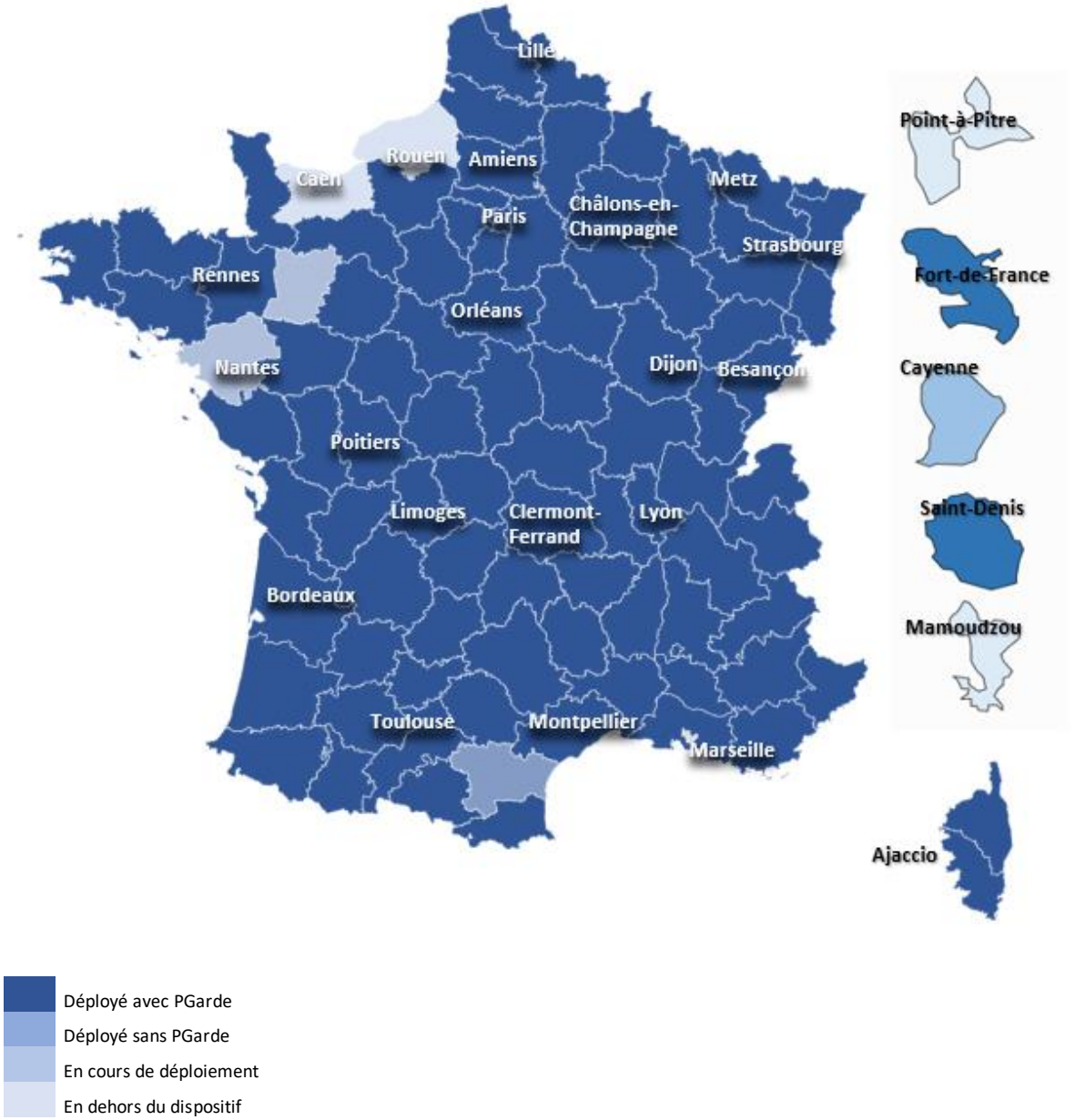
En 2021, 95 départements utilisaient Ordigard pour la gestion de leurs plannings. Parmi ces départements, 93 ont utilisé Ordigard couplé avec PGarde.

En 2021, sur 101 départements :

- 95 utilisaient Ordigard ;
- 93 utilisaient Ordigard couplé à PGarde ;
- 2 départements étaient en cours de déploiement : la Mayenne et la Loire-Atlantique ;
- 4 n'utilisaient ni Ordigard ni PGarde : le Calvados, la Seine-Maritime, Guadeloupe, et Mayotte.

[36] Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de la santé publique - Legifrance

Cartographie 7- Déploiement d'Ordigard sur le territoire en 2021



Source : CNOM, Ordigard, 2021.

Au total, 1759 secteurs ont été déclarés sur les 95 départements utilisant Ordigard, dont 1577 actifs (90%) pour lesquels des gardes ont effectivement été positionnées.

En 2021, sur ces 1577 secteurs actifs :

- 1137 étaient déclarés comme secteur mobiles (72%) sur un total de 77 départements ;
- 372 étaient déclarés comme secteurs fixes (24%) sur un total de 63 départements ;
- 70 étaient déclarés comme secteurs de régulation (4%) sur un total de 54 départements.

4.2. Plaintes et courriers reçus

En 2021, 41 CDOM ont déclaré avoir reçu des plaintes ou des courriers portant sur la régulation ou l'effection de la PDSA en provenance de médecins ou de patients, contre 30 en 2021.

Les plaintes provenaient de patients selon 16 départements en 2021, contre 11 en 2020. Ces signalements visaient à la fois la régulation (propos jugés inappropriés, refus d'envoyer un effecteur ou une ambulance et délai de réponse), et l'effection (qualité de la prise en charge, appréciation de la pathologie du patient, attitude du médecin, honoraires).

Par ailleurs, 19 CDOM ont indiqué avoir reçu des plaintes ou courriers en provenance de médecins de la régulation à l'encontre de médecins effecteurs. Ces signalements portaient essentiellement sur l'indisponibilité des médecins effecteurs (difficultés à les joindre ou carences) et sur leur refus de se déplacer, que ce soit pour des visites incompressibles ou l'établissement de certificats de décès.

Pour 4 CDOM, les plaintes et courriers provenaient des médecins effecteurs concernant notamment la non-efficience de certains appels en provenance de la régulation et les conditions de travail en lien avec l'organisation de la PDSA sur le territoire.

Un département a également signalé avoir reçu des signalements de la part du préfet visant des médecins qui n'auraient pas honoré leur réquisition.

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 de 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 2021, 89 départements disposaient d'une association de permanence des soins (qu'il s'agisse d'une ADOPS/ASSUM ou d'une AMRL), soit trois de moins qu'en 2020. Ces structures sont ainsi particulièrement développées sur le territoire et concourent grandement à l'organisation de la PDSA.

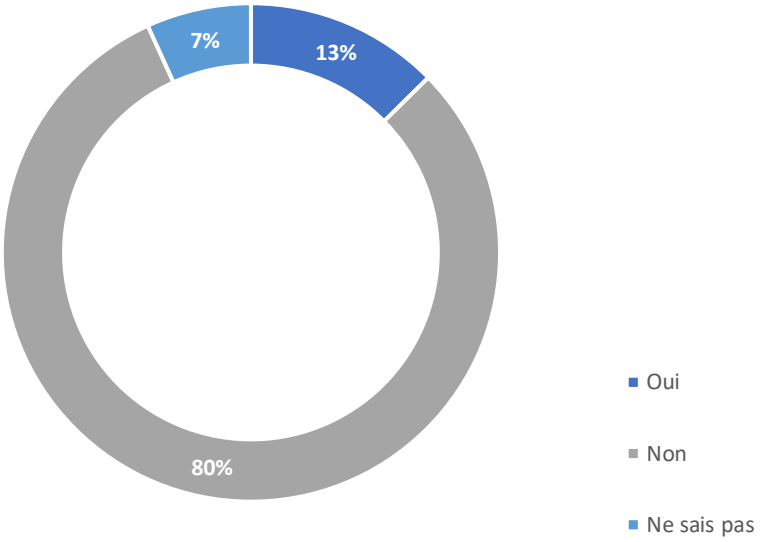
b. Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Alors que l'organisation de la PDSA ne fait pas partie des missions socles des CPTS, 13% des CDOM estiment que des CPTS pourraient jouer un rôle dans l'organisation de la PDSA.

5. Permanence des soins ambulatoire spécialisée hors médecine générale

Bien qu'en légère hausse par rapport à 2020, les prises en charges spécialisées hors médecine générale organisées en horaires de PDSA restent minoritaires en 2021. En effet, 13% des CDOM ont déclaré qu'il existait une PDSA spécialisée hors médecine générale au sein de leur département (Cf graphique 29), contre 11% en 2020.

