



**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 2018**

Table des matières

I. Méthodologie	5
1. Conception de l'enquête	5
2. Recueil des données	5
3. Données présentées.....	5
4. Limites	6
II. Introduction	8
III. Résultats de l'enquête	9
1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2018	9
1.1. Une année propice au changement pour une majorité de départements	9
1.2. Révision des cahiers des charges	10
a. Fusion des régions : un nouveau cahier des charges pour 5 des 7 nouvelles régions.....	10
b. Révision des cahiers des charges au sein des autres régions.....	12
1.3. Mises en œuvre effective et modalités d'évaluation du dispositif	12
a. Mises en œuvre effective	12
b. Evaluation du dispositif.....	12
2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2018	13
2.1. La régulation médicale.....	13
a. Organisation de la régulation médicale.....	13
b. Modalités d'accès à la régulation de la PDSA	14
c. 116-117 : l'avis des CDOM.....	15
d. Prévalence des actes non-régulés	16
e. Participation des médecins libéraux à la régulation médicale	18
f. Financement de la régulation	20
2.2. L'effectif	22
a. Une tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA.....	22
b. Prévalence des « zones blanches »	24
c. Extension des horaires de PDSA au samedi matin et horaires adaptés	29
d. Effectif fixe : développement des sites dédiés	30
a. Système d'acheminement des patients vers l'effectif fixe.....	31
b. Effectif mobile et prise en charge des visites incompressibles.....	32
c. Rémunération de l'effectif.....	33
2.3. La participation des médecins à la permanence des soins	35
a. Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA	35

b.	Couverture des territoires de PDS.....	37
c.	Profil des médecins de garde.....	38
d.	Remplacement.....	39
e.	Exemption et réquisitions.....	41
f.	Participation des associations de permanence des soins.....	42
3.	La permanence des soins en EHPAD.....	44
3.1.	La permanence des soins en EHPAD, une réalité complexe.....	44
a.	Une population particulièrement fragile.....	44
b.	...face à une insuffisance de personnel médical ou paramédical.....	44
3.2.	Des solutions locales face à une problématique nationale.....	45
a.	Régulation médicale dédiée et Télémédecine.....	45
b.	Infirmiers de nuit.....	46
c.	Formation des personnels d'EHPAD.....	47
d.	Fiche de liaison d'urgence.....	47
4.	Réalisation des actes médico-administratifs dans le cadre de la PDSA.....	48
4.1.	Elaboration des certificats de décès.....	48
4.2.	Examen des gardés à vue.....	49
5.	Rôle et activité des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins.....	51
5.1.	Tableau de garde.....	52
a.	Élaboration.....	52
b.	Utilisation des logiciels Ordigard et P-Gard.....	52
5.2.	Plaintes et courriers reçus.....	53
6.	Constats et perspectives.....	54
6.1.	Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux.....	54
6.2.	Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux.....	55
IV.	Conclusion.....	57
V.	Index des illustrations.....	58
1.	Index des tableaux.....	58
2.	Index des graphiques.....	58
3.	Index des cartographies.....	58
VI.	Sigles utilisés.....	59

I. Méthodologie

1. Conception de l'enquête

Ce rapport présente les résultats du 16^{ème} volet d'une enquête transversale récurrente conçue et réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Celle-ci a pour objectif de faire un état des lieux annuel sur la permanence des soins 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 dans le temps.

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

Le questionnaire comportait 70 items (dont 30 sous-questions) répartis au sein de 4 volets distincts (Cf. annexes) :

- Les évolutions du cahier des charges régional de la permanence des soins et de sa déclinaison départementale ;
- La permanence des soins sur le terrain en 2018 ;
- La permanence des soins et le fonctionnement du conseil départemental ;
- Les aspects qualitatifs et prospectifs de la permanence des soins.

2. Recueil des données

L'enquête a été diffusée par courriel le 23 novembre 2018 auprès de l'ensemble des Présidents des CDOM sous forme de questionnaire auto-administré uniquement accessible en ligne via un accès individuel et sécurisé. Le délai octroyé pour le retour des questionnaires était initialement fixé au 18 décembre 2018. Deux relances successives ont été réalisées auprès des non-répondants les 10 et 19 décembre, un délai supplémentaire a été accordé, repoussant la clôture de l'enquête au 26 décembre. Au total, 102 CDOM¹ ont participé.

3. Données présentées

En sus des données recueillies auprès des CDOM, certains points ont été complétés par des données issues des bases de l'assurance maladie (SNIIRAM), de la DREES, de la Fédération SOS Médecin et du CNOM.

En complément de l'état des lieux réalisé auprès des CDOM, le CNOM a diligenté une enquête auprès des médecins généralistes qui avait pour objectif de déterminer les motivations et les freins à leur participation à la PDSA. Certains résultats ont été intégrés à ce rapport et systématiquement présentés sous forme d'encarts².

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.

¹ Soit les 101 CDOM de métropole et d'Outre-mer et l'organe de la Nouvelle-Calédonie.

² Enquête réalisée par l'institut Elabe, du 31 janvier au 28 février 2019. Résultats portant sur un échantillon représentatif de 4973 médecins généralistes.

4. Limites

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.

Au regard de ces éléments, chaque questionnaire a fait l'objet d'un contrôle de cohérence des informations recueillies suivi d'un contact avec les conseils départementaux afin de garantir la qualité des réponses, d'affiner ou de préciser certains points et de permettre un traitement fiable et homogène de l'information recueillie.

Par ailleurs, il est 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. Celles-ci présentent également certaines limites qu'il est important de mentionner.

Les données de la CNAM et de la DREES ne portent pas sur l'année 2018 mais respectivement sur les années 2017 et 2015. Ce décalage temporel ne permet pas la mise en regard à un instant t des données de l'enquête et des données issues de ces bases. Elles permettent cependant d'établir un ordre de grandeur de référence, sachant que le type de données présentées n'a généralement pas tendance à évoluer de manière importante d'une année sur l'autre.

Le CNOM a créé Ordigard, un logiciel de gestion des tableaux de garde à destination des CDOM couplé au logiciel P-Gard qui facilite et accélère la procédure de paiement des forfaits d'astreintes par les caisses primaires d'assurance maladie. Les données d'activité recueillies par ces logiciels et exploitées dans ce rapport permettent notamment d'établir le profil des médecins de garde. Utilisées pour le financement du dispositif, elles peuvent être considérées comme particulièrement fiables. Cependant, bien qu'une grande majorité des CDOM y ait adhéré, elles présentent la limite de ne pas être exhaustives. Au 31 décembre 2018, 80 départements sur 101 ont utilisé Ordigard couplé à P-Gard³ sur l'année complète.

Parallèlement aux taux de participation des médecins à la permanence des soins issus des données déclaratives de l'enquête menée auprès des CDOM, le CNOM a souhaité pouvoir établir un taux de participation à partir de données homogènes et comparables au niveau national. Le calcul de ce taux 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 2018. La limite reste cependant le manque d'exhaustivité de ces données puisque, comme mentionné plus haut, elles portent sur 79 départements (80 départements initialement, dont un exclu du calcul par incomplétude des données recueillies).

Il a été décidé de présenter, sur la base Ordigard, un taux de participation national plutôt que départemental malgré cette limite, en espérant que l'adhésion croissante des départements à Ordigard permette, dans le futur, de présenter des données plus solides.

³ En 2018, sur 101 départements : 7 n'utilisaient aucun des deux logiciels, 94 utilisaient Ordigard et 87 utilisaient Ordigard couplé à P-Gard. Parmi ces 87 départements, 80 l'ont utilisé sur l'ensemble de l'année 2018 (7 y ont adhéré en cours d'année). Les 21 départements non représentés par la base Ordigard/P-Gard pour l'ensemble de l'année 2018 étaient : l'Allier, l'Aude, l'Ariège, le Calvados, la Creuse, l'Eure, la Haute-Marne, le Haut-Rhin, la Loire-Atlantique, la Lozère, le Maine-et-Loire, la Mayenne, la Nièvre, la Sarthe, la Seine-Maritime, la Vendée, l'Yonne, la Guadeloupe, Mayotte et la Guyane, la Réunion. Par ailleurs, le département de l'Orne a été écarté du calcul par manque de fiabilité des données.

Le mode de calcul définit a été le suivant :

- *Médecins ayant participé à la PDSA en 2018 (numérateur)* : médecins ayant été inscrit à au moins une garde (effectif et/ou régulation) au cours de l'année 2018 en tant que titulaire ou remplaçant et qu'elle ait été réalisée ou non ;
- *Médecins susceptibles de participer à la PDSA en 2018 (dénominateur)* : ensemble des médecins 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 régulateurs, une activité de remplacements libéraux, une activité en centre de santé. Les médecins exemptés sur l'ensemble de la période apparaissant dans cette base ont été exclus.

II. Introduction

Pour la 16^{ème} année consécutive, le CNOM a réalisé une enquête sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Menée auprès des CDOM, elle permet de faire un état des lieux national de la PDSA en dégagant à la fois les modalités d'organisations en place, leurs évolutions ainsi que les problématiques rencontrées. Fondée sur l'expérience de terrain des CDOM, l'enquête permet d'aborder les différents pans de la PDSA, qu'il s'agisse de la régulation, de l'effectation fixe et mobile ou des activités annexes telles que la PDSA en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou la réalisation des actes médico-administratifs. Les conseils départementaux ont par ailleurs un rôle clé dans l'organisation de la PDSA et peuvent faire émerger, par leur expérience, des propositions d'amélioration du dispositif en lien avec les différents acteurs impliqués au niveau local.

Les différents constats permis par cette enquête et les grandes tendances observées doivent être mis en regard avec l'enjeu majeur de la PDSA qui tient au service rendu à la population. Il est fondé sur la volonté de remettre le patient au cœur de l'organisation de sa prise en charge et de permettre qu'il reçoive, par une meilleure coordination, les bons soins au bon moment.

En 2018, les CDOM témoignent de nombreuses évolutions touchant à l'organisation de la PDSA. Celles-ci tiennent principalement à l'harmonisation plus ou moins importante des organisations des anciennes régions dans le cadre de la réforme territoriale.

Au niveau organisationnel, certaines tendances observées les années précédentes se sont confirmées en 2018. C'est notamment le cas de la réduction du nombre de territoires de PDSA par resectorisation, du développement de l'effectation fixe, de l'élargissement de la régulation au samedi matin ou de l'arrêt de la PDSA en nuit profonde pour un nombre grandissant de territoires, mouvement qui devrait également se poursuivre en 2019. Une évolution des forfaits d'astreinte (régulation et effectation) a également pu être constatée, en grande partie dans le cadre de l'harmonisation des organisations des anciennes régions.

L'évolution de la participation des médecins à la PDSA demeure fragile en 2018. L'enquête permet d'identifier une stabilisation du taux de participation des médecins libéraux pour un tiers des départements, une hausse précaire du nombre de médecins régulateurs libéraux, une fragilisation en termes de couverture des territoires liée à la part croissante du nombre de territoires couverts par moins de 5 médecins volontaires. La démographie médicale est majoritairement identifiée comme facteur de fragilisation des organisations, elle tient à la faiblesse de la densité médicale (dans les zones rurales notamment) ainsi qu'au vieillissement des médecins en exercice. La démobilisation des médecins libéraux et les processus de resectorisation ont également pu être soulevés comme facteurs fragilisant l'organisation de la PDSA.

Des problématiques déjà soulevées les années précédentes sont de nouvelles identifiées et partagées par les CDOM en 2018. C'est notamment le cas de la PDSA en EHPAD, dont les dysfonctionnements révèlent l'existence d'une problématique nationale qui dépasse largement le seul cadre de la PDSA. Le flou qui demeure autour de la prise en charge des actes médico-administratifs et le report de ces actes par défaut sur les médecins de garde au sein d'une grande majorité de départements est également une problématique qui a été soulevée en 2018.

III. Résultats de l'enquête

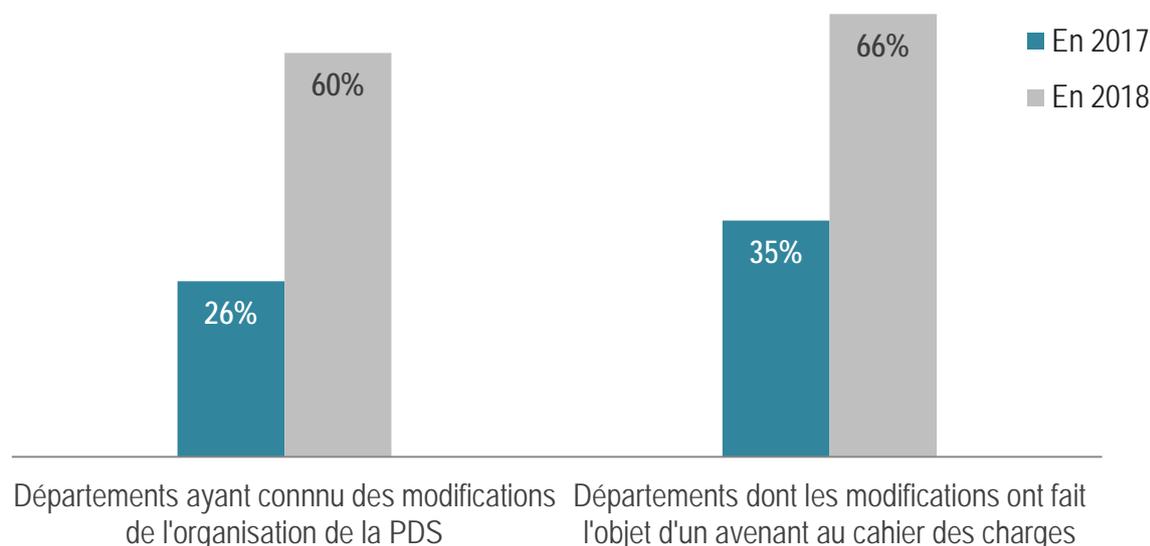
1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2018

De nombreux départements ont connu une évolution de l'organisation de la PDSA au cours de l'année 2018. La révision des cahiers des charges régionaux, non encore effectuée dans toutes les régions, y a grandement contribué. Il apparaît cependant que pour certains départements l'organisation effective diffère de celle formalisée dans le cahier des charges.

1.1. Une année propice au changement pour une majorité de départements

L'année 2018 a bénéficié d'une conjoncture particulière favorable à l'évolution de l'organisation de la PDSA au sein de la grande majorité des départements. Ainsi, près de deux CDOM sur trois ont déclaré que l'organisation de la PDS avait évolué au sein de leur département au cours de l'année 2018, soit plus du double de l'année précédente (Cf. Graphique 1).