Graphique 29- Départements disposant d'une PDSA hors médecine générale en 2021



Source : CNOM, Enquête PDSA 2021

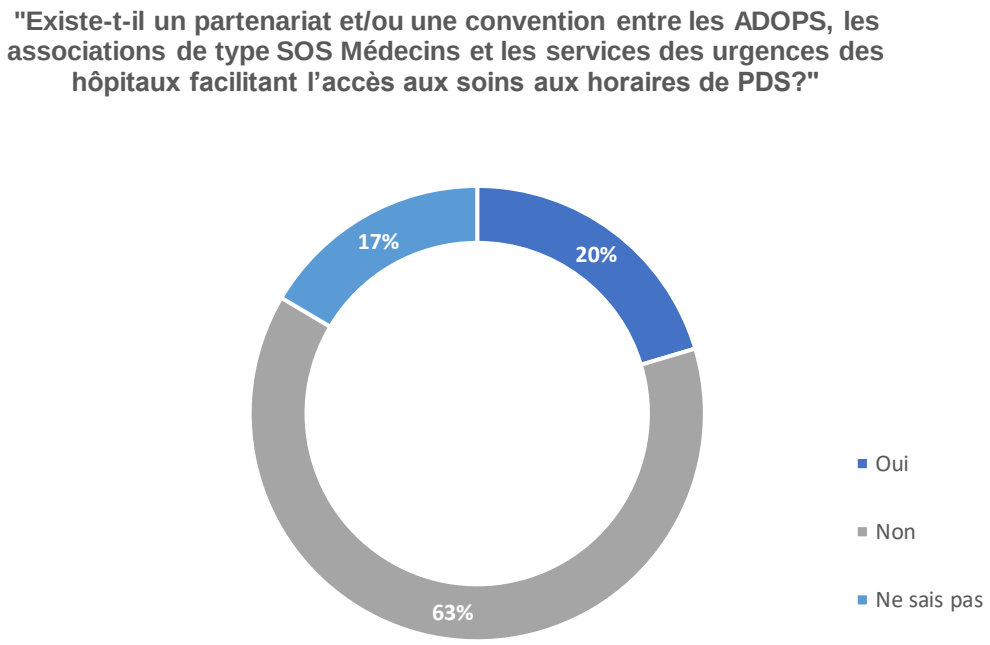
La PDSA spécialisée hors médecine générale organisée au sein de ces départements concerne notamment les spécialités suivantes :

- La pédiatrie comme c'est le cas dans la Loire, les Alpes-Maritimes, le Bas-Rhin, l'Isère, et la Loire-Atlantique ;
- L'ophtalmologie comme dans le Morbihan, les Landes et la Charente.

6. Partenariat ville-hôpital

En 2021, 20% des CDOM ont déclaré qu'il existait un partenariat et/ou une convention entre les ADOPS, les associations de type SOS Médecins et les services des urgences facilitant l'accès aux soins aux horaires de PDSA (Cf graphique 30), contre 21% en 2020.

Graphique 30 - 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 PDSA



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2021.

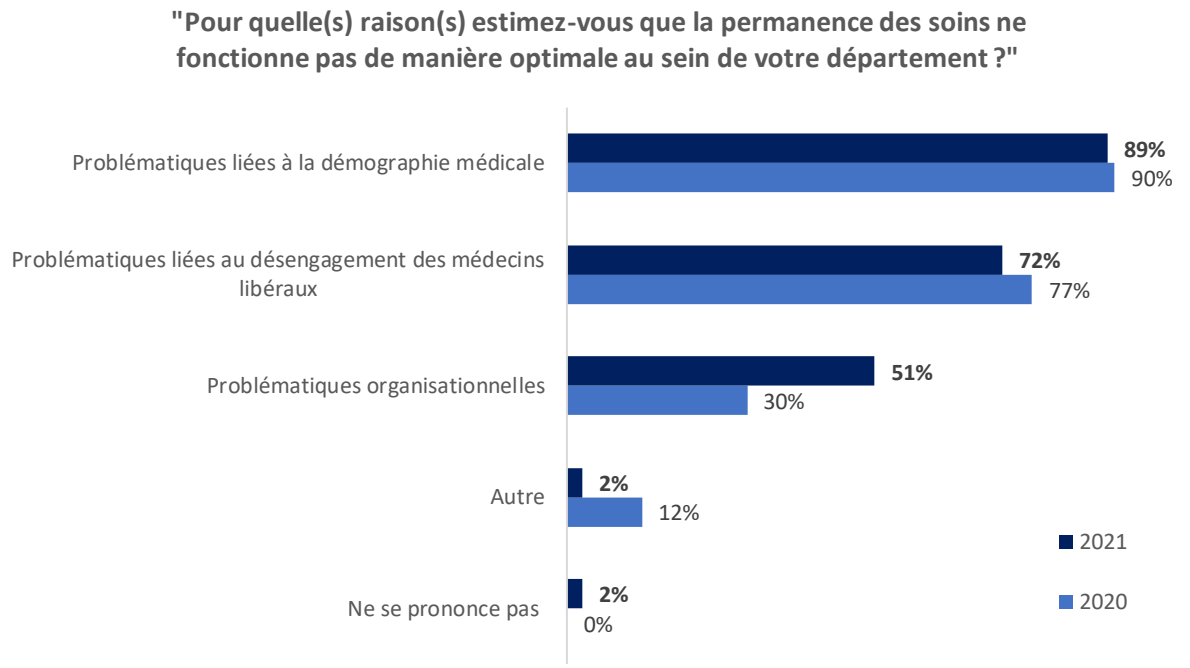
Des conventions sont notamment établies entre SOS Médecins et le centre 15. Des partenariats et conventions ont également été mises en place entre le service des urgences et les ADOPS, comme c'est le cas dans le Calvados et l'Orne, ou avec des MMG comme dans l'Essonne, le Lot-et-Garonne ou encore le Pas-de-Calais.

7. Constats et perspectives

7.1. Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux

Lorsque nous avons demandé aux conseils départementaux de l'ordre des médecins s'ils estimaient que la PDSA fonctionnait bien dans leur département, 81 CDOM ont déclaré qu'ils rencontraient des difficultés de fonctionnement sur tout ou partie de leur département. Ces difficultés sont principalement liées à la démographie médicale pour 89% d'entre eux et au désengagement des médecins libéraux (72%). Des problématiques organisationnelles sont également évoquées comme cause des difficultés rencontrées à hauteur de 51% (Cf graphique 31).

Graphique 31- Cause des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2020 et 2021 (N=81)



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2020 et 2021

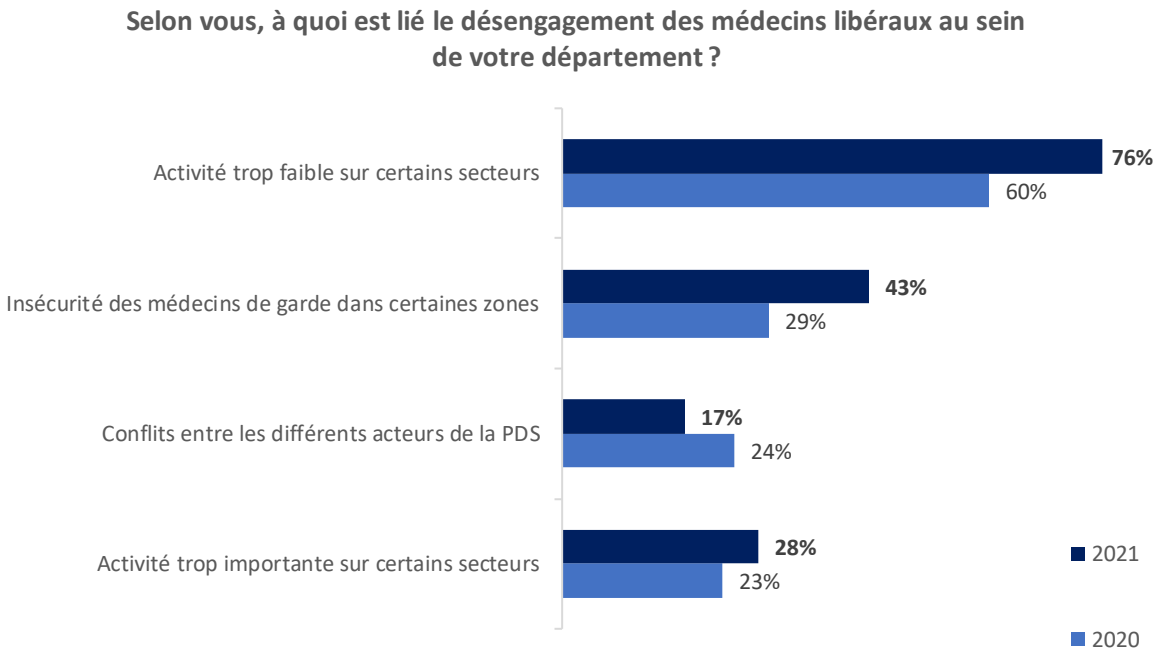
La démographie, qui apparait donc comme la principale cause de fragilisation de la PDSA, découle du vieillissement des médecins en exercice et à la faiblesse de la densité médicale, notamment dans les zones rurales.

Le désengagement des médecins libéraux est également à l'origine des difficultés de fonctionnements de la PDSA rencontrées par 58 départements, pour différentes raisons :

- Une activité trop faible dans certains secteurs (76%) ;
- Des problèmes d'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (43%) ;
- Une activité trop importante sur certains secteurs (28%) ;
- Des conflits entre les différents acteurs de la PDSA (17%).

Par ailleurs, certains CDOM ont également expliqué ce désengagement par un surmenage des médecins du fait d'une intense activité hors horaires de PDSA et d'une baisse constante du nombre de médecins en exercice, qui conduit à un épuisement professionnel et à une baisse du volontariat pour participer à la PDSA. Les CDOM ont également évoqué un désintérêt des médecins pour la PDSA du fait d'une évolution sociétale qui accorde plus d'importance à l'équilibre vie professionnelle/vie privée.

Graphique 32 - Causes du désengagement des médecins libéraux selon les CDOM en 2020 et 2021 (N=62 et 58).

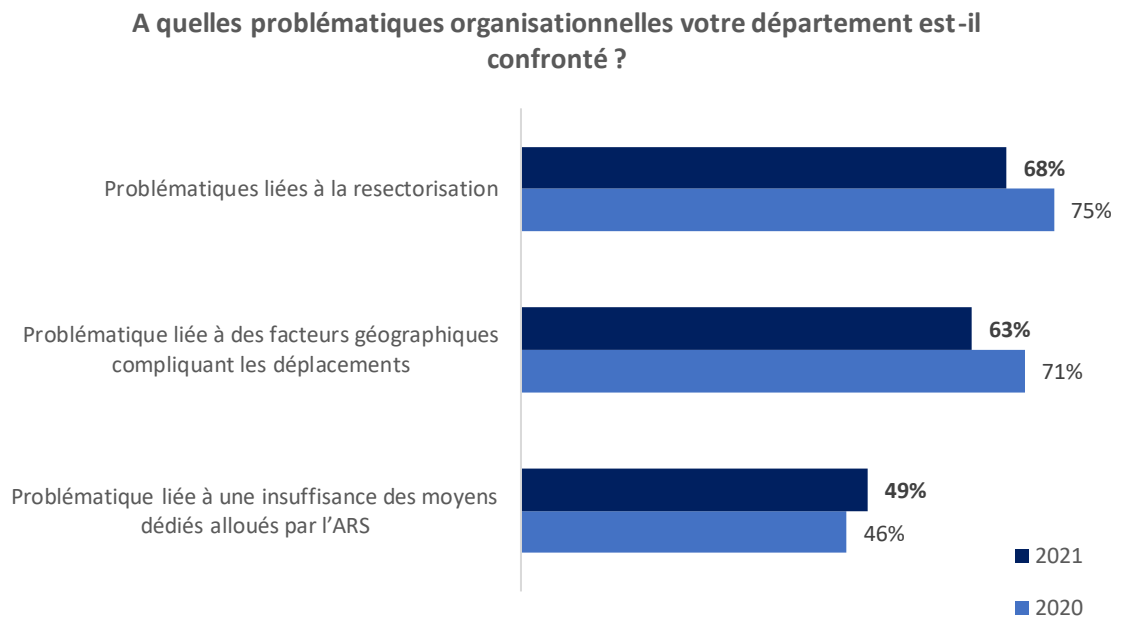


Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2020 et 2021

Les problématiques d'ordre organisationnel, qui ont été désignées par 51% des CDOM, s'expliqueraient par :

- Les resectorisations, pour 68% de ces CDOM, qui ont dans certains cas conduit à des extensions de secteurs augmentant considérablement les distances à parcourir ;
- Des facteurs géographiques compliquant les déplacements, à hauteur de 63% ;
- Des problématiques liées à une insuffisance des moyens dédiés alloués par l'ARS, à hauteur de 49%.

Graphique 33 - Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2020 et 2021 (N=24 et 41)



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2020 et 2021

Notons également que les demandes liées à l'épidémie de COVID-19 ont généré des difficultés organisationnelles et ou opérationnelles de la PDSA pour 27% des CDOM. Ces difficultés ainsi que les moyens mis en œuvre pour y faire face ont été détaillées dans le paragraphe « ***1.3 Impact de l'épidémie de COVID-19 sur la PDSA en 2021*** ».

7.2. Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

Face à ces différents constats, nous avons interrogé les 81 CDOM qui déclaraient rencontrer des difficultés de fonctionnement de la PDSA sur tout ou partie de leur département quant aux mesures qui pourraient être envisagées pour améliorer la situation.

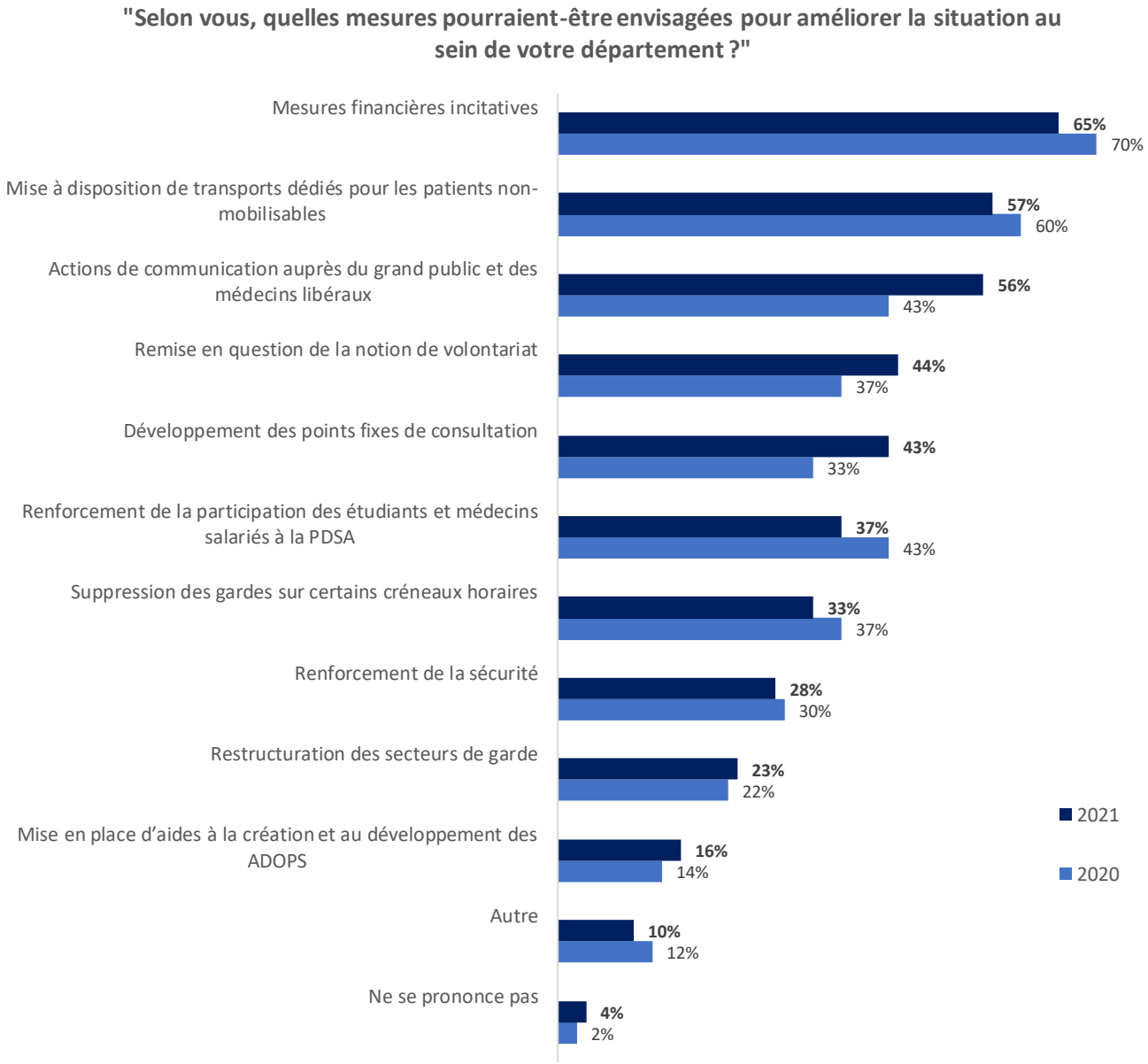
Pour ce qui concerne le problème de désengagement des médecins libéraux, les CDOM ont désignés les pistes d'amélioration suivantes :

- 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 (65%) ;
- La remise en cause de la notion de volontariat (44%) ;
- Le renforcement de la participation des étudiants et médecins salariés à la PDSA (37%) ;
- La suppression des gardes sur certains créneaux (33%) ;
- Le renforcement de la sécurité (28%).