Graphique 1 – Évolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2017 et 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

L'harmonisation des organisations régionales avec la fusion des anciennes régions et la mise en place du numéro national 116-117 qui nécessitait une révision des cahiers des charges régionaux au cours de l'année 2018⁴, ont été prétexte à une réorganisation de la PDSA. Parmi les 65 CDOM concernés par la fusion des régions, 56% ont d'ailleurs déclaré que celle-ci avait ou allait entraîner de nouvelles organisations de la PDSA. Lorsqu'elles ont eu lieu, les principales évolutions ont porté sur un ajustement des plages horaires et de la sectorisation de la PDSA, sur une révision des forfaits d'astreinte, sur l'activation technique du numéro de régulation national 116-117 et, dans une moindre mesure, sur une modification du nombre de sites dédiés en activité.

⁴ Le décret n°2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place du 116-117, numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires, prévoyait une révision des cahiers des charges régionaux pour le 8 août 2018 au plus tard.

En dehors de la Seine et Marne, des Vosges et de la Moselle, les CDOM ont déclaré avoir été associés aux réflexions menées par l'ARS au sein de tous les départements ayant connu une évolution de l'organisation de la PDSA (soit 93%).

1.2. Révision des cahiers des charges

Au cours de l'année 2018, 11 cahiers des charges régionaux ont été révisés ou ont fait l'objet d'un avenant. Pour les 6 autres régions, une version révisée du cahier des charges est prévue au cours du premier trimestre 2019.

La fusion de certaines anciennes régions a également conduit une partie des ARS à harmoniser les cahiers des charges selon le périmètre géographique des nouvelles régions, ce qui n'était pas encore le cas en 2017.

a. Fusion des régions : un nouveau cahier des charges pour 5 des 7 nouvelles régions

La réforme territoriale a conduit à un passage de 22 à 13 régions et à une réduction du nombre d'ARS dans les mêmes proportions. Face à cette évolution, les cahiers des charges régionaux de PDSA sont eux aussi amenés à évoluer pour être en adéquation avec le nouveau découpage territorial. Ainsi, des régions dont les modes d'organisation pouvaient être très distincts ont dû ou doivent encore procéder à une fusion de leur cahier des charges respectifs et proposer ainsi une organisation régionale unique. Quoi qu'il en soit, les déclinaisons départementales des cahiers des charges permettent de définir les organisations de la PDS à un niveau plus local en tentant de tenir compte des spécificités et contraintes particulières de ces territoires.

Seize des vingt-deux anciennes régions ont fusionné pour former 7 nouvelles régions (il s'agit des nouvelles régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie).

Au cours de l'année 2018, 5 des 7 nouvelles régions ont fusionné les anciens cahiers des charges pour aboutir à un document unique. Selon les informations transmises par les ARS, ces fusions ont mené à une mise en cohérence plus ou moins importante des organisations préexistantes :

- En Auvergne-Rhône-Alpes le nouveau cahier des charges a conduit à une harmonisation du montant forfaitaire d'astreinte d'effectif les samedis après-midi entre les deux anciennes régions (passage de 150€ à 100€ pour l'ancienne région Aquitaine) ainsi que du forfait de régulation. Elle a également conduit à un renforcement de la régulation de la PDSA et à l'arrêt de la PDSA en nuit profonde dans toute la région.
- En Bourgogne-Franche-Comté, les différences quant à la PDSA (qu'il s'agisse des problématiques rencontrées ou de son organisation) étaient telles qu'elles n'ont pas encore permis d'en définir une organisation unique. Le nouveau cahier des charges a fixé un cadre régional tout en maintenant les spécificités organisationnelles des anciennes régions. C'est notamment le cas des modalités de la régulation médicale : la Franche-Comté dispose d'une association unique de régulation tandis que la Bourgogne dispose d'une organisation départementale reposant sur trois associations distinctes. L'ARS souhaite cependant tendre vers une régionalisation de la régulation de la PDSA en Bourgogne au sein du CRAA15 lui aussi régionalisé en s'appuyant sur le modèle d'ores et déjà en place en Franche-Comté. Dans ce cadre elle envisage une organisation coordonnée entre les trois associations existantes et

la définition d'un nombre de régulateurs homogène par tranche horaire pour l'ensemble du territoire régional. Cela devrait conduire la suppression de deux lignes de régulation en nuit profonde en Bourgogne et à une harmonisation, par la suite, des forfaits de régulation entre les deux anciennes régions (le forfait horaire s'établit actuellement à 80€ en Franche-Comté et à 75€ en Bourgogne). L'ARS a également souhaité harmoniser les forfaits d'effecton (bien que des majorations spécifiques demeurent pour certains territoires) et les budgets de fonctionnement des MMG. Elle envisage également une suppression des gardes en nuit profonde pour tous les secteurs ruraux de la région (ces éléments n'apparaissent pas dans le cahier des charges).

- En Nouvelle-Aquitaine le nouveau cahier des charges est la traduction d'une harmonisation des anciennes organisations. Les évolutions portent sur un alignement par le haut des tarifs de la régulation de la PDSA pour l'ensemble de la région, la possibilité d'étendre les horaires de PDSA au samedi matin ainsi que la possibilité de créer de territoires d'effecton mobile avec un financement adapté au regard de la réussite de l'expérimentation réalisée dans l'ancienne région du Limousin. L'ARS et ses partenaires souhaitent par ailleurs maintenir les gardes en semaine pour toute la région bien que des difficultés soient mentionnées pour les départements de la Charente et de la Charente-Maritime. Dans le futur, l'ARS prévoit également une possible revalorisation de la rémunération de l'effecton en fonction des re-sectorisations.
- En Normandie l'élaboration du nouveau cahier des charges a conduit à une harmonisation des rémunérations des astreintes d'effecton (avec un tarif horaire unique de 14€) et de régulation de la PDSA (avec un tarif de 100€ par heure de régulation) qui sera effective à partir de 2019. La région expérimente également l'extension de la régulation au samedi matin avec une réponse différée pour l'effecton.
- En Hauts-de-France l'harmonisation des cahiers des charges a conduit à une extension de la régulation en nuit profonde pour l'ensemble des départements ainsi qu'à une hausse des forfaits correspondants. Elle a également conduit à la possibilité de procéder à un renfort du nombre de médecins régulateurs et effecteurs en cas de besoin ainsi qu'à une harmonisation des forfaits de l'effecton vers le haut.

Les régions Occitanie et Grand-Est possèdent encore les cahiers des charges des anciennes régions :

- Dans la région Grand-Est, chaque ancien cahier des charges a fait l'objet d'un avenant en 2018 portant uniquement sur l'alignement des forfaits de rémunération de la régulation de la PDSA (sauf en nuit profonde) qui s'établit dorénavant à 90€ pour l'ensemble des trois anciennes régions et à 115€ en cas de mutualisation interdépartementale pour les anciennes régions Lorraine et Champagne-Ardenne. Les autres dispositions sont restées inchangées.
- En Occitanie aucune modification n'a eu lieu en 2018, un nouveau cahier des charges unique est attendu au premier trimestre 2019.

b. Révision des cahiers des charges au sein des autres régions

Les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-D'azur, Pays-de-la-Loire, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Corse, Martinique, Guadeloupe, Guyane et Océan Indien n'étaient pas concernés par la réforme territoriale.

Cependant, au cours de l'année 2018, pour 6 de ces 10 régions, les cahiers des charges ont été révisés ou ont fait l'objet d'un avenant intégrant des modifications marginales. Il s'agit des régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-D'azur, Pays-de-la-Loire, Centre-Val-de-Loire, Guyane et Océan Indien. Pour la Guyane, les changements annoncés ne seront effectifs qu'à partir de 2019. Pour la région Océan Indien, le cahier des charges a fait l'objet d'un avenant qui a permis de revaloriser les forfaits de régulation (cela concerne uniquement la Réunion, Mayotte n'ayant pas encore une organisation opérationnelle de PDSA). Le système est en cours d'évaluation externe et une révision complète du cahier des charges devra avoir lieu en fonction des conclusions qui en seront tirées.

1.3. Mises en œuvre effective et modalités d'évaluation du dispositif

a. Mises en œuvre effective

Il est possible que l'organisation de la PDSA telle que formalisée dans le cahier des charges et ses avenants diffère de sa mise en œuvre effective. Selon les CDOM, c'était le cas pour 15 départements en 2018. Ces écarts correspondent, pour 11 départements, à une absence de couverture pour des secteurs de PDSA pourtant inscrits au cahier des charges. Ces situations peuvent être liées à des défaillances organisationnelles ou à un nombre insuffisant de médecins comme c'est par exemple le cas pour les départements des Bouches-du-Rhône, du Loiret, de la Vienne, du Pas-de-Calais ou des Landes. Les CDOM témoignent alors de problématiques installées qui peinent à trouver des solutions.

À titre d'exemple, le CDOM des Bouches-du-Rhône rapporte : « *il existe la problématique chronique de l'effectif mobile, hors SOS, dans Marseille même, pour laquelle la réponse par la mise en place d'une maison médicale de garde tarde. De ce fait les tableaux de ville sont peu remplis de manière chronique* ». Le CDOM du Loiret témoigne « *les gardes ne sont plus assurées car les médecins ne veulent plus* ». Pour le département de la Vienne « *il n'y a pour le moment aucun régulateur sur la nouvelle plage du samedi matin. Les régulateurs contestent le montant alloué pour cette période* ».

b. Evaluation du dispositif

Les conditions d'évaluation du fonctionnement de la PDSA et les indicateurs de suivi sont définis au niveau régional et précisés dans le cahier des charges. À titre d'exemple, la région Bourgogne-Franche-Comté précise dans son cahier des charges que « *l'organisation de la PDS fait l'objet d'une évaluation annuelle, afin de vérifier que son fonctionnement est adapté et efficient. L'évaluation permet de mettre en exergue les adaptations nécessaires au dispositif et à l'évolution des besoins de soins non programmés et de l'offre de soins* ».

L'évaluation est prévue dans l'ensemble des régions et est généralement présentée dans le cadre du CODAMUPS mais elle n'est cependant pas harmonisée au niveau national. Cela ne permet ni la comparaison ni le suivi global de l'évolution de la PDS dans le temps.

Il pourrait être intéressant que l'ensemble des régions suivent des indicateurs identiques, définis au niveau national, que les données puissent ensuite être centralisées et rediffusées. Ces indicateurs de suivi permettraient d'avoir une lecture harmonisée de l'organisation de la PDSA.

2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2018

2.1. La régulation médicale

Pilier de l'organisation de la PDSA, la régulation médicale est le point d'entrée du patient au sein du dispositif. La qualité de son organisation conditionne son orientation dans les meilleurs délais vers la réponse médicale la plus adaptée à son état de santé en fonction des modalités d'organisation de l'effectif sur le territoire. Le médecin régulateur peut délivrer un conseil médical, réaliser une téléprescription, demander l'intervention d'un médecin de permanence, orienter le patient vers le service des urgences ou encore autoriser le déplacement d'une équipe de service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR). Lorsque l'intervention d'un médecin de garde est nécessaire, elle doit avoir lieu après une régulation médicale téléphonique.

a. Organisation de la régulation médicale

Pour 84% des départements, l'organisation de la régulation de la PDSA est exclusivement départementale. Dans les autres cas il peut s'agir d'une organisation interdépartementale ou régionale, comme c'est historiquement le cas pour l'ancienne région de la Franche-Comté dont l'organisation devrait s'étendre à l'ensemble de la nouvelle région.

L'article L6314-1 du code de la santé publique définit le cadre législatif applicable à la régulation médicale : « *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. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence. La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plateformes assurent une régulation médicale des appels.* »

Dans les SAMU – centre 15, la régulation médicale de la PDSA peut être organisée conjointement dans le cadre d'une convention liant le centre hospitalier siège du centre 15 et l'association représentant les médecins régulateurs de la PDSA ou les médecins régulateurs libéraux.

Selon la législation en vigueur et conformément aux demandes qu'avait exprimées le CNOM, la régulation doit être médicale. Dans les faits, il arrive qu'elle ne soit pas toujours médicalisée, aussi bien au niveau des associations de PDSA qu'au centre 15, dans le sens où les appels parviennent à un standard (assuré par un permanencier assistant de régulation médicale au centre 15). Les recommandations publiées par la Haute Autorité de santé (HAS) sur le sujet précisent que la régulation « *est un acte médical pratiqué par un médecin régulateur* » et que la fonction de médecin régulateur « *est, pendant toute la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction* »⁵.

⁵ Haute Autorité de Santé, *Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale*, 2011.

La nécessité d'une formation spécifique initiale et continue pour les médecins régulateurs et leurs assistants est également soulignée. Le rapport du Sénat sur les urgences hospitalières⁶, insiste par ailleurs sur la nécessaire professionnalisation des assistants de régulation médicale (ARM) qui constituent le premier maillon de la chaîne des secours d'urgence.

Comme cela avait déjà été relevé en 2017, aucun dispositif de suivi et de recensement harmonisé de l'activité de régulation médicale de PDSA n'est en place. Lorsqu'ils existent, les systèmes de recueil sont développés au niveau local, comme c'est le cas pour l'association de régulation libérale de la PDSA ACORELI en Franche-Comté. Il n'est donc pas possible d'en suivre l'activité de manière homogène sur l'ensemble du territoire.

b. Modalités d'accès à la régulation de la PDSA

Les modalités d'accès à la régulation médicale sont multiples sur l'ensemble du territoire et peuvent même se superposer au sein d'un même département. Coexistent le 116-117 numéro national d'accès à la PDSA, le 15, les numéros d'appels départementaux ou régionaux à 4 ou 10 chiffres ainsi que ceux des associations de permanence des soins de type SOS Médecins.

- Le numéro national 116-117, numéro national spécifiquement consacré à la PDSA introduit en 2016 par la loi de modernisation du système de santé⁷, a été mis en place dans 3 régions pilotes (Corse, Normandie et Pays-de-la-Loire) et est techniquement opérationnel dans tout le reste de la France, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ayant demandé, en 2017, à l'ensemble des ARS à ce que les SAMU assurent le rebasculement des appels du 116-117 aux plateformes du centre 15. Les ARS ont cependant précisé qu'aucune communication grand public n'avait été mise en œuvre pour accompagner ce dispositif, dans l'attente d'un arbitrage national sur son développement ou son abandon. Comme le souligne la Cour des comptes « à ce jour, l'extension de ce projet est suspendue dans l'attente des conclusions d'une mission confiée à l'IGAS et à l'IGA, visant à définir des scénarios de plateformes communes de réception des appels d'urgence⁸ ».
- Plus d'un tiers des départements possèdent également un numéro d'appel départemental ou régional à 4 ou 10 chiffres donnant accès aux plateformes de régulation médicale. Rappelons qu'à ces numéros peuvent également s'ajouter ceux des organismes qui, comme SOS médecin, participent localement à la PDSA.
- Le 15 reste le mode d'accès privilégié à la régulation médicale et est disponible sur l'ensemble du territoire. Pour 13 départements il peut être disponible depuis le domicile ou le cabinet du médecin, on parle alors de « régulation déportée ». Cette organisation permet une plus grande participation des médecins à la régulation, 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 ou évènement particulier).

⁶ Sénat, 2017, Rapport d'information n°685 sur les urgences hospitalières.