Concernant l'amélioration du fonctionnement de la PDSA, les CDOM ont désigné les pistes suivantes :

- Le développement de points fixes de consultation (43%) accompagné de la mise à disposition de transports dédiés pour que les patients non-mobilisables puissent s'y rendre (57%) ;
- Des actions de communication auprès du grand public et des médecins libéraux (56%) ;
- Une restructuration des secteurs de garde pour une organisation axée sur une mise en cohérence de la PDSA et des besoins constatés (23%) ;
- La mise en place d'aides à la création et au développement des ADOPS (16%).

Graphique 34 - Pistes d'améliorations désignées par les CDOM en 2020 et 2021 (N=81)



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2020 et 2021

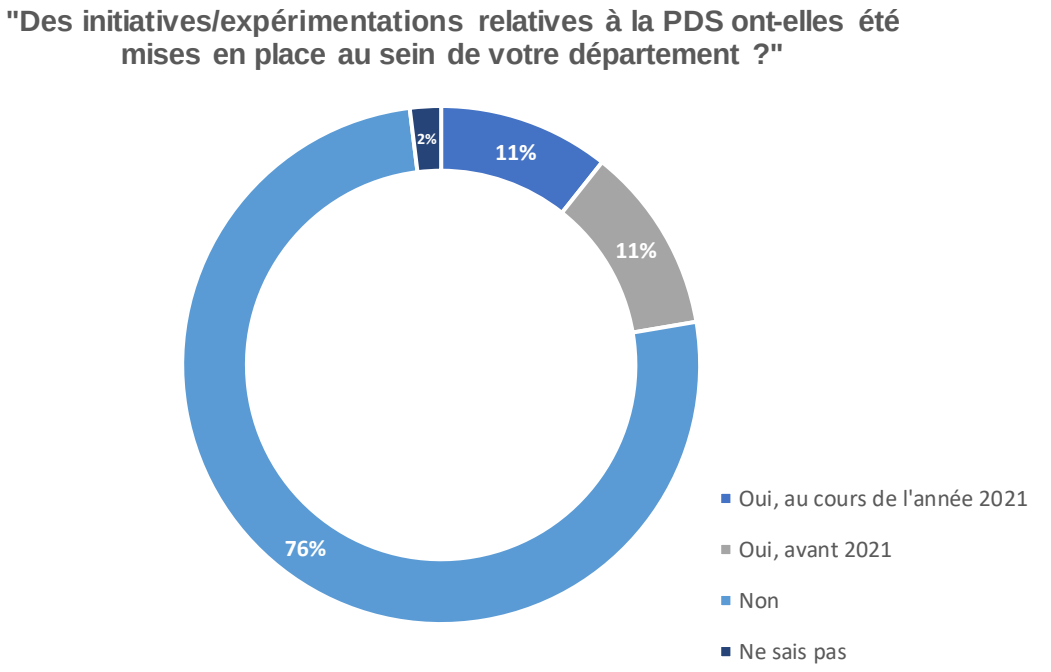
7.3. Initiatives et expérimentations

Parmi les mesures qui pourraient être envisagées pour améliorer le fonctionnement de la PDSA au sein des départements qui rencontrent des difficultés à ce sujet, 56% des CDOM concernés ont désigné la réalisation d'actions de communication auprès du grand public et des médecins libéraux. En 2021, sur les 103 CDOM interrogés, 5 d'entre eux ont déclaré avoir pris l'initiative de réaliser des actions de communication en lien avec la PDSA : l'Aveyron, la Haute-Corse, la Mayenne, la Vendée et le Val-de-Marne.

Ces communications à destination du grand public et des médecins libéraux ont été faites sous la forme de flyers, par voie de presse, par messages téléphoniques ou encore sur les réseaux sociaux, comme l'a fait le service d'accueil médical initial (SAMI) du Val-de-Marne via des publications sur Facebook et Tweeter.

Nous avons également interrogé les CDOM quant à la mise en place d'éventuelles initiatives ou expérimentations relatives à la PDSA au sein de leur département. Ils ont été une majorité à répondre par la négative (76%), tandis que 22% des CDOM ont déclaré que des initiatives ou des expérimentations relatives à la PDSA avaient été mises en place, que ce soit au cours de l'année 2021 ou avant.

Graphique 35 - Proportion de départements ayant mis en place des initiatives/expérimentations en lien avec la PDSA en 2021



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2021

Des départements tels que la Haute-Marne ou la Haute-Loire ont pris l'initiative d'arrêter la PDSA de soirée sur des secteurs à faible activité et de la confier aux services d'urgences, en contrepartie d'un engagement des médecins à assurer les consultations entre 18h et 20h.

Parmi les expérimentations en place, nous retrouvons également le développement de la téléconsultation, avec notamment la mise en route d'une plateforme départementale de téléconsultation pour les soins non programmés dans la Meuse. Dans l'Isère, en accord avec

le médecin régulateur, une infirmière diplômée d'état se rend au domicile du patient afin de lancer sur place une téléconsultation avec le médecin.

Les initiatives entreprises au sein de ces départements concernent également l'ouverture de nouvelles MMG et la mise en place de partenariats entre celles-ci et les centres hospitaliers quand cela était possible.

IV. Conclusion

L'état des lieux de la PDSA en 2021 nous permet cette année encore de tirer un certain nombre d'enseignements. Marquée par le prolongement de la crise sanitaire, l'année 2021 a connu une poursuite du renforcement de la régulation libérale, malgré une légère baisse de la participation globale des médecins au dispositif, et une dégradation de la couverture territoriale qui se caractérise par une augmentation du nombre de territoires couverts par moins de 5 médecins.

Par ailleurs, les tendances déjà observées les années passées se confirment en 2021 : réduction du nombre de territoires de PDSA par resectorisations, développement de sites dédiés, hausse de la participation des médecins femmes et baisse de l'âge moyen des médecins volontaires.

Les axes d'améliorations de la PDSA désignés par les CDOM restent les mêmes que les années précédentes, et visent principalement des mesures financières incitatives, la mise en place de moyens de transports dédiés pour les patients non-mobilisables, des actions de communications à destination du grand public et des médecins libéraux, ou encore la remise en cause de la notion de volontariat.

Malheureusement, certaines problématiques déjà relevées les années précédentes sont toujours majoritairement partagées par les CDOM et le CNOM déplore l'absence d'évolution significative à leur sujet. En effet, le manque d'organisation spécifique de la prise en charge des résidents des EHPAD fait l'objet d'observations alarmistes depuis plusieurs années, sans pour autant connaitre d'évolution favorable alors que l'insuffisance constatée de personnel médical et paramédical au sein de ces établissements se poursuit.

Il en est de même pour le flou qui persiste en ce qui concerne le lien entre la PDSA et les actes médico-administratifs tels que l'examen des gardés à vue et l'établissement des certificats de décès, pour lesquels le CNOM a interrogé le ministère de la santé sans toutefois obtenir des réponses permettant de répondre totalement aux besoins constatés sur le terrain.

Pour conclure, ce rapport qui vient confirmer les observations des années précédentes conduit le CNOM à préconiser de manière très forte la mise en œuvre rapide de nos recommandations.

Tout d'abord, il est important de favoriser une couverture complète des secteurs par :

- La mise en place conjointe de sites dédiés ;
- L'extension de la PDSA au samedi matin ;
- La mise en place de dispositifs de transports des patients et d'effecteurs mobiles pour les patients non-mobilisables ;
- La création de dispositifs spécifiques aux prises en charge en EHPAD.

Il est nécessaire de mettre en place et de poursuivre les actions de communication impulsées par les pouvoirs publics et le CNOM pour informer les patients sur la bonne utilisation du système : la mise en place du SAS pourrait en être l'occasion.

Enfin, la crise sanitaire a favorisé le développement et le renforcement des relations entre la ville et l'hôpital ainsi que l'utilisation de nouvelles technologies, notamment la télémédecine : ce sont des voies d'avenir incontournables et il sera essentiel que cette dynamique se poursuive après la crise.

Le CNOM appelle tous les responsables de l'organisation du système de santé à s'appuyer sur ce travail, fruit d'une analyse précise et exhaustive, et à y trouver les éléments et outils nécessaires pour une indispensable réforme.