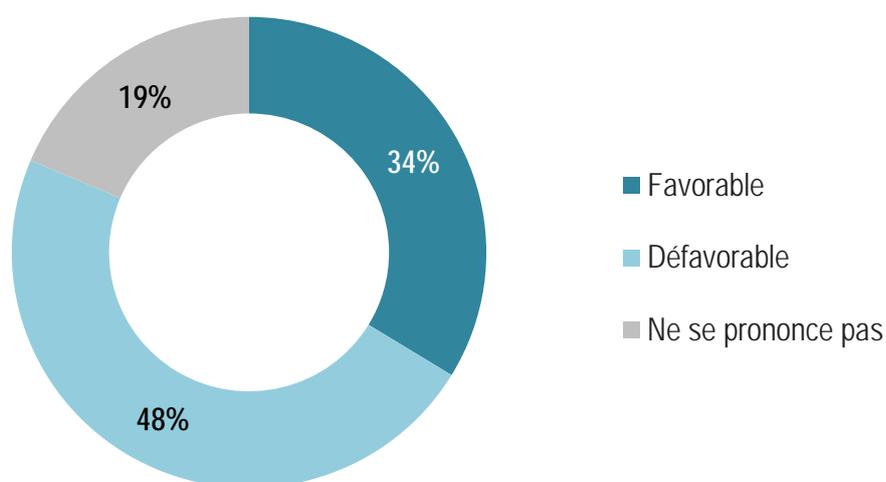
⁷ Loi du 26 janvier 2016 n°2016-41 de modernisation du système de santé.

⁸ Cour des comptes, *Rapport public annuel*, février 2019, chapitre VI Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités, p. 211-239.

c. 116-117 : l'avis des CDOM

Bien qu'aucune évaluation du dispositif 116-117 n'ait été réalisée au sein des départements pilotes, l'enquête a permis de questionner les CDOM sur ce sujet. Au sein des 3 régions pilotes, les CDOM font des retours globalement positifs mais constatent que ce numéro reste encore peu connu de la population et, de fait, encore trop peu utilisé. Dans le reste du territoire, près d'un CDOM sur deux a déclaré y être défavorable (Cf. Graphique 2). Les arguments soulevés tiennent à la fois au manque de lisibilité du dispositif qu'à des questions organisationnelles relatives à l'efficacité du système.

Graphique 2 – Répartition des CDOM favorables ou non au numéro national de régulation médicale 116-117 en dehors des 3 régions pilotes (N = 86)



Lecture : En dehors des 3 régions pilotes (Normandie, Corse et Pays-de-la-Loire) 32% des CDOM ont déclaré être favorables à la mise en place du 116-117.

Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Concernant le manque de lisibilité du dispositif il est apparu que :

- Certains CDOM estiment que les modalités de régulation au sein de leur département fonctionnent bien et n'ont pas besoin d'évoluer. Le numéro en place (qu'il s'agisse du 15 ou d'un autre) est, selon eux, connu des usagers bien qu'il ait mis du temps à entrer dans les mœurs. Un nouveau changement pourrait entraîner une certaine confusion et mettre à mal tout le travail d'assimilation déjà entrepris. Ce risque serait d'autant plus important si aucune action de communication n'était associée à la mise en place de ce nouveau numéro. Sur ce point, il est intéressant de noter que, bien que plusieurs cahiers des charges mentionnent la communication comme un axe prioritaire à investir, seuls 11 départements ont effectivement mis en place de telles actions en 2018. Dans les faits cette crainte est majoritairement vérifiée puisque dans la majorité des départements pilotes, ce numéro reste, selon les CDOM, encore très peu utilisé car encore méconnu du grand public.
- Ce numéro parfois jugé trop long pourrait être plus difficile à retenir que les numéros à 2 ou 4 chiffres déjà en place.

- Pour certains, la mise en place du 116-117 est envisagée comme un ajout et non comme une substitution à l'existant. Considérée de cette manière, elle fait craindre une complexification du système et une perte en lisibilité pour le grand public.

Aux arguments précédemment mentionnés, s'ajoute une problématique organisationnelle : la distinction effective entre le 15 et le 116-117 suppose que le grand public soit en mesure de distinguer ce qui relève de l'urgence vitale ou non. Une plateforme gérant à la fois les régulations médicales d'urgences et les demandes de soins non-programmés, comme c'est le cas du centre 15, permet de pallier cet écueil. Certains CDOM soulignent ainsi l'intérêt et l'efficacité permise par les échanges entre les services du centre 15 et les médecins libéraux participant à la régulation.

Les préconisations formulées par le Samu-Urgences de France vont également dans ce sens : « *Les réponses que doit apporter la plateforme de régulation médicale sont multiples. Il convient d'organiser les plateformes en réseau afin qu'elles puissent venir en soutien l'une de l'autre soit pour apporter une réponse plus spécialisée soit en cas d'afflux d'appels*⁹ ».

Les CDOM favorables à la mise en place du 116-117 ont, quant à eux, énoncé les raisons suivantes :

- En permettant de différencier les urgences ressenties des urgences vitales reliées au 15, le numéro unique 116-117 assurerait un recours plus facile du public qui se sentirait davantage légitime à appeler ce numéro plutôt que celui des urgences. Le risque tient en effet à ce que la population hésite à appeler le Samu centre 15 en dehors des cas qui lui semblent graves, ce qui serait source de perte de chances pour les patients. La mise en place d'un numéro d'urgence dédié à la régulation médicale de la PDSA donnerait ainsi toute son efficacité au dispositif en évitant tout retard dans le diagnostic, potentiellement préjudiciable aux patients tout en évitant un engorgement du 15.
- La mise en place d'une voie d'accès unique au niveau national permettrait également de mesurer l'activité générée par la régulation médicale en identifiant l'activité proprement liée à la permanence des soins et d'en tirer des enseignements utiles.

Le point de vue des médecins généralistes

Selon l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes, 43% des médecins assurant des gardes considèrent que la création d'un numéro unique n'incluant pas l'AMU et les urgences hospitalières serait efficace pour améliorer le fonctionnement de la PDSA et 40% qu'elle serait inefficace.

Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

d. Prévalence des actes non-régulés

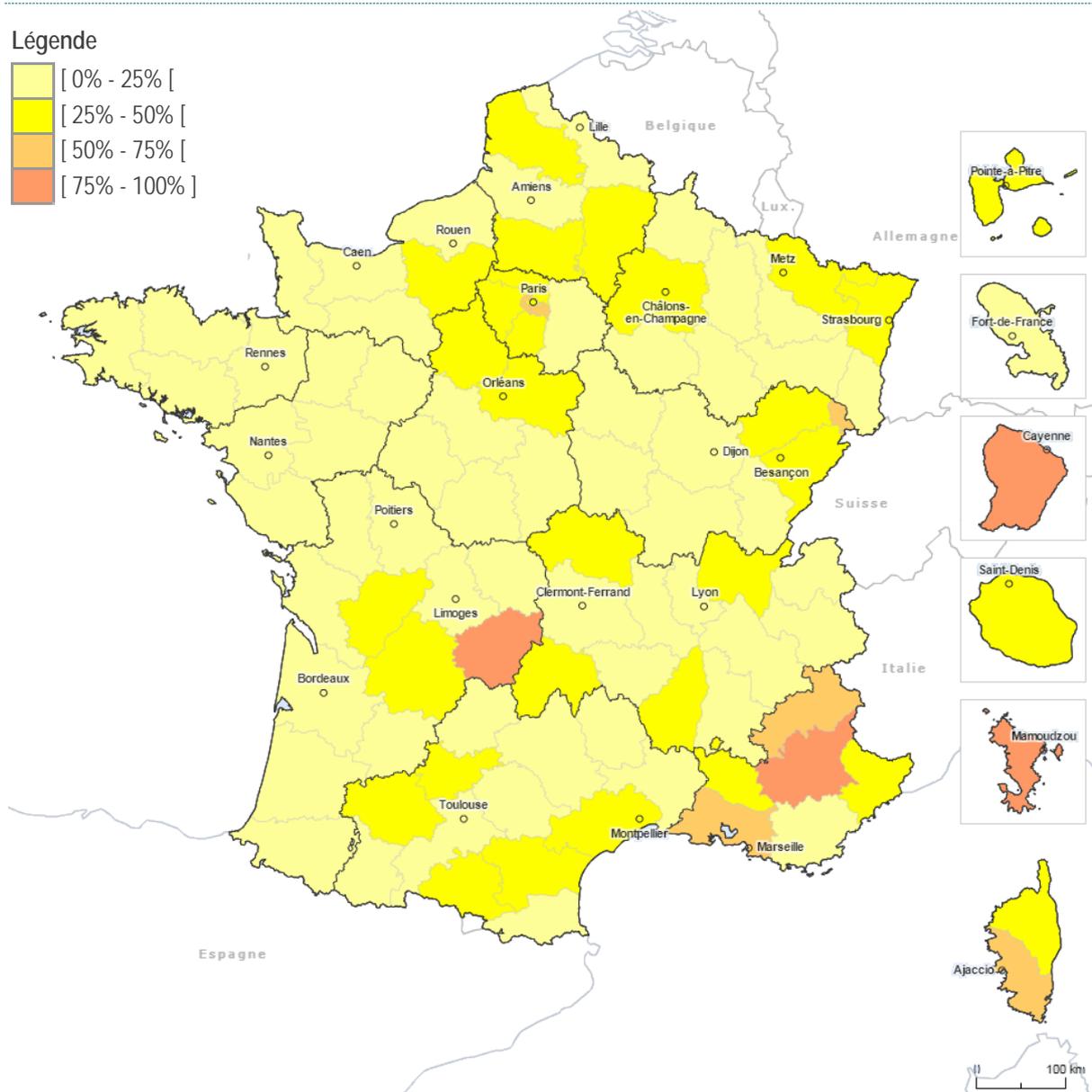
Bien que la régulation médicale doive être un préalable à tout acte d'effectation en horaire de PDS, il arrive que ce ne soit pas toujours le cas. Ainsi, en 2017, au niveau national, comme en 2016, 28% des actes en horaires de permanence des soins n'ont pas été régulés (CNAM, 2017).

⁹ SAMU Urgences de France, *Accélérer la modernisation de la régulation médicale pour répondre aux défis de santé*, Mai 2018.

Ce chiffre est très variable selon le département avec, en 2017, un maximum de 88% d'actes non régulés en Alpes-de-Haute-Provence et un minimum de 2% en Loire-Atlantique (Cf. Cartographie 1).

Selon le CDOM des Alpes-de-Haute-Provence l'absence de régulation pour une majorité des actes s'explique par le caractère principalement rural du département où les patients s'adressent directement à leur médecin en horaire de PDS. Le CDOM témoigne également de conflits entre médecins régulateurs hospitaliers et effecteurs. Il apparaît que les médecins régulateurs hospitaliers ne réorientent que très rarement les patients vers les médecins effecteurs.

Cartographie 1 - Part des actes non régulés en 2017

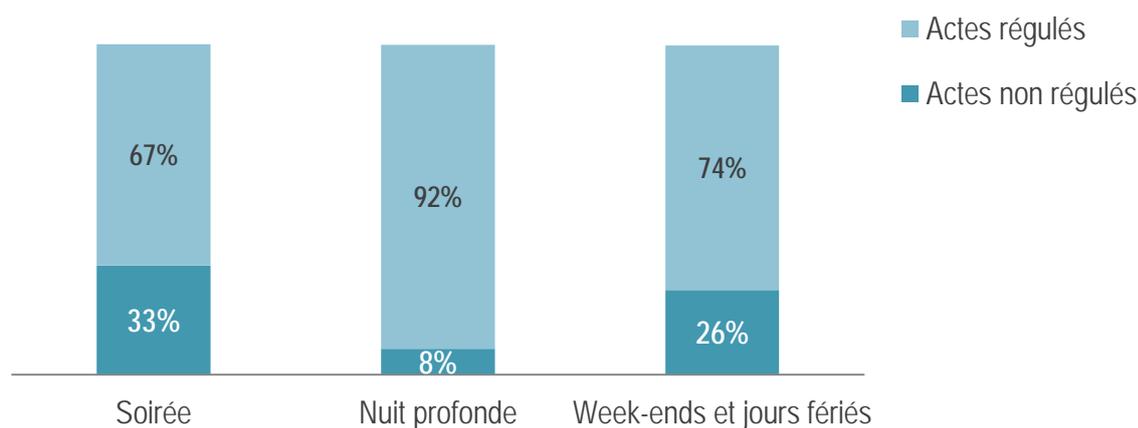


Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2017, liquidation à fin avril 2018 - Traitement CNOM.

Ce chiffre varie également fortement selon le créneau horaire de PDSA (Cf. Graphique 3). C'est en soirée que la part d'actes non-régulés est la plus importante, elle s'élève à un acte sur trois contre un acte sur quatre les week-ends et jours fériés et moins d'un acte sur dix en nuit profonde, sur ce créneau il apparaît que la plus grande partie des actes passe par la régulation.

L'enquête ne permet pas d'expliquer ces chiffres mais des hypothèses peuvent être formulées : dans les départements ruraux comme les Alpes-de-Haute-Provence, les patients contactent directement leurs médecins traitants en horaire de PDSA sans passer par la régulation. L'absence de régulation pourrait également résulter d'une méconnaissance du dispositif par la population ou de défaillances organisationnelles de la PDSA. À priori, la part d'actes non-régulés est sans rapport avec la présence ou non d'une Maison médicale de garde (MMG) car dès lors que ces sites apparaissent dans le cahier des charges de la PDSA, les actes qu'ils réalisent sont censés être régulés. Il est cependant à noter que, parmi les 87 départements dotés de sites dédiés, pour plus des deux tiers (soit 59 départements) les CDOM déclarent que, dans la pratique, les patients peuvent y accéder sans régulation médicale préalable.

Graphique 3 – Part des actes régulés et non-régulés selon le créneau horaire en 2017



Lecture : En 2017, 33% des actes en soirées ne sont pas facturés avec la majoration spécifique de la régulation.