V. Index des illustrations

1. Index des graphiques

Graphique 1 - Evolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2018 et 2021 10
Graphique 2 - Changements organisationnels de la PDSA en % de départements concernés au cours de l'année 2021 (N=103) 11
Graphique 3 - Proportion des départements ayant déclaré en 2021 avoir supprimé les modifications de l'organisation de la PDSA liées au COVID-19 de 2020 14
Graphique 4 - Répartition des évolutions de l'organisation de la PDSA en lien avec l'épidémie de COVID-19 constatés par les CDOM en 2021 15
Graphique 5 - Proportion des départements ayant déclaré avoir subi des difficultés organisationnelles et/ou opérationnelles de la PDSA générées par l'épidémie de COVID-19 en 2021 16
Graphique 6 - Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA en 2021 19
Graphique 7 - Proportion de départements au sein desquels les patients ont la possibilité d'accéder aux sites dédiés à la PDSA sans régulation préalable 20
Graphique 8 - Proportions départementales en termes d'évolution de la part d'actes cotés non-régulés entre 2019 et 2020 21
Graphique 9 – Part des actes cotés régulés et non-régulés selon le créneau horaire en 2020 24
Graphique 10 - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA en 2018, 2019, 2020 et 2021 25
Graphique 11 - Évolutions départementales du nombre de médecins participants à la régulation médicale entre 2020 et 2021 – Évolution d'ensemble et déclinaisons pour les médecins libéraux installés et les médecins retraités, salariés et remplaçants 26
Graphique 12 - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire entre 2019 et 2021 30
Graphique 13 - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2020 selon le créneau horaire 31
Graphique 14 – Mise en place et modalités de l'effection mobile par département 40
Graphique 15 - Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés en 2021 *(N = 89)* 41
Graphique 16 – Avis des CDOM sur l'extension des horaires de PDS au samedi matin (N = 66) 46
Graphique 17 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2020 et 2021 47
Graphique 18 - 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 entre 2019 et 2021 50
Graphique 19 - Répartition des médecins effecteurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2021 51
Graphique 20 - Répartition des médecins régulateurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2021 51

Graphique 21 - Part des médecins de garde femmes de 2018 à 2021 52
Graphique 22 - Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2021 selon la tranche d'âge 52
Graphique 23 - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2021 selon le mode d'exercice 53
Graphique 24 - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2021 selon le statut .. 54
Graphique 25 - Constat d'une augmentation de l'activité en horaires de PDSA à la suite de la mise en place du SAS 57
Graphique 26 - Evaluation de l'impact du SAS sur l'accès aux soins selon les CDOM en 2021 58
Graphique 27 - Répartition des acteurs participant à la prise en charge de l'examen des gardés à vue 63
Graphique 28 - Elaboration des tableaux de garde d'effection et de régulation en 2021 65
Graphique 29 - Départements disposant d'une PDSA hors médecine générale en 2021 69
Graphique 30 - 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 PDSA 70
Graphique 31 - Cause des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2020 et 2021 (N=81) 71
Graphique 32 - Causes du désengagement des médecins libéraux selon les CDOM en 2020 et 2021 (N=62 et 58). 72
Graphique 33 - Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2020 et 2021 (N=24 et 41) 73
Graphique 34 - Pistes d'améliorations désignées par les CDOM en 2020 et 2021 (N=81) .. 74
Graphique 35 - Proportion de départements ayant mis en place des initiatives/expérimentations en lien avec la PDSA en 2021 75

2. Index des tableaux

Tableau 1 – Front de régulation libérale selon les plages horaires de la PDSA entre 2019 et 2021 27
Tableau 2 - Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2021 29
Tableau 3 - Organisation de l'effection en fonction du créneau horaire en 2021 32
Tableau 4 - Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effection fixe et mobile en 2021 43

3. Index des cartographies

Cartographie 1 - Part des actes cotés non-régulés en 2020 23
Cartographie 2 - Taux de couverture des territoires de PDS les week-ends et jours fériés en 2021 34
Cartographie 3 - Taux de couverture des territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) en 2021 35
Cartographie 4 - Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde (de minuit à 8h) en 2021 36
Cartographie 5 - Taux de secteurs de PDS couverts par des sites dédiés en 2021 37
Cartographie 6 - Taux de participation des médecins à la PDSA en 2021 48
Cartographie 7 - Déploiement d'Ordigard sur le territoire en 2021 67

VI. Glossaire

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

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

CPS. Carte professionnelle de santé

CPTS. Communauté professionnelle territoriale de santé

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

MMG. Maison médicale de garde

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

SAU. Service d'accueil des urgences

SCP. Société civile professionnelle

SEL. Société d'exercice libéral

SMU. Service de médecine d'urgence

SMUR. Service mobile d'urgences et réanimation

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

SNP. Soins non-programmés

UMJ. Unité médico-judiciaire

URPS. Union régionale des professionnels de santé

VII. Annexes

1. 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 profonde (24h – 8h)
ILE-DE-FRANCE					
PARIS	0	3	3	4	3
SEINE ET MARNE	0	2	2	2	2
YVELINES	0	3 à 4	3 à 4	2 à 3	2
ESSONNES	0	2 à 4	2 à 4	2	2
HAUTS-DE-SEINE	0	3	3	3	3
SEINE-SAINT-DENIS	0	3	3	3	3
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***	***20 à 24***	***20 à 24***	***20 à 22***	***19***
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
Total Normandie	***6***	***9,5***	***9,5***	***7***	***5***
GRAND-EST					
ARDENNES	0	0	0	0	0
AUBE	0	1	1	1	1
MARNE	0	2	3	1	1
	Régulation libérale de 13h à 20h le samedi				
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
	Régulation libérale de 13h à 24h le samedi				
BAS-RHIN	0	2 à 3	2 à 4	2	
	Régulation libérale de 13h à 20h le samedi				
HAUT-RHIN	0	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1
	4 nuits profondes sur 5 assurées par le C15 du Bas-Rhin				

	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine (20h – 24h)*	Nuit profonde (24h – 8h)
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
	Régulation libérale assurée de 9h à 17h le dimanche ; régulation de 10h à 12h non effective le samedi matin				
EURE-ET-LOIR	2	1	1 à 2	1	0
	2 médecins les matins des jours fériés et ponts de 8h à 14h				
INDRE	1*	1 à 2	1 à 2	1 à 2	0
	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				
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	3	3	2 à 4	2	1 à 2
	Deux 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				
ALLIER	1	2	2	1	1
	Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine - Régulation libérale du samedi matin non effective				
ARDECHE	2	2	2	1	1
	Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine				
CANTAL	1	1	1	1	0
	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				
DROME	2	2	2	1 à 2	1
	Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine				
ISERE	0	2 à 3	2 à 5	2 à 4	1 à 2
	Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine				
LOIRE	3	2	2	2 à 3	1
	Régulation libérale à partir de 18h en soirées de semaine				
HAUTE-LOIRE	0	1 à 2	1 à 2	1	0
PUY-DE-DOME	*2*	*3*	*3*	*2*	*1*

	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine (20h – 24h)*	Nuit profonde (24h – 8h)
RHONE	0	6	5 à 6	3 à 4	2
SAVOIE	0	2	2	2	1
	1 régulateur nuit profonde à partir de 23h De 20h à 23h, 2 régulateurs du 1er juillet au 31 août, 1 régulateur en dehors de ces périodes				
HAUTE-SAVOIE	3	2	2 à 3	2	1 à 2
Total Auvergne-Rhône-Alpes	***17***	***28 à 30***	***26 à 33***	***20 à 24***	***11 à 13***
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR					
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	1	1	1	1	1
	Régulation libérale du samedi matin non effective				
HAUTES-ALPES	*0*	*1*	*1*	*1*	*1*
ALPES-MARITIMES	*2*	*2*	*2*	*2*	*2*
BOUCHES-DU-RHONE	1	2 à 3	3	3	2 à 3
	Samedi : 2 régulateurs de 12h à 13h puis 3 régulateurs de 13h à 20h Nuits profondes: 3 régulateurs jusque 1h puis 2 régulateurs jusque 8h				
VAR	*1*	*2*	*2*	*2*	*2*
VAUCLUSE	*1*	*1*	*1*	*2*	*2*
Total Provence-Alpes-Côte-d'Azur	***6***	***9 à 10***	***10***	***11***	***9 à 10***
BRETAGNE					
CÔTES D'ARMOR	1*	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
	Ligne de régulation libérale le samedi matin non officialisée dans le cahier des charges				
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
	En soirée de semaine une ligne de régulation libérale de 20h à 23h le vendredi				
AUDE	0	1	1 à 2	1	0
AVEYRON	0	1 à 2	1 à 2	1	1*
	En nuit profonde régulation assurée par les médecins régulateurs du Tarn				
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
	Absence de régulation libérale de 8h à 9h les dimanches et jours fériés				
HERAULT	0	2 à 3	2 à 3	2 à 3	0 à 1*
	Régulation libérale uniquement assurée de 00h à 1h en nuit profonde				

	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine (20h – 24h)*	Nuit profonde (24h – 8h)
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	2	2 à 3	2 à 3	2	1 à 2
NIEVRE	*Régulation libérale interdépartementale mutualisée (AREMEL 21)*				
DOUBS	1	5 à 6	3 à 7	3 à 4	1 à 3
JURA					
HAUTE-SAÔNE					
TERRITOIRE DE BELFORT	*Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)*				
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***
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
	Lignes du samedi matin non officialisées dans le cahier des charges				
SARTHE	0	4	4	2	1
	Régulation mutualisée avec l'Orne pour certains secteurs				
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
	Samedi après-midi: 1 seul régulateur en juillet et août *Dimanche et jours fériés: 1 régulateur de plus de novembre à mars*				
CHARENTE-MARITIME	2	2 à 3	1 à 3	1 à 2	1
	Vacances scolaires : 3 lignes de régulation libérale de 8h à 14h et 2 lignes de 20h à 00h				