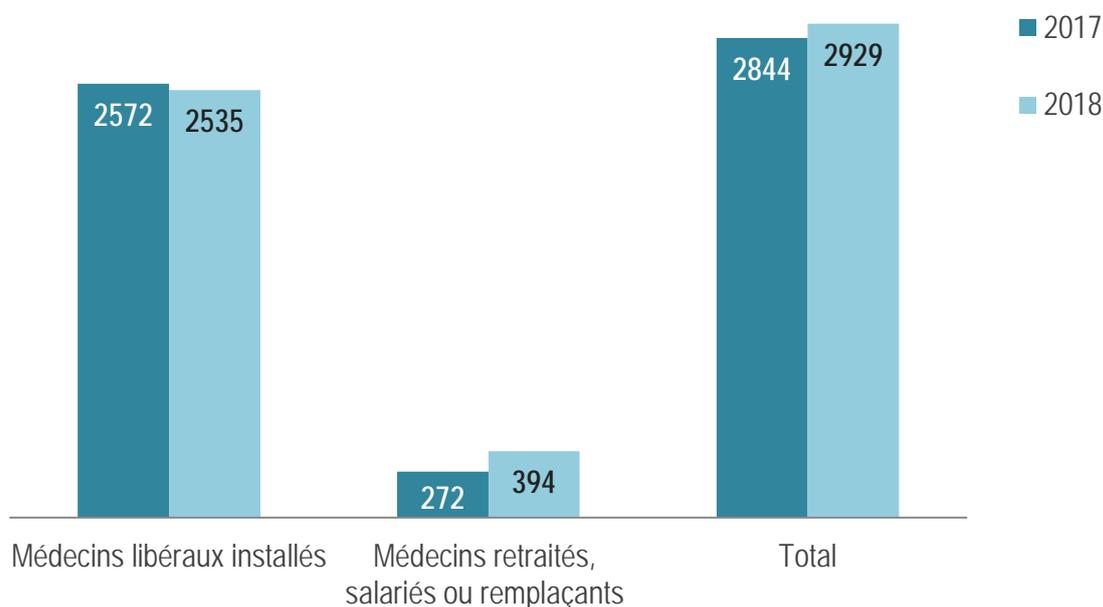
Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2017, liquidation à fin avril 2018 - Traitement CNOM.

e. Participation des médecins libéraux à la régulation médicale

En 2018, 2.535 médecins libéraux installés participaient à la régulation médicale, soit une baisse de 1,4% par rapport au nombre de médecins recensés en 2017. Leur participation est effective dans la quasi-totalité des départements, hormis pour la Lozère, les Ardennes, le Territoire de Belfort, la Guyane et Mayotte.

Sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une activité régulière (soit 49.215 en 2018), 5,1% participaient ainsi à la régulation de la PDSA (contre 5,2% en 2017). À ce chiffre doivent être ajoutés les 394 médecins retraités, salariés et remplaçants participant à la régulation de la PDSA. Au total, ce sont donc 2.929 médecins généralistes qui participaient à la régulation de la PDSA en 2018, soit une hausse de 3% par rapport aux chiffres constatés en 2017 (Cf. Graphique 4).

Graphique 4 – Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale en 2017 et en 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Cette évolution doit cependant être relativisée car elle tient exclusivement la hausse de 45% du nombre de médecins retraités, salariés ou remplaçants.

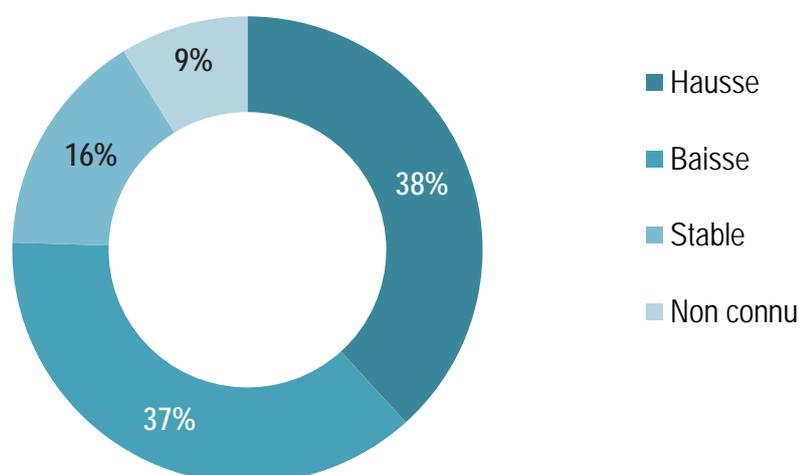
De plus, l'enquête ne permet pas de mesurer l'évolution positive ou négative du front de garde de régulation (nombre de médecins affectés à la régulation par tranche horaire) en horaires de PDSA.

La baisse du nombre de médecins installés participant à la régulation médicale conjointement à la hausse du nombre de médecins retraités ou remplaçants pourrait en partie s'expliquer par le changement de statut d'un certain nombre de médecins libéraux passés à la retraite en 2018 sans avoir mis un terme à leur activité de régulateur, impliquant un basculement de ces mêmes médecins d'une catégorie à l'autre. Dans ce cas, la hausse globale constatée tiendrait davantage à l'implication réitérée de médecins retraités qu'à l'adhésion d'une nouvelle génération de médecins qui viendrait consolider les effectifs des libéraux installés participant à la régulation.

Analysés plus en détail, ces chiffres permettent d'observer (Cf. Graphique 5) :

- Une hausse du nombre de régulateurs libéraux (installés, retraités, salariés ou remplaçants) pour 38% des départements avec 5 médecins régulateurs supplémentaires en moyenne (minimum = 1 ; maximum = 41) ;
- Une baisse pour 37% des départements avec 4 médecins régulateurs de moins en moyenne (minimum = -14 ; maximum = -1) ;
- Une stabilité du nombre de médecins régulateurs pour 16% des départements.

Graphique 5 – Évolution du nombre de médecins libéraux participant à la régulation médicale entre 2017 et 2018



Lecture : 38% des départements ont connu une hausse du nombre de médecins libéraux participant à la régulation médicale entre 2017 et 2018.

Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

f. Financement de la régulation

La participation à la régulation téléphonique 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 (Cf. Tableau 1). Ils peuvent également varier au sein d'une même région selon la tranche horaire de PDSA (ils sont souvent réévalués à la hausse en nuit profonde notamment) ou lors de périodes de forte activité.

Déterminé par les ARS, le forfait horaire d'astreinte de régulation varie aussi bien au niveau régional que départemental. Ainsi, en 2018, il était compris entre 70€ et 125€, tous créneaux confondus (Cf. Tableau 1).

L'évolution des organisations régionales de la PDSA a conduit à une large revalorisation des forfaits d'astreinte de la régulation de la PDSA au cours de l'année 2018. Elle a surtout eu lieu dans le cadre de l'harmonisation des organisations des anciennes régions suite à la réforme territoriale.

Ainsi, les nouvelles régions Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Haut-de-France, Grand-Est ont harmonisé les forfaits des anciennes régions par le haut. Les régions Ile-de-France et Océan Indien ont également revu le montant forfaitaire à la hausse (uniquement pour le créneau nuit profonde en Ile-de-France). En Normandie, la hausse du forfait inscrite au nouveau cahier des charges sera effective à partir de 2019.

Tableau 1 – Forfait horaire de la participation à la régulation téléphonique en 2018

Région	20H – 24H	Minuit – 8H	Sam. 12H-20H	Dimanche, fériés et ponts 8H-20H	Samedi 8h-12h
Auvergne-Rhône-Alpes	75€	100€	90€	90€	-
Bourgogne Franche-Comté*	75€ - 80€	75€ - 80€	75€ - 80€	75€ à 85€	75€
Bretagne	100€	75€ – 100€	100€	100€	-
Centre Val de Loire	80€	-	80€	80€	80€
Corse	70€				-
Grand-Est	90€ - 115€ <i>Majoration en cas de mutualisation interdépartementale</i>				-
Hauts-de-France	90€	120€	90€	90€	90€
Ile-de-France	80€	95€ - 110€ <i>Majoration exceptionnelle et non reconductible du 01/01/18 au 28/02/18</i>	80€	80€	-
Normandie	100€				-
Nouvelle-Aquitaine	92€	115€	92€	92€	70€
Occitanie	75€	90€	90€	90€	-
Pays-de-la-Loire	90€ - 125€ <i>Montant pouvant être modulé selon certains critères</i>				-
Provence-Alpes-Côte d'Azur	70€	92€	85€	85€	-
Martinique	76€	-	80€	80€ - 100€	-
Guadeloupe	<i>Forfait de 82,8€ selon créneaux horaires spécifiques : en semaine 14h-22h et de 22h-6h ; samedi 12h-21h et 21h-6h ; dimanche et férié 8h-19h et 19h-6h</i>				-
Guyane	-				-
Réunion	84€	115€	88€	88€	-

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

*L'harmonisation des forfaits de régulation entre la Bourgogne et la Franche-Comté n'est pas encore effective. Dans l'attente de la réduction du nombre de lignes de régulation en Bourgogne (actuellement au nombre de 3), la valorisation horaire de la régulation est de 75€ quelle que soit la période de PDSA.

2.2. L'effectif

a. Une tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA

La tendance de réduction du nombre de secteurs observée depuis plusieurs années se poursuit en 2018 quel que soit le créneau considéré (Cf. Graphique 6).

Graphique 6 – Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire en 2017 et 2018

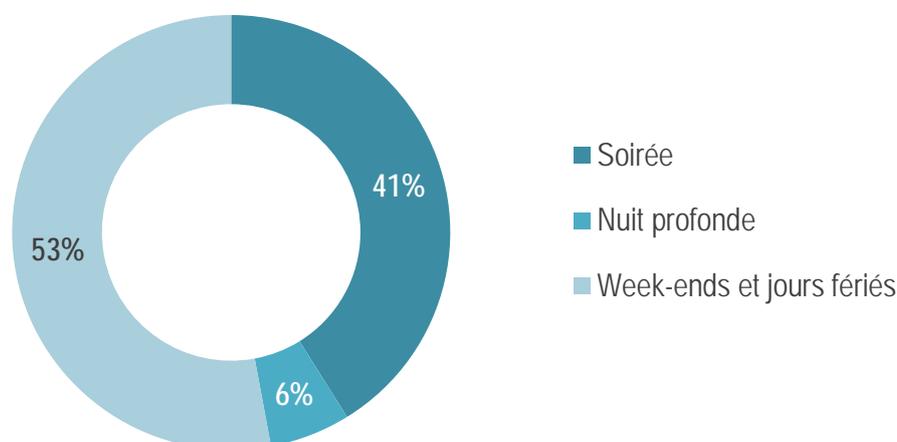


Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

La révision des cahiers des charges semble avoir accéléré la réorganisation des territoires de PDSA pour un certain nombre de départements. Entre 2017 et 2018, on note une réduction du nombre de territoires de PDSA de 9% en soirée de semaine, de 10% les week-ends et jours fériés et de 8,5% en nuit profonde.

De manière générale, sur un créneau horaire, un territoire de PDSA est souvent couvert par un médecin (qui représente une ligne de garde), il peut cependant arriver qu'un créneau de garde soit couvert par plusieurs médecins sur un même territoire pour répondre à des pics de demandes observés (sports d'hiver, épidémies, etc.). Au niveau global, les créneaux de garde avec plus d'un médecin effecteur représentaient 6,5% de l'ensemble des créneaux de gardes (Données Ordigard, 2018).

Graphique 7 – Répartition des actes de PDSA réalisés en 2017 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 2017, liquidation à fin avril 2018 – Exploitation CNOM.

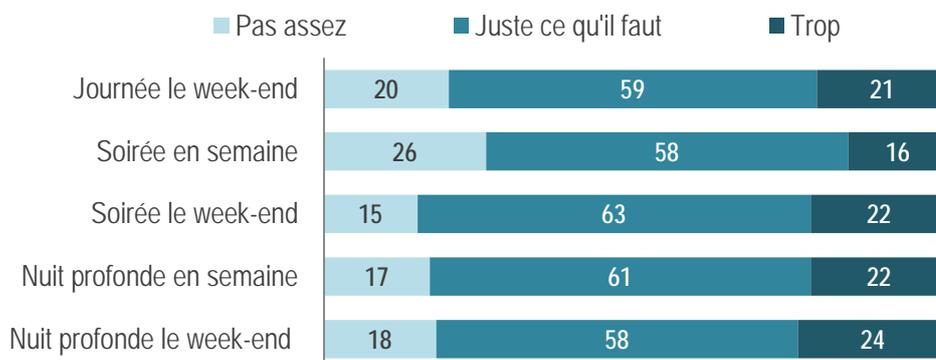
Un territoire de PDSA doit être défini selon les besoins observés en s'assurant que les distances à parcourir ne constituent pas un frein à la prise en charge. Une forte demande en soins non-programmés devrait se traduire par un nombre important de territoires et inversement. L'importance relative du nombre de secteurs de garde les week-ends et jours fériés devrait être interprétée comme une demande accrue sur ce créneau. En nuit profonde au contraire, elle est relativement faible, ce qui expliquerait la réduction du nombre de territoires observée depuis plusieurs années. Les données d'activité de la CNAM confirment ces tendances puisqu'en 2017, 53% des actes de PDSA étaient réalisés les week-ends et jours fériés, 41% en soirée et seulement 6% en nuit profonde (Cf. Graphique 7).

Certains CDOM dénoncent cependant une réduction injustifiée du nombre de territoires, déconnectée des besoins réels observés, c'est notamment le cas des départements des Alpes-Maritimes, des Bouches du Rhône, du Pas-de-Calais et de la Charente-Maritime. Il est possible de penser que lorsque la resectorisation ne résulte pas d'une baisse de l'activité constatée, elle relève d'une recherche d'efficacité financière souhaitée par certaines ARS grâce à la suppression de lignes de gardes. La fusion des territoires entraîne une hausse des distances à parcourir pour les médecins et/ou les patients et davantage de demandes de soins non-programmés à prendre en charge pour le médecin qui assure la garde. Cela fait craindre à certains CDOM une réduction du volontariat et l'apparition de « zones blanches », territoires sans médecin de garde où les demandes de soins non-programmés sont adressées, par défaut, au SAMU ou au service des urgences. Le témoignage du CDOM du Pas-de-Calais illustre ce risque : « en passant de 56 à 27 secteurs, la taille des secteurs de garde a doublée parfois triplée. Les médecins de terrain sont donc confrontés à devoir couvrir de grands territoires pour la consultation mais surtout pour la visite, ce qui est devenu difficilement réalisable. La resectorisation est souvent faite de manière administrative, en tenant très peu compte des remarques des médecins de terrain remontées par le Conseil de l'Ordre auprès des instances. Beaucoup de médecins se sont engagés sur la voie du non-volontariat, on assiste à un véritable effet boule de neige ».

Le point de vue des médecins généralistes

Une majorité de médecins effecteurs jugent que le nombre d'actes est satisfaisant et ce quel que soit le créneau horaire. Bien que les écarts constatés ne soient pas significatifs, il est cependant intéressant de noter que le sentiment de suractivité est plus important en nuit profonde et que le sentiment de sous-activité l'est davantage en soirée de semaine et en journée le week-end.

Pour chacun des types de gardes, concernant le nombre de patients, vous estimez que vous en avez...



Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

b. Prévalence des « zones blanches »

Le nombre de territoires de garde ne nous renseigne pas, à lui seul, sur l'organisation de la PDSA. Il est important d'identifier combien sont effectivement couverts par une prise en charge ambulatoire.

En 2018, c'était le cas pour 98% des territoires de week-ends et jours fériés contre 91% en soirées de semaine et 23% en nuits profondes (Cf. Tableau 2). Pour les autres territoires, l'effectif était assurée par les services de l'AMU faute de ligne de garde prévue par le cahier des charges, on parle alors de « zones blanches ».