	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine (20h – 24h)*	Nuit profonde (24h – 8h)
CORREZE	1	1 à 2	1 à 2	1	1
	Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine				
CREUSE	1	1	1	1	0
DORDOGNE	0	2 à 3	2 à 3	1	0
	Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine				
GIRONDE	3	4	2 à 4	2 à 3	1 à 2
LANDES	2 à 3	2	2 à 3	1	0
LOT-ET-GARONNE	2	2	2	1	0
PYRENEES-ATLANTIQUES	1	2	2	1	0
DEUX-SEVRES	1	1	1 à 2	1	1
VIENNE	1	2	2 à 3	1	1
	Dimanche et jours fériés : 2 régulateur en juillet et août				
HAUTE-VIENNE	1	2	2	1	1
	Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine				
Total Nouvelle-Aquitaine	***16 à 17***	***22 à 26***	***19 à 30***	***13 à 15***	***7 à 8***
HAUTS-DE-France					
AISNE	0	1	1 à 2	1	0 à 1*
	En nuit profonde régulation libérale assurée de 00h à 2h en semaine et de 00h à 8h les dimanches et jours fériés				
NORD	0	5 à 7	5 à 7	3 à 4	1
OISE	0	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1*
	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				
PAS-DE-CALAIS	0	3 à 5	2 à 4	3	
SOMME	0	1 à 2	1 à 2	1	
	En nuit profonde régulation libérale assurée de 2h à 8h en semaine				
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	**64 à 65**	**182,5 à 215,5**	**177,5 à 235,5**	**138 à 160**	**79,5 à 94,5**

2. Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA

Départements	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2019	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2020	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2021	Evolution 2020-2021
01 - Ain	70%	67%	69%	+2%
02 - Aisne	62%	55%	56%	+1%
03 - Allier	71%	73%	71%	-1%
04 - Alpes de Hautes-Provence	47%	58%	47%	-11%
05 - Hautes-Alpes	52%	50%	49%	-1%
06 - Alpes-Maritimes	15%	15%	15%	0%
07 - Ardèche	63%	66%	63%	-4%
08 - Ardennes	75%	80%	79%	-1%
09 - Ariège	47%	44%	45%	+1%
10 - Aube	75%	73%	75%	+2%
12 - Aveyron	72%	73%	71%	-1%
13 - Bouches-du-Rhône	24%	25%	23%	-3%
15 - Cantal	57%	62%	58%	-4%
16 - Charente	75%	71%	71%	-1%
17 - Charente-Maritime	39%	33%	33%	-1%
18 - Cher	54%	55%	54%	-1%
19 - Corrèze	68%	69%	70%	+1%
21 - Côte-d'Or	26%	27%	27%	0%
22 - Côtes d'Armor	46%	47%	47%	+1%
23 - Creuse	77%	74%	79%	+5%
24 - Dordogne	46%	74%	71%	-2%
25 - Doubs	39%	51%	51%	0%
26 - Drôme	58%	54%	52%	-2%
27 - Eure	72%	59%	59%	0%
28 - Eure-et-Loir	39%	72%	72%	0%
29 - Finistère	35%	37%	37%	0%
30 - Gard	44%	35%	34%	-2%
31 - Haute-Garonne	77%	47%	48%	+1%
32 - Gers	53%	72%	64%	-8%
33 - Gironde	29%	53%	50%	-3%

Départements	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2019	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2020	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2021	Evolution 2020-2021
34 - Hérault	36%	29%	26%	-3%
35 - Ille-et-Vilaine	53%	29%	28%	0%
36 - Indre	27%	52%	52%	0%
37 - Indre-et-Loire	40%	29%	28%	-1%
38 - Isère	63%	39%	39%	0%
39 - Jura	62%	66%	56%	-10%
40 - Landes	51%	62%	56%	-6%
41 - Loir-et-Cher	54%	61%	57%	-4%
42 - Loire	71%	54%	53%	-1%
43 - Haute-Loire	56%	72%	74%	+1%
45 - Loiret	77%	56%	58%	+2%
46 - Lot	73%	79%	81%	+2%
47 - Lot-et-Garonne	59%	72%	70%	-2%
48 - Lozère	58%	72%	67%	-5%
50 - Manche	63%	58%	62%	+4%
51 - Marne	24%	62%	63%	+2%
52 - Haute-Marne	75%	67%	70%	+4%
54 - Meurthe-et-Moselle	49%	23%	22%	0%
55 - Meuse	33%	75%	71%	-4%
56 - Morbihan	64%	50%	50%	+0%
57 - Moselle	33%	33%	32%	-1%
58 - Nièvre	31%	63%	60%	-2%
59 - Nord	55%	33%	33%	0%
60 - Oise	65%	31%	30%	-2%
61 - Orne	35%	60%	59%	-1%
62 - Pas-de-Calais	43%	64%	64%	0%
63 - Puy-de-Dôme	65%	37%	32%	-5%
64 - Pyrénées-Atlantique	39%	41%	40%	-2%
65 - Hautes-Pyrénées	29%	63%	64%	+1%
66 - Pyrénées-Orientales	9%	38%	55%	+17%
67 - Bas-Rhin	42%	27%	26%	-1%
68 - Haut-Rhin	69%	49%	55%	+7%
69 - Rhône	64%	43%	40%	-3%

Départements	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2019	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2020	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2021	Evolution 2020-2021
70 - Haute-Saône	52%	67%	69%	+2%
71 - Saône-et-Loire	66%	62%	61%	-1%
72 - Sarthe	62%	54%	49%	-5%
73 - Savoie	5%	62%	59%	-3%
74 - Haute-Savoie	8%	62%	61%	-1%
75 - Paris	40%	6%	6%	0%
77 - Seine-et-Marne	77%	9%	9%	0%
78 - Yvelines	52%	37%	38%	+2%
79 - Deux-Sèvres	71%	76%	74%	-3%
80 - Somme	72%	53%	54%	+1%
81 - Tarn	14%	70%	68%	-2%
82 - Tarn-et-Garonne	51%	69%	71%	+1%
83 - Var	67%	14%	13%	-1%
84 - Vaucluse	47%	51%	51%	-1%
86 - Vienne	82%	69%	68%	-1%
87 - Haute-Vienne	14%	45%	45%	0%
88 - Vosges	71%	81%	82%	+1%
89 - Yonne	15%	18%	21%	+3%
90 - Territoire-de-Belfort	13%	70%	74%	+4%
91 - Essonne	16%	19%	17%	-2%
92 - Hauts-de-Seine	37%	13%	12%	-1%
93 - Seine-Saint-Denis	12%	16%	15%	-1%
94 - Val-de-Marne	35%	35%	33%	-3%
95 - Val-d'Oise	25%	15%	15%	0%
2A - Corse-du-Sud	25%	36%	33%	-3%
2B - Haute-Corse	10%	25%	25%	0%
972 - Martinique	39%	23%	22%	-2%
974 - La Réunion	39%	12%	11%	-1%
France entière	**38,8%**	**39,3%**	**38,5%**	**-0,8%**

3. Questionnaire PDSA 2021 soumis aux CDOM

QUESTIONNAIRE - ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2021

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 2021

1. Quelles modifications de l'organisation de la PDS votre département a-t-il connu en 2021 (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'effection
- ☐ Modification des forfaits d'astreinte de régulation
- ☐ Autre, précisez : ----------
- ☐ Le département n'a connu aucune modification de la PDSA en 2021

a. Les modifications de l'organisation de la PDS en 2021 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 2021 » 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 2021, 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 2021 » 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 2021

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 <u>numéro spécifique</u> 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 Service d'accès aux soins (SAS)[37] 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 <u>libéraux installés en activité régulière</u> 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.

_____

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

[37] Cf Article L6311-3 du Code de la santé publique

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'effection 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 <u>systèmes dédiés</u> permettant d'acheminer <u>vers l'effecteur fixe en horaire de PDSA</u> 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'effection mobile

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

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

a. Si oui, s'agit-il :
*Question conditionnelle, uniquement si « oui » en **11**.*

Plusieurs réponses possibles

- ☐ De médecins de garde rattachés à un site dédié et assurant également l'effection mobile
- ☐ De médecins assurant des visites à domicile mais non identifiés dans le cahier des charges
- ☐ De médecins rattachés à une association de type SOS Médecins
- ☐ Ne sais pas

b. L'activité de ces médecins effecteurs mobiles est-elle mentionnée dans le cahier des charges :
*Question conditionnelle, uniquement si « oui » en **11**.*

☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas

L'effection en fonction du créneau horaire

12. Combien y-a-t-il de territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) au 31 décembre 2021 ?

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 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 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 2021 ?

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 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 2021
☐ Oui, depuis 2021
☐ Non
☐ Ne sais pas

a. Sinon, combien y-a-t-il de territoires de PDS en nuit profonde au 31 décembre 2021 ?