Tableau 2 – Organisation de l'effectif en fonction du créneau horaire

	Territoires où l'effectif est assurée par des médecins de la PDSA		Territoires où l'effectif est assurée par les services de l'AMU (« zones blanches »)		Départements où il existe des « zones blanches »	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Week-ends et jours fériés	1445	97 %	36	3 %	34	33 %
<i>En 2017</i>	<i>1611</i>	<i>98 %</i>	<i>33</i>	<i>2 %</i>	<i>31</i>	<i>30 %</i>
Soirées (20h – 24h)	1312	91 %	130	9 %	20	20 %
<i>En 2017</i>	<i>1475</i>	<i>93 %</i>	<i>104</i>	<i>7 %</i>	<i>17</i>	<i>17 %</i>
Nuits profondes*	334	23 %	1108	77 %	92	90 %
<i>En 2017</i>	<i>458</i>	<i>29 %</i>	<i>1121</i>	<i>71 %</i>	<i>88</i>	<i>87 %</i>

Lecture : En 2018, l'effectif était assurée par des médecins de la PDSA pour 97% des territoires en les week-ends et jours fériés.

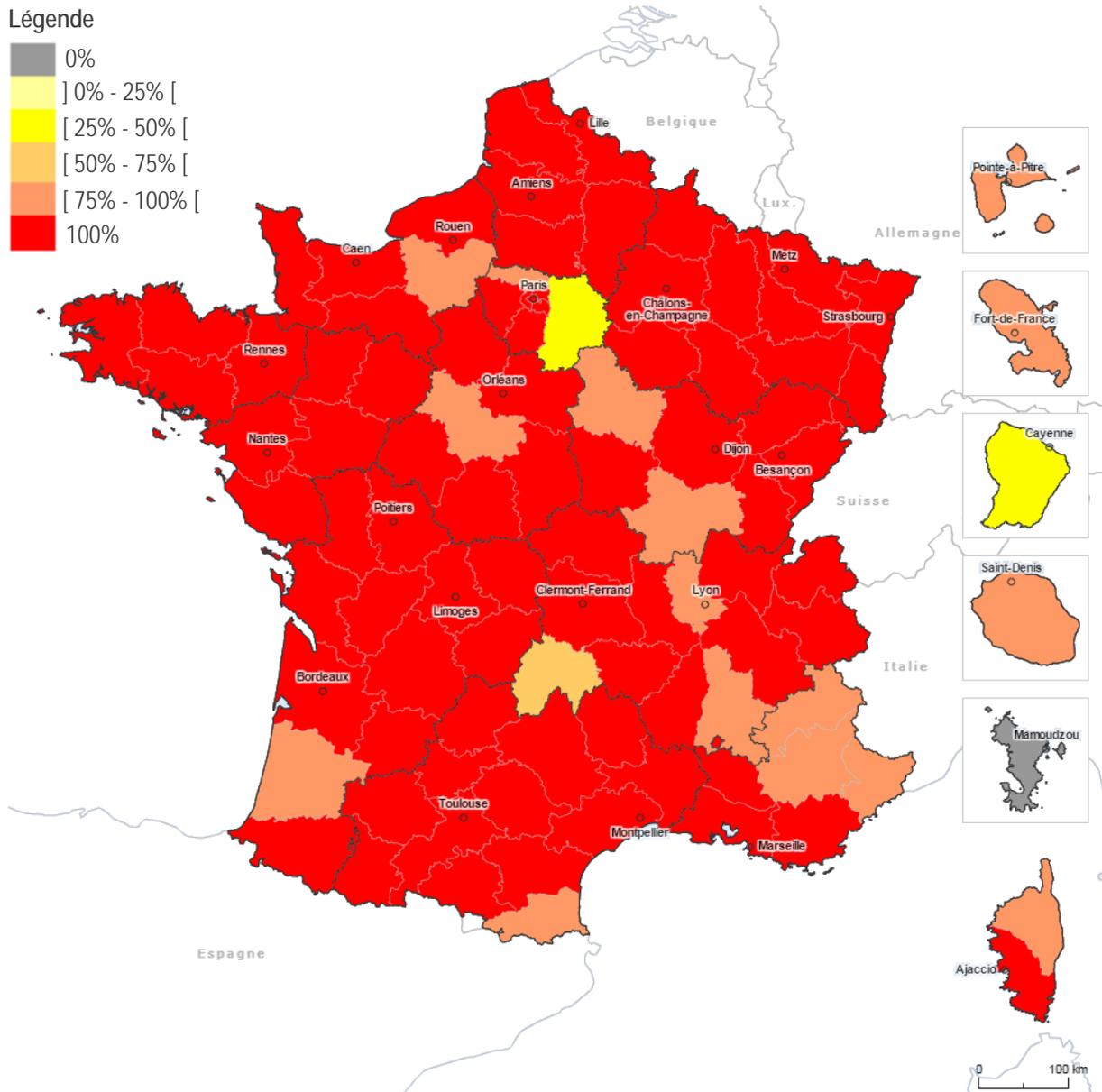
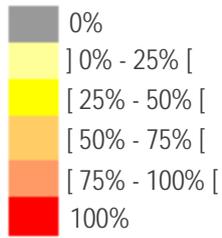
* Le nombre de territoires en nuits profondes a été ramené au nombre de territoires en soirées, c'est-à-dire sans tenir compte des éventuelles resectorisations. Par exemple, si un département dénombre 4 secteurs en soirée et plus que 2 secteurs en nuit profonde (suite à une resectorisation) couverts par une offre ambulatoire, le taux de couverture sera de 100%. Dans le cas où sur ces 4 secteurs, seul 2 seraient couverts en nuit profonde, le taux de couverture serait alors de 50%.

Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

C'est avant tout en nuit profonde que la part de « zones blanches » est la plus importante. Sur ce créneau, plus aucun territoire n'est couvert pour 30 départements (Cf. Cartographie 4), entre 2017 et 2018 un arrêt complet des gardes en nuits profondes a eu lieu au sein de plusieurs départements dont l'Ardèche, la Dordogne, le Puy-de-Dôme ou encore la Seine-et-Marne. Au niveau national, sur l'ensemble des territoires en soirées, seuls 23% continueraient à être couverts par une offre ambulatoire en nuit profonde en 2018, soit 6% de moins qu'en 2017 (Cf. Tableau 2). Il est possible que cette tendance à la baisse se confirme en 2019, la région Grand-Est prévoyant notamment un arrêt des gardes sur ce créneau pour l'ensemble de ses départements en 2019.

Cartographie 2 – Taux de couverture des territoires de PDS les week-ends et jours fériés en 2018

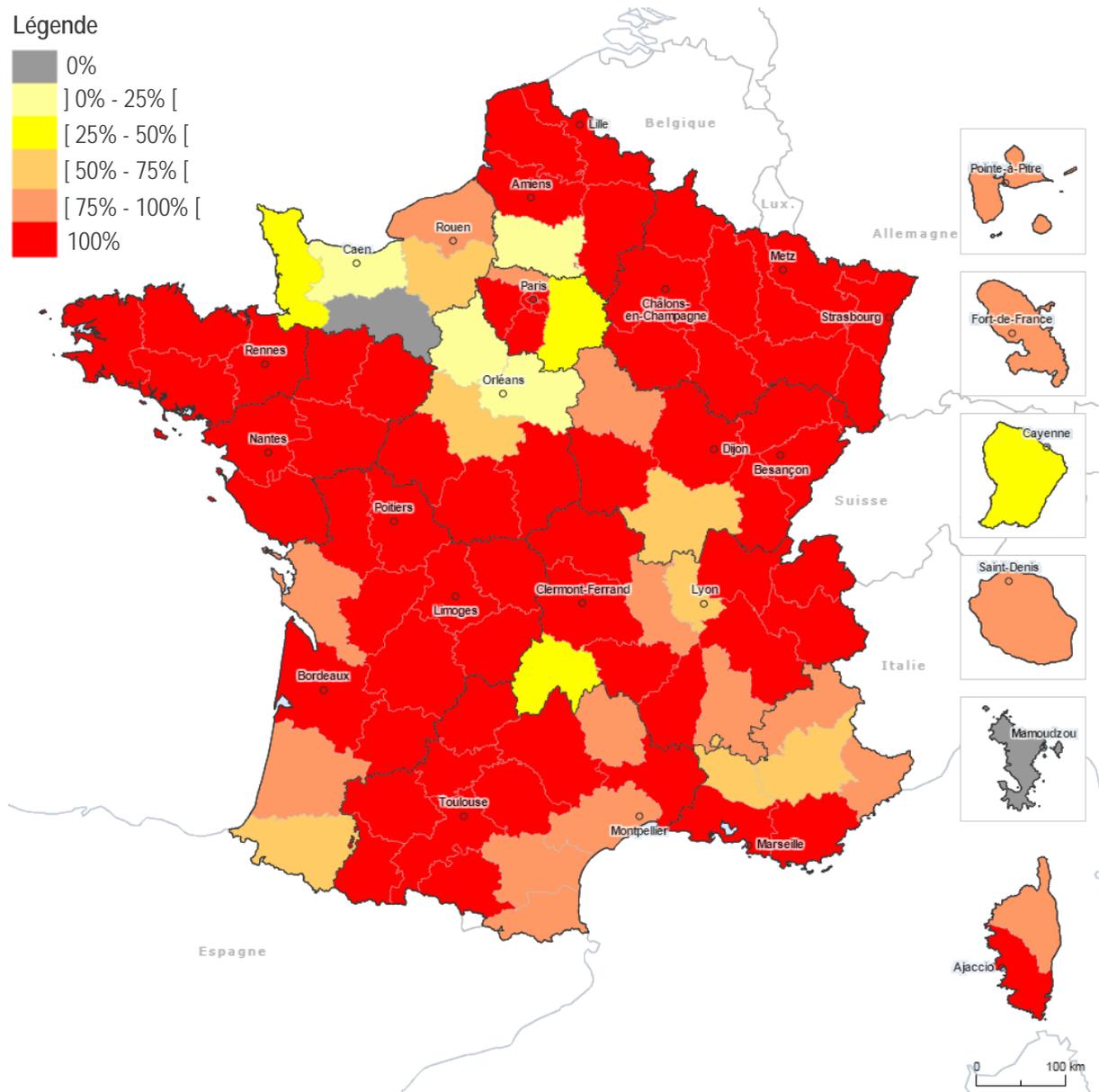
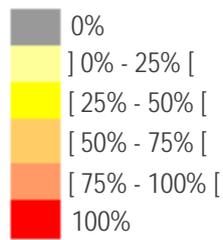
Légende



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

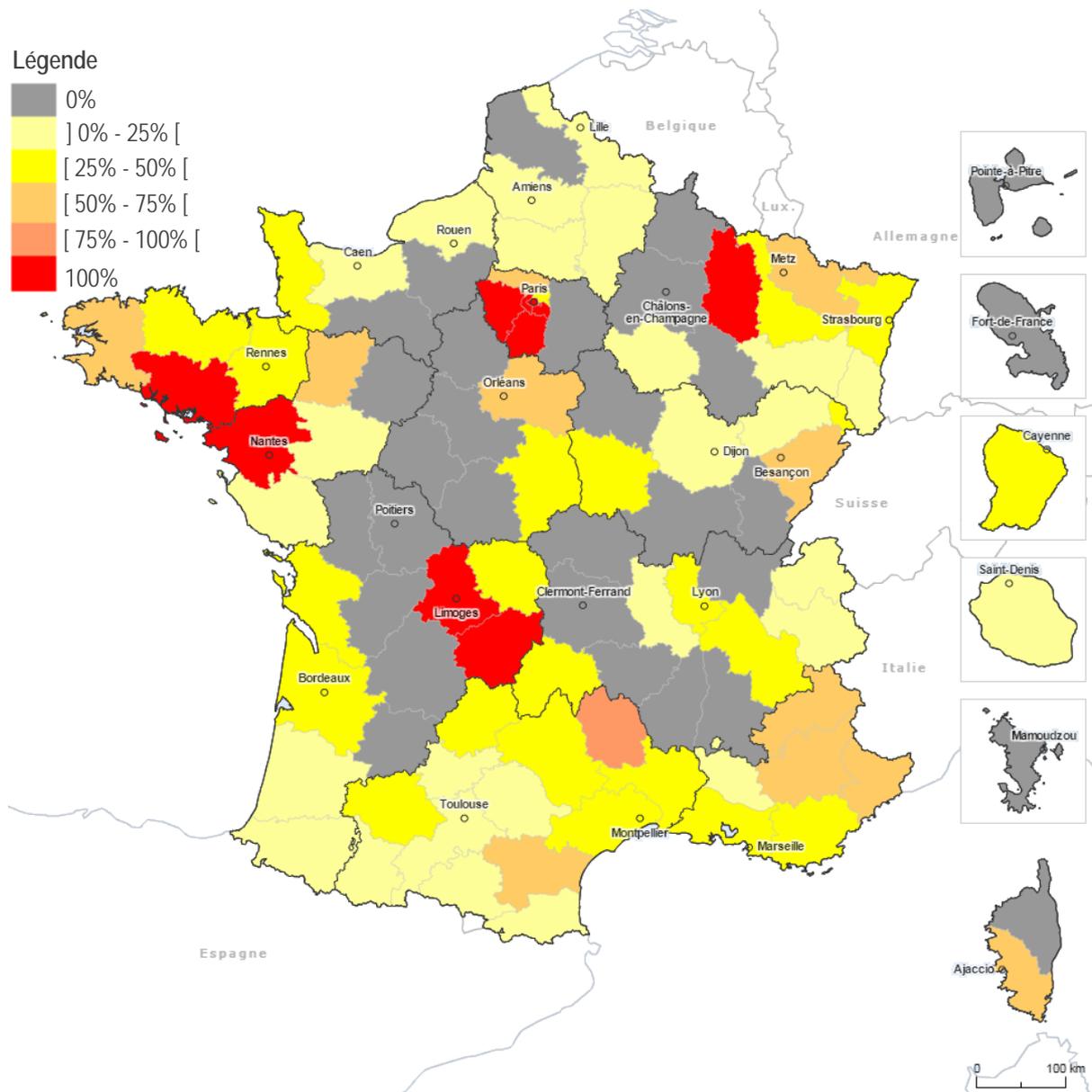
Cartographie 3 – Taux de couverture des territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) en 2018

Légende



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Cartographie 4 – Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde (de minuit à 8h) en 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Des organisations spécifiques peuvent être mentionnées comme en Occitanie où l'ARS prévoit par exemple qu'en période de nuit profonde, eu égard à la faible activité généralement constatée sur la majeure partie du territoire et afin de préserver la ressource médicale, la participation des médecins soit subordonnée à l'exercice conjoint des fonctions de Médecin correspondant SAMU (MCS) sur les territoires situés à plus de 30 minutes d'un SMUR. Ils prennent alors en charge de façon prioritaire les sollicitations de la régulation AMU. Le CDOM du département de l'Aveyron où aucun MCS n'est présent et pour lequel les prises en charge sont assurées par les Médecins sapeurs-pompiers (MSP) intervenant à la demande du SAMU, fait cependant part de ses craintes de voir son organisation remise en question et, de fait, que la PDSA en nuit profonde en vienne à disparaître au sein du département.