*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'effection
- ☐ 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 connexes 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 ?
*Question conditionnelle, uniquement si « oui » en **17**.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

a.1. Si oui, précisez
*Question conditionnelle, uniquement si « oui » en **a**.*

_____
_____
_____

b. Des médecins retraités sont-ils impliqués dans le dispositif tel que décrit dans la circulaire n°2020-017 du CNOM ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

c. Existe-t-il des dispositifs spécifiques à l'établissement des certificats de décès au sein de votre département ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

c.1 Si oui, quel dispositif a été mis en place ?

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en **c**.*

---

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 spécialisée 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 médecins retraités, salariés, ou 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 de 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 <u>médecins volontaires pour la permanence des soins est inférieur ou égal à 10</u> ?

---

24. Parmi ces territoires, combien <u>comptent 5 médecins volontaires ou moins</u> ?
Attention le nombre de territoires indiqué ne peut être supérieur à celui indiqué ci-dessus

---

Intervention du conseil départemental

25. Y-a-t-il eu des carences de couverture sur certains secteurs de permanence des soins au sein de votre département au cours de l'année 2021 ?

☐ Oui
☐ Non

a. Si oui, le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter des tableaux en 2021 dans le cadre de ces carences ?
Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 25.

☐ Oui
☐ Non

26. Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la permanence des soins en 2021 ?

☐ 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'effection 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 2021, votre conseil a-t-il été impliqué dans la mise en œuvre de l'expérimentation du service d'accès aux soins (SAS) ?

☐ Oui
☐ Non

a. A-t-il été constaté une augmentation de l'activité aux horaires de PDSA ?
*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en **28**.*

☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas

b. La mise en place du SAS a-t-il eu des impacts positifs sur l'accès aux soins dans votre département ?
*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en **28**.*

☐ Oui, précisez : _____
☐ Non, précisez : _____
☐ Ne se prononce pas

c. Indépendamment des sites pilotes, votre département est-il engagé dans une démarche de mise en place d'un tel service ?

*Question conditionnelle, uniquement si « Non » en **28**.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

La communication au grand public

29. Y-a-t-il eu, en 2021, 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**.*

_____

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, l'organisation mise en œuvre en 2020 a-t-elle été supprimée en 2021 ?

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en **30**.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

a.1. Si non, l'organisation mise en œuvre en 2020 a-t-elle fait l'objet d'une évolution en 2021 ?

*Question conditionnelle, uniquement si « Non » en **a**.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

i. Si oui, dans quelle(s) mesure(s) l'organisation mise en œuvre en 2020 a-t-elle évolué?

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en **a.1.***

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 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 **a.1.***

---

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 en 2021?

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

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 en 2021?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

a. Si oui, lesquelles

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en **31.***

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 ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ 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, 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 2021
- ☐ Oui, avant 2021
- ☐ 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 ?

Commentaire libre

ÉTAT DES LIEUX PDSA 2021

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

Organisation de la PDSA en 2021 : des changements constatés pour moins de la moitié des départements

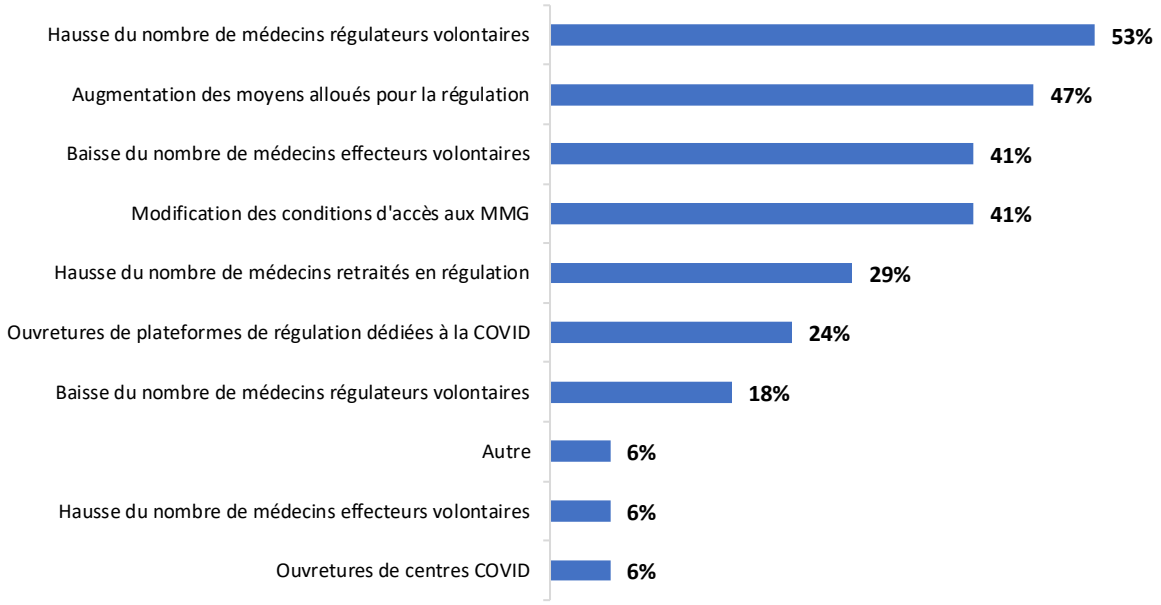
- **46% des départements ont connu des modifications de l'organisation de la PDSA** en 2021, contre 70% en 2020. Elles ont principalement porté sur des modifications de plages horaires de PDSA, des resectorisations et des revalorisations de forfaits d'astreinte.

- 8 régions ont procédé à une mise à jour de leur cahier des charges de la PDSA, ou publié des avenants y apportant modifications.

Impact de la COVID-19 sur la PDSA

- **Plus de la moitié** (52%) des CDOM ayant modifié leur organisation de la PDSA en 2020 en lien avec l'épidémie de COVID-19 **ont maintenu ces modifications en 2021**.

- Parmi eux, **60% des CDOM ont fait évoluer cette organisation en 2021**, pour mettre en place les évolutions suivantes :



- **Plus d'1 département sur 4 (27%) a déclaré que les demandes liées à l'épidémie avaient généré des difficultés organisationnelles et/ou opérationnelles**, telles qu'une augmentation de la charge de travail pour les MMG, les effecteurs et régulateurs ; et des problèmes de carences de couverture médicale engendrée par la positivité à la COVID-19 des médecins participants à la PDSA et par la difficulté à les remplacer.

La régulation médicale

Numéro dédié à la PDSA : où en est-on en 2021 ?

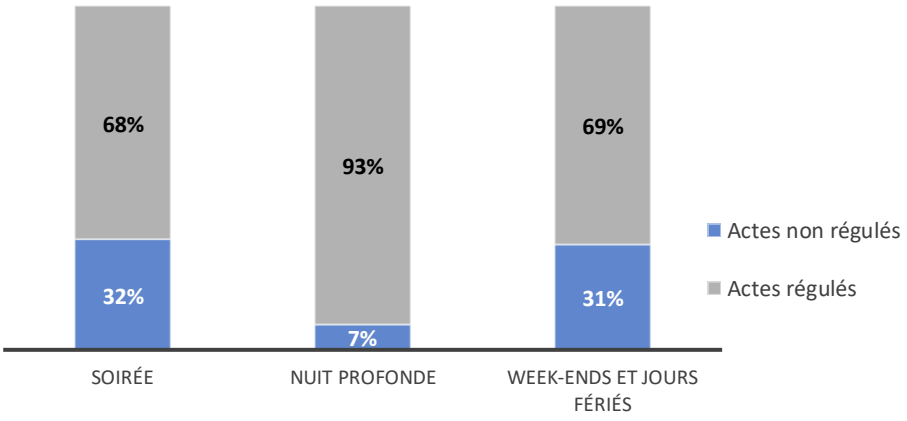
- En 2021, le **116-117 était utilisé par 14 départements**, contre 12 en 2021.

- **43% des départements se disent favorables à la mise en place d'un numéro spécifique** dédié à la PDSA en 2021 (vs 42% en 2020) pour désengorger le 15 et faciliter l'accès à la régulation pour les patients. 29% des départements y sont défavorables (vs 31% en 2020) considérant que le 15 est suffisamment efficient et largement utilisé, et craignant un risque de confusion pour les patients en cas de mise en place d'un nouveau numéro.
- En novembre 2021, le parlement a adopté une proposition de **loi Matras** dont l'objectif est d'expérimenter un numéro unique d'appels d'urgence, **le 112,** rassemblant le 15, le 17 et le 18. Cette loi prévoit l'expérimentation de trois types de configurations :
    - Un rapprochement de l'ensemble des services d'urgence ;
    - Un rassemblement sans « Police-secours » ;
    - Un simple regroupement du SAMU et des médecins de garde de la PDSA.

Pour le CNOM, cette dernière configuration est la seule cohérente avec le service d'accès aux soins (SAS).

Actes non-régulés : disparités selon les départements et les créneaux horaires

- **29% des actes réalisés en horaires de PDSA n'ont pas été cotés régulés en 2020,** contre 27% en 2019 selon les données de la CNAM. Ces données sont très variables selon les départements (min 2% et max 99%) et la plage horaire : l'absence de régulation est d'avantage observée en soirée et durant les week-ends et jours fériés.