En soirées de semaine, seuls 9% des territoires ne sont pas couverts par une offre ambulatoire, mais c'est 2% de plus qu'en 2017. Selon certains CDOM, dans une moindre

mesure que pour le créneau de la nuit profonde, les gardes de soirées en semaine semblent également être remises en question par une partie des médecins de la PDSA. Ainsi, 71% des CDOM déclarent craindre un désengagement à venir des médecins volontaires en soirées sur un ou plusieurs territoires de PDSA. Pour certains départements ce désengagement est déjà une réalité, comme dans les Bouches-du-Rhône, dans le Calvados, en Charente, en Côte d'Or, dans le Doubs ou en Meurthe-et-Moselle.

De nombreux CDOM évoquent un désengagement « de fait » en soirée de semaine lié au vieillissement de la population médicale et la désertification médicale de certaines zones. Lorsque qu'il s'agit d'un désengagement « choisi », différentes raisons sont invoquées :

- La faiblesse constatée du nombre d'actes sur ce créneau horaire (c'est notamment le cas en Ariège, dans le Maine-et-Loire ou le Morbihan) ;
- La surcharge de travail des médecins du fait de la faiblesse du nombre de volontaires et de l'agrandissement des secteurs de garde (comme en Gironde, en Dordogne, dans la Marne, la Mayenne, le Haut-Rhin ou l'Hérault) ;
- Le manque de reconnaissance, notamment financière, pour les médecins qui s'investissent dans les territoires ruraux où les contraintes d'accès sont majorées (comme c'est notamment le cas dans l'Aude ou dans le Tarn-et-Garonne) ;
- La présence d'une association de type SOS médecins peut conduire au désengagement des effecteurs généralistes libéraux installés (c'est le cas dans les Deux-Sèvres ou le Bas-Rhin) ;
- La problématique plus générale du manque d'adhésion des jeunes médecins au système de la PDSA et, plus globalement, l'effet domino du non-volontariat qui risque d'entraîner un désengagement chez les volontaires (c'est notamment le cas en Corrèze, en Guadeloupe, dans les Landes, en Charente ou dans le Pas-de-Calais).

De manière plus générale, des territoires pour lesquels une ligne de garde est prévue par le cahier des charges peuvent ne pas être couverts du fait d'une carence en médecins effecteurs. Ces carences traduisent deux grandes réalités identifiées par les CDOM :

- Une démographie médicale très fragile pour certains départements, du fait de la désertification médicale de certaines zones rurales et du vieillissement des médecins en exercice (c'est notamment le cas pour les départements des Hautes-Alpes, de l'Yonne et pour une partie du département du Rhône). Des secteurs de PDSA sous-dotés en médecins libéraux peuvent cependant être maintenus dans l'attente de l'installation de nouveaux médecins (ce sont dans ce cas des « zones blanches » identifiées dans le cahier des charges).
- Pour d'autres départements, l'absence de couverture de secteurs de PDSA s'explique par un désengagement des médecins libéraux. Il peut être lié à une surcharge de travail (comme c'est le cas dans le Haut-Rhin, le Tarn, le Vaucluse) ou, au contraire, à un trop faible nombre de demandes (comme dans le Maine et Loire, le Cantal, le Morbihan ou la Savoie). Les conflits entre les différents acteurs, effecteurs et régulateurs notamment, ont également été évoqués par les CDOM comme facteur de désengagement des médecins libéraux (c'est notamment le cas en Lozère, en Alpes-de-Haute-Provence, dans le Cantal, en Charente, en Corrèze, en Côte-d'Or ou en Dordogne). En Lozère par exemple, le permanencier du centre 15 ne régulerait pas et transférerait systématiquement les demandes aux effecteurs de garde, que la situation le réclame ou non. À contrario, en Alpes-de-Haute-Provence les régulateurs hospitaliers auraient tendance à court-circuiter les effecteurs auprès desquels les patients ne seraient quasiment jamais réorientés.

c. Extension des horaires de PDSA au samedi matin et horaires adaptés

En 2018 comme en 2017, 3 CDOM sur 4 ont déclaré être favorables à l'élargissement des horaires de PDSA au samedi matin, créneau qui ne figure pas parmi les horaires réglementaires de la permanence des soins. Globalement partagé par les CDOM, le constat d'une fermeture de plus en plus fréquente des cabinets médicaux sur ce créneau justifie cette évolution. Selon le CDOM du Calvados il s'agit d'une « *évolution fondamentale, car beaucoup de médecins fatigués par leur activité en semaine ferment leur cabinet le samedi et n'assurent pas de continuité des soins le samedi matin. Les patients appellent le 15 qui n'a pas de réponse adaptée à leur donner. De plus, beaucoup de médecins qui eux travaillent le samedi matin, se plaignent de voir arriver un flot de patients dans leur salle d'attente venant des cabinets fermés* ». Inversement, lorsqu'ils se sont dit non-favorables à cette extension des horaires, c'est parce que la continuité des soins était encore grandement assurée au sein du département.

Comme le souligne le rapport du Sénat sur les urgences hospitalières¹⁰, les besoins relevés sur le terrain semblent témoigner d'une nécessité à s'adapter, pour les secteurs le réclamant, à cette nouvelle réalité. Les propos recueillis auprès des CDOM vont également dans ce sens ; il paraît plus pertinent que cet aménagement soit mis en place de manière non-contraignante au sein des secteurs où l'offre de soins serait insuffisante.

L'extension de la PDSA au samedi matin est déjà effective dans certains départements, c'est notamment le cas dans l'Indre, la Mayenne, l'Orne ou la Savoie. Dans certains cas, elle concerne uniquement la régulation sans qu'une effecton dédiée ne soit assurée par ailleurs. Dans ce type de configuration, il est possible que des demandes doivent patienter jusqu'à 12h, début de la mise en place de l'effecton, bien qu'un certain nombre d'actes puissent être des conseils sans visite médicale nécessaire. Le risque réside cependant en une saturation des points de garde le samedi après-midi par report des demandes du matin, comme cela a été relevé dans la Drôme par exemple. Cette configuration (régulation seule) est notamment en place au sein de la région Nouvelle-Aquitaine qui l'a inscrit dans le nouveau cahier des charges en y attribuant un forfait dédié ainsi que dans les départements de la Drôme, du Gard, de la Haute-Savoie, du Val-de-Marne, ou de l'Essonne.

En termes d'évolutions à venir, la région Auvergne-Rhône-Alpes prévoit l'expérimentation d'un élargissement des horaires de PDS au samedi matin pour deux secteurs (urbain et rural). En Corse du Sud, dans le Loiret et dans la Sarthe ce sujet en cours de discussion.

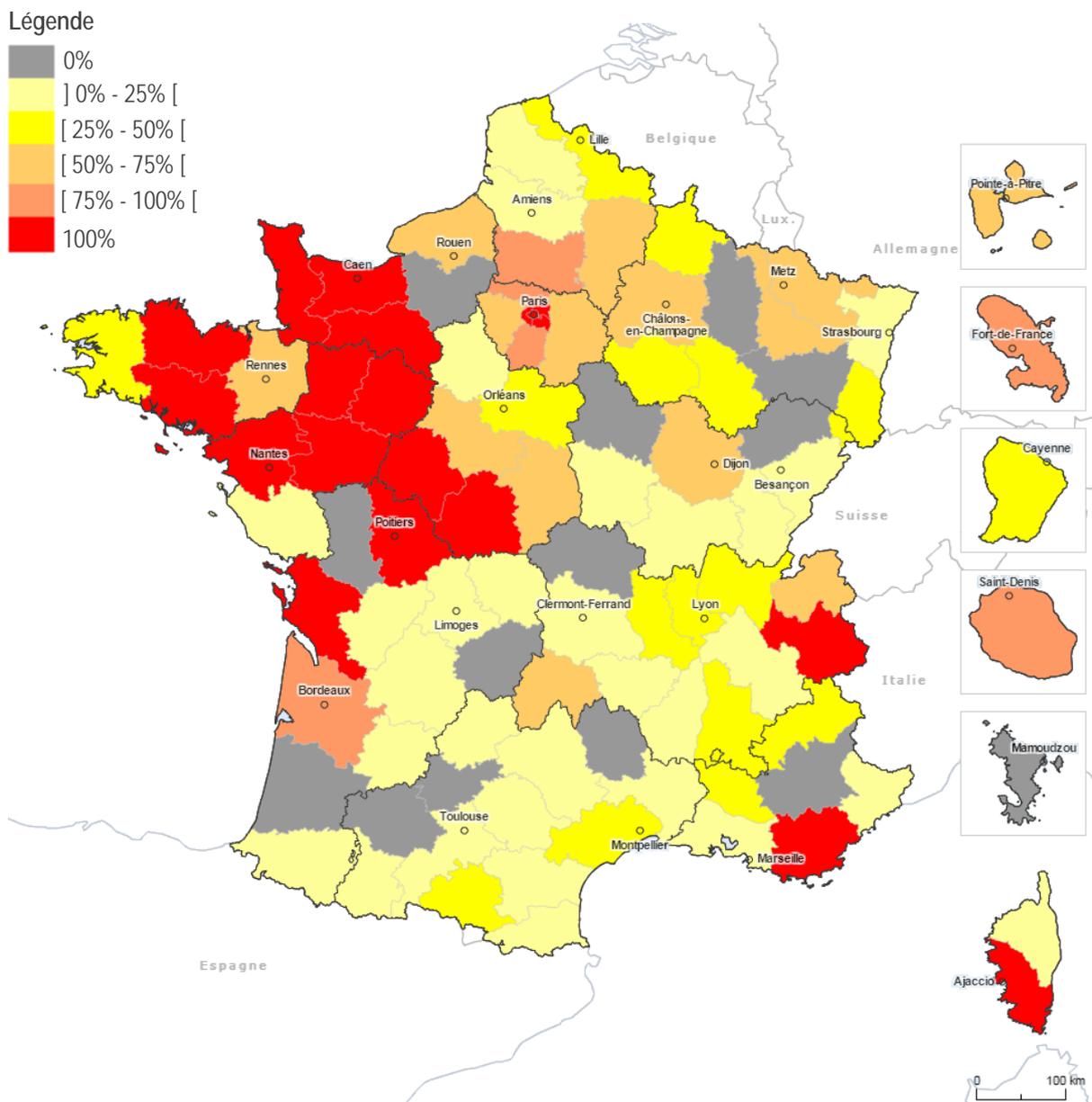
Certains départements ont des horaires de PDS adaptés, ils peuvent résulter d'un constat de faible activité sur certaines plages horaires comme c'est le cas dans l'Ain, la Drôme ou l'Ardèche où l'effecton en soirée est réalisée de 19h à 23h. Dans d'autres départements ces ajustements sont le résultat de négociations entre les médecins volontaires et l'ARS. C'est par exemple le cas en Auvergne-Rhône-Alpes où le problème de démographie médicale a conduit à une négociation des horaires dans certains départements. L'ARS évoque ainsi un « système dégressif » où les plages de PDS sont réduites pour permettre un maintien à minima des gardes les week-ends ou en début de soirée. Dans certains départements une négociation à la baisse a ainsi conduit à la réduction du créneau horaire de PDS en soirée qui s'achève à 22h au lieu de 24h (c'est notamment le cas de l'Isère ou du Rhône).

¹⁰ Sénat, 2017, Rapport d'information n°685 sur les urgences hospitalières.

d. Effectation fixe : développement des sites dédiés

Les points fixes de consultation en horaire de PDS, de types Maisons médicales de garde (MMG), Centres d'accueil et de permanence des soins (CAPS) ou centres de consultations gérés par les associations de PDSA, couvrent, en 2018, une grande partie du territoire puisque 85% des départements disposaient de ce type de structures.

Cartographie 5 – Taux de secteurs de PDS couverts par des sites dédiés en 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Les lieux d'effectation fixe sont ici entendus comme les lieux identifiés par le cahier des charges régional où la population peut se rendre aux horaires de la PDSA. Ils peuvent être implantés dans des locaux propres, dédiés limités à l'activité mais, le plus généralement, ils se trouvent implantés ou 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. Ils fonctionnent la semaine, le week-end ou de façon plus intermittente (uniquement le week-end par exemple).

Comme le souligne le rapport du Sénat sur les Urgences hospitalières (voir *infra*), les infrastructures et l'équipement dont disposent les MMG doivent permettre une meilleure prise en charge des patients et contribuer à créer une dynamique de mobilisation des médecins pour la PDSA par la diminution de la fréquence des tours de garde, l'exercice en réseau et une activité plus importante. La proximité avec un établissement hospitalier semble essentielle pour assurer, dans le cadre de protocoles formalisés, un réadressage de la part du service des urgences et un transfert vers ces services lorsque la situation le réclame.

Au total 451 sites ont pu être dénombrés en 2018, soit 11 sites de plus qu'en 2017 (une hausse de 2,5% en un an), notamment créés dans les départements de la Moselle, de l'Isère, du Lot ou des Yvelines. À l'inverse, certains départements ont connus une suppression de sites dédiés comme la Marne ou les Hauts-de-Seine. Au total, 37% des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés étaient couverts par un site dédié (soit 544 territoires), contre 30% en 2017.

Le point de vue des médecins généralistes

Selon l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes, 85% des médecins de garde réalisent des gardes postées et 75% disent préférer ce type de gardes aux gardes mobiles.

De manière globale, 2 médecins répondants sur trois considèrent que la MMG facilite l'organisation et l'exercice médical. La même proportion de médecins cite d'ailleurs la création de points fixes de garde comme piste d'amélioration du fonctionnement de la PDSA.

Parallèlement aux sites dédiés définis et identifiés dans les cahiers des charges régionaux les médecins peuvent réaliser des gardes postées à leur cabinet. Si l'enquête menée auprès des CDOM n'a pas permis de mesurer l'importance de cette pratique, celle réalisée auprès des médecins généralistes semble attester de l'importance encore majeure de cette modalité de réalisation des gardes. Ainsi, parmi les médecins assurant les gardes postées, 47% les réalisaient à leur propre cabinet ou au cabinet du médecin qu'ils remplaçaient, 42% au sein d'une MMG et 11% au sein d'un centre de santé, d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un autre lieu.

Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

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

En 2018, au sein des 87 départements disposant de sites dédiés 25 étaient dotés de systèmes de transport permettant d'acheminer les patients mobilisables ne disposant pas de moyen de transport vers l'effecteur fixe (soit 29%).

Par défaut, lorsqu'un patient n'est pas en mesure de se déplacer et qu'aucune solution n'existe pour se rendre au point fixe de consultation, ce sont le SMUR, les pompiers ou les transports sanitaires de garde qui sont appelés.

Les solutions mises en place sont encore très minoritaires et reposent sur des systèmes locaux. Il peut s'agir de conventions avec des sociétés de taxis qui sont envoyés sur demande du régulateur (comme c'est notamment le cas dans les départements du Pas-de-Calais, des Hautes-Alpes ou de l'Orne) ou de l'utilisation de transports sociaux comme l'a suggéré le CDOM de Charente-Maritime. Pour répondre aux besoins de soins urgents de patients incapables de se déplacer, de patients de zones rurales sans MMG fixe à proximité, le département des Yvelines a développé un système de « MMG mobile » en complément

des MMG fixes. Elle fonctionne toute la journée les week-ends et jours fériés et en nuit profonde. Le véhicule est signalisé et contient le matériel d'urgence. Les médecins, tous titulaires d'une capacité d'urgentiste, se rendent au chevet du patient uniquement après appel du 15 et décision du médecin régulateur.

b. Effectation mobile et prise en charge des visites incompressibles

Comme le souligne la circulaire DGOS du 23 mars 2007 (voir infra), « *l'organisation de la PDS doit viser à maintenir un accès à des visites 'incompressibles'. La MMG ne doit donc pas conduire à supprimer toute visite et être la réponse exclusive aux demandes de la PDSA* ». 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 Hospitalisation à domicile (HAD), 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.

La notion de « visite incompressible » n'est pas définie dans les textes et peut, en l'absence de définition commune, englober différentes situations selon la région. Elle est ainsi inégalement abordée dans les cahiers des charges régionaux. Pour certains elle apparaît clairement définie, en détaillant les situations qu'elle recouvre, comme c'est par exemple le cas pour la région Provence-Alpes-Côte-D'azur dont le cahier des charges précise : « *Ces visites doivent rester exceptionnelles. Il peut s'agir : d'une visite pour un patient dans l'incapacité de se déplacer et pour lequel il n'est pas possible de mettre en œuvre un transport sanitaire ; de l'établissement d'un certificat de décès. Dans ce cas, l'intervention du médecin de garde doit se faire dans un délai raisonnable et fait l'objet d'une décision concertée entre le régulateur et l'effecteur ; d'une demande d'admission en soins sans consentement. Les actes relevant d'une réquisition judiciaire ou administrative sont exclus du présent cahier des charges.* »

En Bourgogne-France-Comté, une réflexion entre l'ensemble des partenaires est prévue et inscrite au cahier des charges pour revoir et valider une définition des visites incompressibles ainsi que des forfaits correspondants.

Dans d'autres cahiers des charges, elle est uniquement mentionnée, sans être définie (c'est notamment le cas des régions Pays-de-la-Loire ou Bretagne), il est également possible qu'elle n'apparaisse pas, comme c'est le cas dans le cahier des charges de la Nouvelle-Aquitaine.

Comme en 2017, parmi les 87 départements disposant de sites dédiés, 31% (soit 27 départements) n'étaient pas dotés d'un dispositif de prise en charge des visites incompressibles sur ces secteurs selon les CDOM, c'était notamment le cas des départements du Gard, de la Drôme, du Jura ou de l'Oise.

Plus problématique encore, 28% (soit 25 départements) ne disposaient, sur certains territoires, ni d'effecteur mobile en mesure de se rendre auprès du patient, ni de système d'acheminement vers l'effecteur fixe des patients mobilisables ne disposant pas de moyen de transport. Autrement dit, pour ces secteurs, la PDSA est effective pour une partie seulement de la population, puisqu'aucune solution alternative au site dédié n'est proposée aux patients dans l'incapacité de se déplacer, le SMUR, les pompiers ou une ambulance privée restant alors l'unique solution.

À une hétérogénéité d'accès à la PDSA entre départements, entre secteurs de PDSA, s'ajoute ainsi une disparité d'accès au sein même d'un secteur, entre les patients en mesure

de se rendre au point fixe de garde et ceux qui ne disposent pas de moyen de transport ou qui ne sont pas mobilisables de par leur état de santé.

La question de l'effectation mobile est également à considérer en lien avec la dynamique de resectorisation en cours et de l'agrandissement géographique des territoires qui en résulte. Déjà évoquée précédemment, cette problématique fait craindre à certains CDOM un désengagement des médecins volontaires. Ainsi, l'absence d'effecteurs mobiles sur certains secteurs pourrait en partie s'expliquer par l'agrandissement démesuré de certains secteurs, sans augmentation concomitante du nombre de lignes de gardes.

c. Rémunération de l'effectation

De la même manière que pour la régulation médicale, le financement des astreintes d'effectation est déterminé par les ARS mais ne peut être fixé en deçà de 50€ pour une garde de quatre heures. Cela doit permettre d'adapter les rémunérations aux diverses contraintes géographiques et aux modalités d'exercice de la permanence des soins propres à chaque département. A l'inverse, la rémunération des visites et des consultations n'est pas incluse dans les enveloppes des ARS mais relève du champ conventionnel national.

La revalorisation des forfaits d'effectation au cours de l'année 2018 a été moins largement partagée que celle des forfaits de régulation. Elle a concerné la région Hauts-de-France et a été annoncée sans être encore effective en 2018 pour les régions de Nouvelle-Aquitaine et Normandie.

Déterminés par les ARS, les forfaits d'astreintes d'effectation varient aussi bien au niveau régional que départemental. Ainsi, en 2018, ils étaient compris entre 50€ à 600€ pour l'effectation fixe et entre 50€ et 828€ pour l'effectation mobile, tous créneaux confondus (Cf. Tableau 3) :

- Entre 50€ et 400€ en soirée ;
- Entre 100€ et 552€ en nuit profonde
- Entre 100€ et 552€ les samedis de 12h à 20h
- Entre 150€ et 828€ les dimanches et jours fériés

Tableau 3 – Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effectation fixe et mobile en 2018

Région		20h – 24h	Minuit – 8h	Sam. 12h-20h	Dimanche, fériés et ponts 8h-20h	Sam. 8h-12h
Auvergne-Rhône-Alpes		50€	100€	100€	150€	-
Bourgogne Franche-Comté	Fixe	50€ - 100€	100€	100€ - 150€	150€ - 200€	-
	<i>Les MMG bénéficient d'une indemnité de sujétion</i>					
Bretagne	Mobile	150€	250€	200€	300€	-
	Fixe	50€	100€	100€	150€	-
Centre Val de Loire	Mobile	150€	350€	200€	250€	-
	Fixe	50€	-	100€	150€	50€ + 26,5€ de majoration par acte régulé
	Mobile	400€	-	400€	600€	200€

Région		20h – 24h	Minuit – 8h	Sam. 12h-20h	Dimanche, fériés et ponts 8h-20h	Sam. 8h-12h
Corse		50€	100€	100€ - 150€	150€ - 250€	-
Grand-Est		50 - 75€	100€ - 450€	100€ - 123€	150€ - 185€	-
Hauts-de-France		100€	200€	200€	300€	-
Ile-de-France	Fixe	60€ - 200€	120€ - 400€	120€ - 400€	180€ - 600€	-
		<i>Tarifs dégressifs en fonction du nombre d'actes réalisés</i>				
	Mobile	50€ - 60€	150€ - 450€	150€	150€ - 300€	-
<i>Majoration pour les effecteurs en territoires à caractère rural</i>						
Normandie		56€ <i>Montant pouvant être modulé selon certains critères</i>				-
Nouvelle-Aquitaine	Fixe	50€	150€	100€	150€	-
	Mobile	150€	300€	150€	225€	-
Occitanie		50€ - 100€	100€ - 300€	100€	150€	-
		<i>Montants pouvant être modulés dans le cadre d'expérimentations</i>				
Pays-de-la-Loire	Fixe	90€ - 150€	100€ - 450€	100€ - 300€	150€ - 450€	-
		<i>Les plages horaires et les montants varient selon les départements</i>				
	Mobile	200€ - 276€	400€ - 552€	400€ - 552€	600€ - 828€	-
<i>Baisse du montant horaire si aucun acte n'est réalisé</i>						
Provence-Alpes-Côte d'Azur		50€	100€	100€	150€	-
Martinique		135€	270€ 24/12 et 31/12	210€	210€ - 270€	-
Guadeloupe		50€	100€	100€	150€	-
Guyane		165,60€	331,20€	331,20€	496,80€	-
Réunion	Fixe	50€	-	75€	150€	-
	Mobile	100€	-	150€	300€	-

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

Pour certaines régions, comme en Centre-Val-de-Loire ou en Nouvelle-Aquitaine, les forfaits d'astreinte d'effecteur sont plus importants lorsqu'il s'agit d'effecteur mobile. Pour d'autres, comme l'Ile-de-France ou la Normandie, les forfaits peuvent être modulés selon le département ou le secteur de PDS en fonction des spécificités démographiques (populationnelles et médicales) et géographiques. Les forfaits peuvent ainsi être reconsidérés selon la taille des territoires couverts, le nombre d'effecteurs présents sur le secteur, les contraintes et sujétions de l'activité, les périodes de garde couvertes, le regroupement de plusieurs secteurs ou encore au regard de la distance à un Service de médecine d'urgence (SMU).

Par ailleurs, certaines régions ont mis en place des systèmes de rémunération spécifiques. C'est notamment le cas de la région Ile-de-France où les forfaits des gardes des effecteurs postés s'établissent de manière dégressive en fonction du nombre d'actes réalisés. Un forfait maximum de 200€ est défini si le médecin n'est amené à effectuer qu'une ou aucune consultation. À partir du deuxième acte, le forfait diminue de paliers de 60€ par acte réalisé jusqu'à atteindre un seuil minimal de 60€ au quatrième acte.

L'ARS des Pays-de-la-Loire s'est portée volontaire pour la mise en place d'un système de rémunération expérimental. Elle a été autorisée pour 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2017, à financer la rémunération forfaitaire et celle des actes par le fonds d'intervention régional (excepté à Nantes, Saint-Nazaire et l'Île d'Yeu qui continuent à relever du régime de droit commun). Comme le précise le cahier des charges régional : « *La responsabilité de la gestion financière de l'ensemble des prestations médicales de la PDSA est confiée, dans le cadre de conventions de gestion, aux Associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS). L'objectif est de garantir un bon fonctionnement de la permanence des soins en permettant aux associations d'adapter l'organisation aux contraintes locales par la gestion efficiente d'une enveloppe fermée* ».

Le point de vue des médecins généralistes

Selon l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes, il est intéressant de noter que les médecins assurant des gardes au sein de la région Pays-de-la-Loire sont davantage satisfaits des revenus globaux issus des gardes (qu'il s'agisse des astreintes et des actes, en tarif et en volume) que les médecins des autres régions. Dans cette région, il apparaît en effet que 66% d'entre eux sont satisfaits du montant des astreintes contre 38% en moyenne et que 78% sont satisfaits des revenus globaux des gardes contre 50% en moyenne.

Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

2.3. La participation des médecins à la permanence des soins

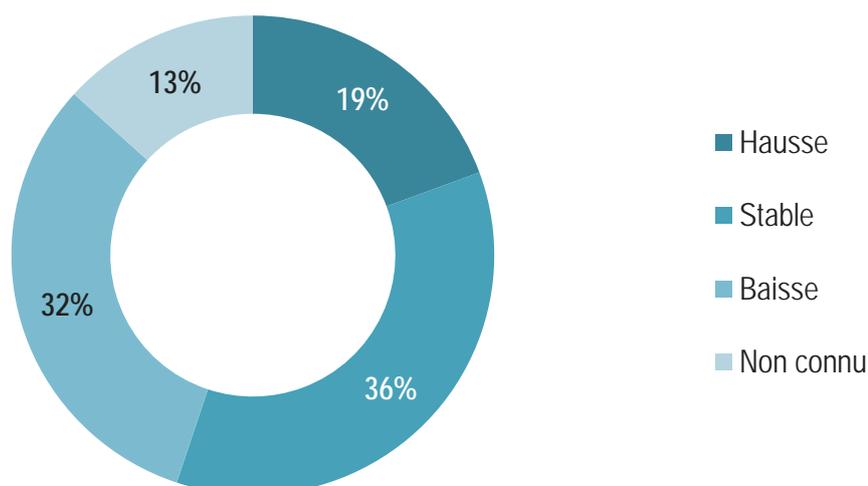
a. Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA

Selon les données fournies par les CDOM, le taux de participation des médecins généralistes en 2018 variait fortement d'un département à l'autre, allant de moins de 10% pour certains à 100% pour d'autres. Ce taux est déclaratif et les bases de calcul ne sont pas nécessairement identiques, cela peut conduire à des résultats hétérogènes et non comparables d'un département à l'autre. Ils permettent cependant d'établir, d'une année sur l'autre, les tendances tenant à l'évolution de la participation des médecins libéraux à la PDS au sein d'un même département.

Ainsi, selon ces données, entre 2017 et 2018, 19% des départements ont connu une hausse de leur taux de participation (c'était notamment le cas des départements de la Corrèze, de l'Indre ou du Jura). Pour les autres départements, il est resté majoritairement stable ou a diminué (Cf. Graphique 8).

La baisse du taux de participation peut être liée à des facteurs conjoncturels tenant à la démographie médicale ainsi qu'à des facteurs structurels tenant à l'organisation de la PDSA. La tendance à la réduction du nombre de territoires de garde peut conduire à une baisse du nombre de médecins y participant, comme cela a notamment été relevé en Indre-et-Loire.

Graphique 8 – Évolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2017 et 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Comme précédemment mentionné, les données relatives au taux de participation sont issues de données déclaratives, cela s'explique notamment par les limites actuelles des bases de données nationales pour le calcul de cet indicateur (Cf. Méthodologie). Il a été jugé nécessaire d'établir un taux de participation à partir de données homogènes et comparables au niveau national, c'est ce que cette étude a tenté de faire malgré les limites précédemment énoncées¹¹. Selon les données d'activité d'Ordigard, le taux de volontariat national s'élevait à 38,6% en 2018, soit 23 197 médecins volontaires¹² pour 60 131 médecins susceptibles de participer à la PDSA¹³.

Ce taux doit être interprété avec précaution car il ne renseigne pas, à lui seul, sur le bon fonctionnement de la PDSA. En effet, il peut être très satisfaisant au sein d'un territoire où le taux de participation est faible et inversement. C'est notamment le cas des départements englobant de grands centres urbains, à l'instar de Paris, où la « professionnalisation » de la PDSA par la présence d'associations de type SOS médecins conduit à un taux de participation relativement faible sans pour autant que les tableaux de garde peinent à être complétés. À contrario, des problématiques organisationnelles peuvent être identifiées au sein de départements où le taux de participation est élevé. C'est notamment le cas dans les départements du Gers et du Lot où des réquisitions préfectorales ont eu lieu en 2018 et dont les CDOM estiment que la PDS ne fonctionne pas bien malgré un taux de participation supérieur à 75%.