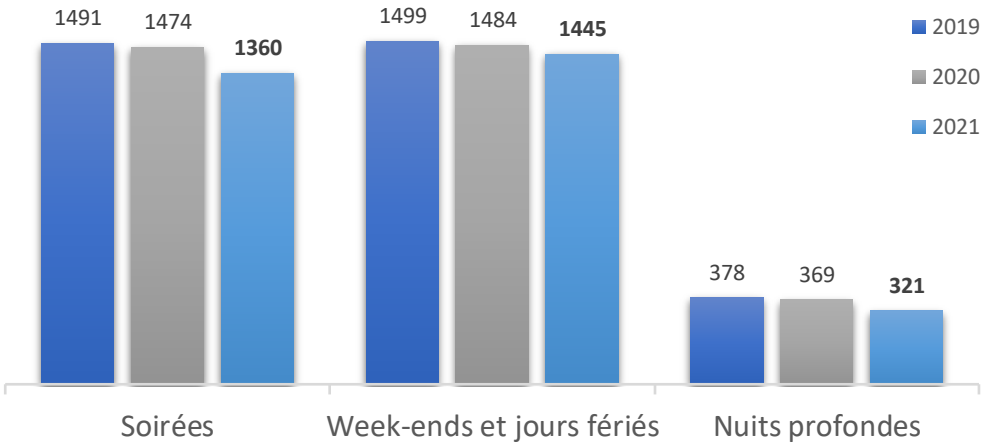
Poursuite de la hausse de la participation des médecins à la régulation libérale en 2021

- **Une évolution de 4,1% par rapport à 2020** : une hausse du nombre de médecins libéraux installés participants à la régulation (+2%) à laquelle s'ajoute une hausse de la participation des médecins retraités, salariés ou remplaçants exclusifs (+13,9%). Cette hausse s'explique notamment par le renforcement du front de garde et de l'extensions de certaines plages horaires de régulation pour faire face à la crise sanitaire.

Effection : resectorisations et effection fixe

Tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA en 2021

- La réduction du nombre de territoires de PDSA se poursuit en 2021, surtout en nuits profondes (**-13%**).



Prévalence des « zones blanches »

- Les « zones blanches », c'est-à-dire les territoires où l'effection est assurée par les services de l'AMU, représentent 4% des territoires les week-ends et les jours fériés (+1% par rapport à 2020), 5% en soirées (-6%), et 77% en nuits profondes (+4%).

Elargissement des horaires de PDSA au samedi matin : un développement difficile sur le terrain

- L'élargissement de la PDSA au samedi matin a du mal à poursuivre son développement en 2021 : dans 37 départements pour la régulation (-4 par rapport à 2020) et dans 10 départements pour l'effection également (+3).
- Elle est souhaitée par 61% des autres départements (-4% par rapport à 2020)

Effection fixe : poursuite du développement des sites dédiés

- Un dispositif généralisé : 89 départements disposent d'un ou plusieurs sites dédiés à la PDSA (3 de plus qu'en 2020)
- Une hausse de 2,2% du nombre de sites dédiés en 2021 (soit 11 de plus qu'en 2020).
- Gardes encore réalisées au cabinet du médecin traitant dans 83% des départements, comme en 2020.
- Des points encore à améliorer : dispositifs spécifiques de transport des patients non-mobilisables encore très peu développés (4 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. 39% des départements ne disposent pas de dispositifs de prise en charge des visites incompressibles.

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

Légère baisse du taux de participation à la PDSA en 2021

- 38,5% en 2021 contre 39,3% en 2020, **soit une baisse de 0,8%.**
- Dégradation cependant au niveau de la couverture des territoires avec 36% des territoires de PDS couverts par moins de 10 médecins volontaires et 20% par moins de 5 médecins, **soit une hausse de 1% en un an**.

Profil des médecins de garde

- **Poursuite de la hausse de la part des médecins femmes** : +2% en effection et stable en régulation.
- **Poursuite de la baisse de l'âge moyen** des effecteurs de garde : passage de 46,6 à 46,1 ans. 61% des médecins de garde ont entre 35 et 59 ans et **24% ont plus de 59 ans**.
- PDS assurée à 88% par des médecins libéraux installés (-1% par rapport à 2020).

Remplacements

- **Un quart des médecins de garde remplacés au moins une fois en 2020 (-2%).**
- 7,5% des gardes remplacées au total (grandes disparités départementales).
- **Plus d'un remplaçant sur 2 est un étudiant.**

Réquisitions

- **Observées dans 23 départements** (11 de plus qu'en 2020), un régime permanent dans 5 départements (2 de moins qu'en 2020).

Mise en place du SAS et PDSA : un bilan mitigé pour l'instant

- Mis en place du SAS (Service d'accès aux soins) dans 22 départements en 2021.
- 48% des départements concerné ont indiqué avoir constaté une **augmentation de l'activité en horaires de PDSA** à la suite de la mise ne place du SAS.
- Malgré l'intérêt certain du SAS pour l'accès aux soins, la mobilisation des effecteurs est le principal obstacle à sa mise en œuvre.

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

Aucune évolution notable de l'organisation de la PDS en EHPAD en 2021 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 PDSA (comme en 2020).

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 PDSA (dans 79% des départements)

- 61% de ces départements ont déclaré rencontrer des difficultés à ce sujet (+6% par rapport à 2020).

Organisation de l'examen des gardés à vue : peu encadrée et majoritairement prise en charge par les médecins de la PDSA

- Pris en charge pour tout ou partie par un médecin de garde de la PDSA dans 64% des départements.
- Une **convention** a été établie dans 19 départements.

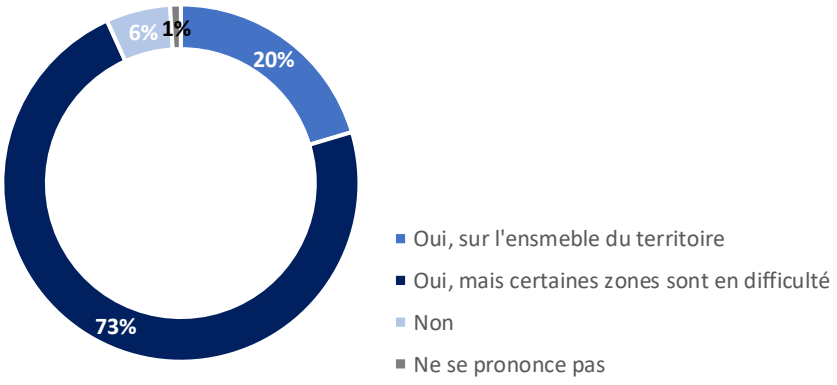
Activité des CDOM et place des associations de PDSA

- Les CDOM participent à l'élaboration des tableaux de garde seuls ou en collaboration dans 20% des départements pour l'effection et 4% pour la régulation ; ils participent par ailleurs systématiquement à leur compilation et validation.
- 30 ont participé à des projets de mise en place du SAS en 2021.
- 41 CDOM ont reçu des **plaintes ou des signalements** en lien avec la PDSA (11 de plus qu'en 2020).
- 89 départements disposent d'une **ADOPS et/ou AMRL** (-3 par rapport à 2020).
- 13% des CDOM estiment que les **CPTS ont joué un rôle dans l'organisation de la PDSA** en 2021.

Constats et perspectives des CDOM

- 73% des CDOM considèrent que la PDSA fonctionne bien mais que certaines zones sont en difficulté, tandis que 6% considèrent qu'elle ne fonctionne pas (vs 76% et 3% en 2020).

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



Des difficultés de fonctionnement liées au manque de médecins selon les CDOM à cause :

- Du **déclin de la démographie médicale** pour 89% des CDOM (vs 90% en 2020)
- Du **désengagement des médecins libéraux** pour 72% des CDOM (vs 77% en 2020). Selon les CDOM, ce désengagement serait dû à une activité trop faible sur certains secteurs (76%), l'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (43%), des conflits entre les différents acteurs de la PDSA (17%) et une activité trop importante sur certains territoires (28%)

Des problématiques organisationnelles également mises en cause

- Du fait de problématiques liées à des **resectorisations** (68%), des **facteurs géographiques** compliquant les déplacements (63%) ou une **insuffisance de moyens** alloués par l'ARS (49%).

Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

- **Pour renforcer l'implication des médecins** : des mesures financières incitatives (65% en 2021 vs 70% en 2020) ; la remise en cause de la notion de volontariat (44% vs 37%), le renforcement de la participation des étudiants et médecins salariés (37% vs 43%), la suppression des gardes sur certains créneaux (33% vs 37%) et le renforcement de la sécurité (28% vs 30%).
- **Pour améliorer le fonctionnement de la PDSA** : la mise en place de transports dédiés (57% vs 60%), des actions de communication auprès du grand public et des médecins libéraux (56% vs 43%), le développement de points fixes de consultation (43% vs 33%), une restructuration des secteurs de gardes (23% vs 22%) et la mise en place d'aides à la création et développement des ADOPS (16% vs 14%).