Il est également important de noter qu'un taux de participation départemental peut masquer des disparités territoriales. C'est notamment le cas pour les départements de la Haute-Vienne, du Rhône, de l'Ille-et-Vilaine ou de la Somme où de grandes disparités ont été

¹¹ Les données d'activité recueillies par Ordigard-P-Gard ne sont pas exhaustives ; elles couvrent 79 départements sur 101.

¹² Ont ici été considérés comme médecins volontaires les médecins ayant été inscrits à au moins une garde sur l'année (de régulation et/ou d'effecton) en incluant les médecins titulaires n'ayant effectué aucune garde car remplacés.

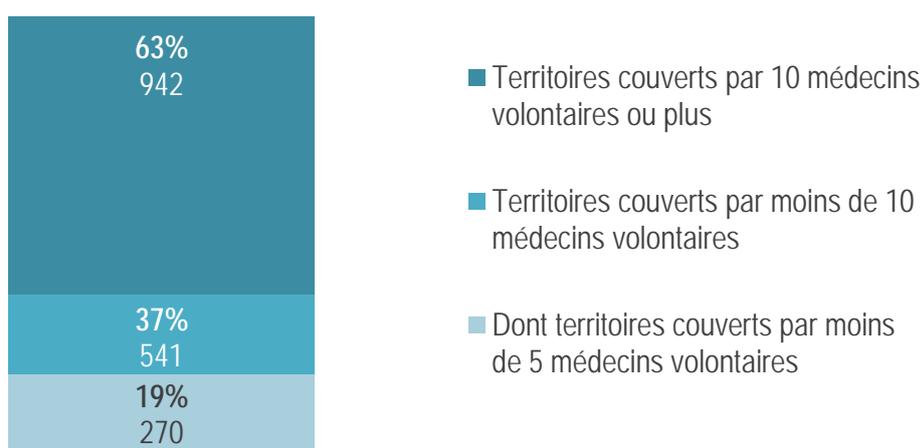
¹³ La base des médecins susceptibles de participer à la PDSA regroupe : les médecins ayant une activité libérale de titulaire de cabinet, de collaborateur ou d'associé de SEL ou de SCP, de régulateurs, les médecins libéraux ayant une activité de remplacement, les médecins ayant une activité en centre de santé. Les médecins exemptés sur l'ensemble de la période ont été exclus.

déclarées entre les territoires ruraux et urbains. Comme cela a déjà été relevé, ces écarts sont en partie liés à la « professionnalisation » de la PDSA dans les centres urbains.

b. Couverture des territoires de PDS

Selon les CDOM, 37% des territoires de PDSA (en prenant pour base le nombre de territoires en journée les week-ends et jours fériés) étaient couverts par moins de 10 médecins volontaires et 18% par moins de 5 médecins volontaires (271 territoires sur 1485), soit une hausse de 3% en un an (23 territoires de plus qu'en 2017).

Graphique 9 – Territoires couverts par moins de 10 médecins volontaires et moins de 5 médecins volontaires sur l'ensemble des territoires en journée les week-ends et jours fériés en 2018



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

Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

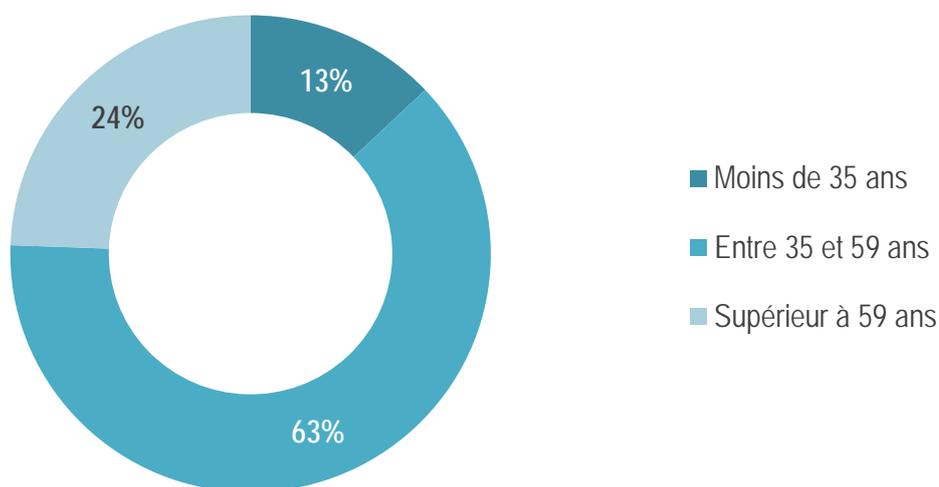
La faiblesse du nombre de médecins volontaires sur certains territoires peut fragiliser l'organisation de la PDSA, notamment en cas de départs à la retraite. Par ailleurs, elle peut conduire à l'accroissement du nombre de gardes par médecin et provoquer ainsi une baisse du volontariat par une suractivité difficilement supportable. Le nombre moyen de gardes est ainsi très hétérogène au niveau départemental et il est permis de penser qu'il peut également l'être au niveau des territoires de gardes. Ainsi, au cours de l'année 2018, les médecins effecteurs (titulaires ou remplaçants) auraient chacun réalisé 31 gardes en moyenne (une garde correspondant majoritairement à un créneau de 4 heures mais pouvant aussi être un créneau de 8 heures ou de 12 heures les dimanches et jours fériés), avec un minimum de 7 gardes annuelles en moyenne dans le Loiret et un maximum de 131 en Seine-et-Marne (Source : CNOM, Ordigard, 2018). Ce chiffre est cependant à nuancer car il intègre les médecins travaillant en associations de PDS, 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 leur 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 2018.

c. Profil des médecins de garde¹⁴

Comme les années passées, les médecins participants à la PDSA sont majoritairement des hommes : à 70% pour les médecins régulateurs et à 62% pour les médecins effecteurs (contre 50,8% pour les médecins généralistes en activité en 2019). Une baisse de l'âge moyen¹⁵ des effecteurs de garde est à noter avec un passage de 50 ans en 2017 à 47,4 ans en 2018 (contre 50,4 ans médecins généralistes en activité), avec un minimum de 41,8 ans dans le Val-de-Marne et un maximum de 53,3 ans dans le Loiret. Les départements ayant connu la plus forte baisse sont le Val-de-Marne (passage de 48,5 ans à 41,8 ans), les Vosges (51,5 ans à 45,6 ans), la Meuse (50,2 ans à 44,6 ans) et les Hautes-Alpes (50,4 ans à 45,1 ans).

La grande majorité des médecins effecteurs se situe entre 35 et 59 ans (Cf. Graphique 10). L'âge moyen des médecins régulateurs n'a, quant à lui, pas évolué et reste donc à 55,4 ans en 2018 (minimum de 48,9 dans le Cantal et maximum de 66,1 dans le Tarn-et-Garonne)¹⁶.

Graphique 10 – Répartition des médecins effecteurs ayant effectué au moins une garde en 2018 selon la tranche d'âge



Source : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2018.

La permanence de soins est avant tout assurée par les médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet. En effet, au cours de l'année 2018, ils représentaient 93% des médecins participants à la PDSA. La part des médecins salariés exerçant en centres de santé participant à la PDSA n'était que de 1% et celle des médecins remplaçants exclusifs de 5% (Cf. Graphique 11).

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 de PDSA, 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 le dernier

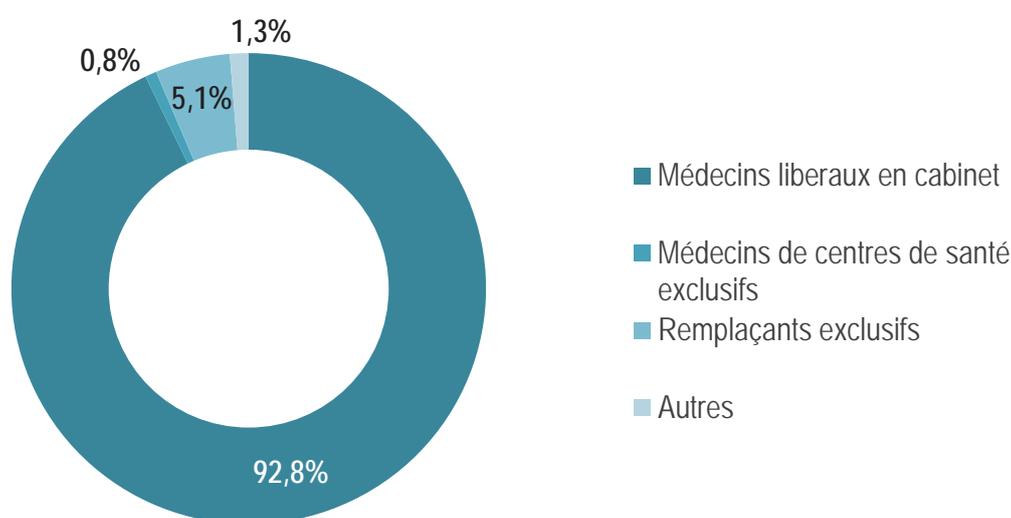
¹⁴ Source : CNOM, Ordigard, 2018.

¹⁵ 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).

¹⁶ Non connu pour 25 départements.

rapport du Sénat (voir *infra*), 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 qu'elle que soit la nature de la demande (programmée ou non). Il préconise ainsi un renforcement du maillage territorial en centres de santé ainsi qu'une extension de leurs horaires d'ouverture. Le rapport fait cependant apparaître qu'en l'absence de directive nationale, le soutien de ces structures par les ARS est très variable d'une région à l'autre. Il est difficile aujourd'hui de savoir comment les Centres de santé s'organisent dans le cadre de la PDSA. Il est possible de penser que la participation de ces médecins est fortement conditionnée par les modalités contractuelles au sein des centres de santé, qui sont susceptibles de varier d'un centre à l'autre (participation au titre du contrat de travail avec le centre de santé ou en qualité de collaborateur occasionnel du service public au sens de la sécurité sociale).

Graphique 11 – Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2018 selon le statut



Source : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2018.

d. Remplacement

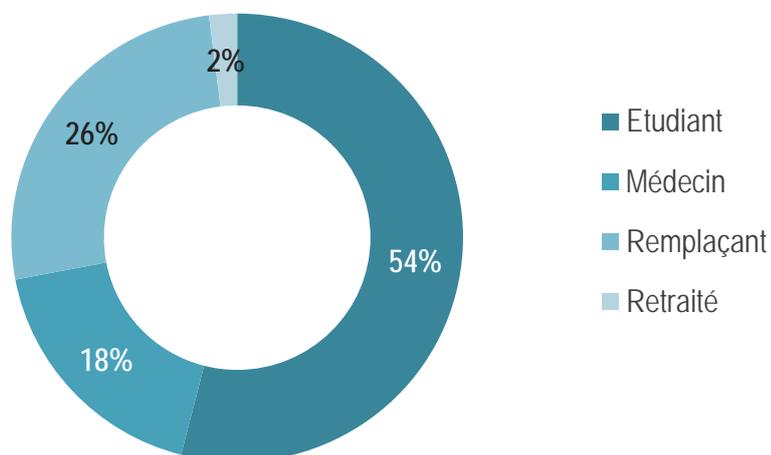
Selon les données issues d'Ordigard, le remplacement est une pratique relativement courante puisqu'un médecin effecteur sur quatre s'est fait remplacer au moins une fois au cours de l'année 2018. Cette pratique est contrastée au niveau départemental, avec un taux inférieur à 15% dans 18 départements (dont les Yvelines, l'Oise et l'Ardèche) et un taux supérieur à 40% dans 15 départements (dont l'Aube, la Gironde, la Vienne ou encore l'Eure-et-Loir), le taux minimum étant de 1,4% en Territoire-de-Belfort et de 67,9% au maximum dans le Val-de-Marne.

La part des gardes remplacées reste cependant assez faible et s'établit à 7% du total des gardes effectuées cette même année. Là encore les disparités départementales sont importantes, 27 départements se situant en dessous de 5% de gardes remplacées en 2018 (dont les Bouches-du-Rhône, le Loiret, le Nord ou encore la Haute-Saône) et 7 départements au-dessus de 15% (dont la Vienne, la Meuse, la Marne ou la Loire), le minimum étant de 0,1% pour la Réunion et le maximum de 41,1% dans le Val-de-Marne.

Lorsqu'elle est systématisée cette pratique peut être un indicateur de fragilité bien que les médecins titulaires aient à s'assurer de leur remplacement. En 2018, 6% des médecins titulaires de la garde se sont systématiquement fait remplacer et n'ont donc assuré aucune

garde. Cette donnée varie fortement d'un département à l'autre : pour 13 départements tous les médecins avaient effectué au moins une garde dans l'année (dont la Corrèze, la Dordogne ou la Haute-Vienne) alors que pour 14 départements plus de 10% s'étaient systématiquement fait remplacer au cours de l'année avec 23% en Eure-et-Loir, 32% dans la Manche et 46% au maximum dans le Val-de-Marne.

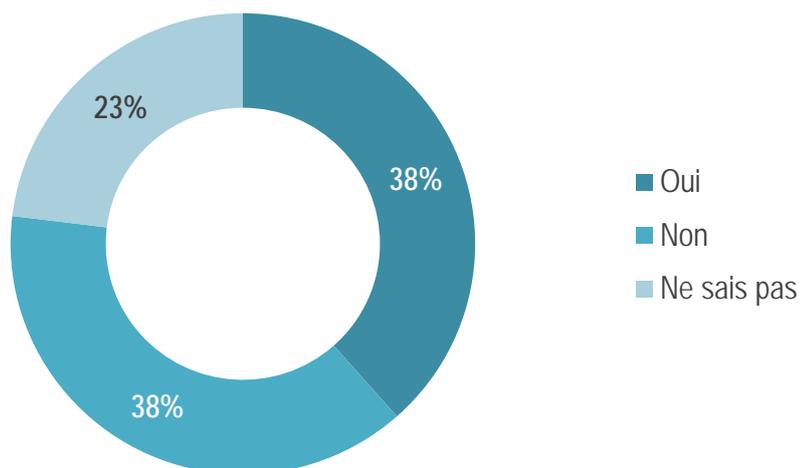
Graphique 12 – Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2018 selon le statut



Source : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2018.

En 2018, les effecteurs remplaçants étaient majoritairement des étudiants (Cf. Graphique 12), suivaient les médecins libéraux installés et les médecins ayant le statut de remplaçants exclusifs.

Graphique 13 – Obtention de la CPS dans les départements où des médecins retraités, salariés ou remplaçants ont participé à la PDSA en leur nom dans le cadre d'une convention avec l'ARS en 2018 (N = 26)



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

En 2018, 26 départements ont déclaré que des médecins retraités, salariés ou remplaçants avaient participé à la PDSA en leur nom dans le cadre d'une convention avec l'ARS. Le CNOM travaille depuis un certain temps avec la CNAM pour permettre que la Carte professionnel de santé (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 possible des volontaires.

Le point de vue des médecins généralistes

Selon l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes, 81% des médecins assurant des remplacements en horaires de PDSA estimaient qu'il était facile de trouver des gardes. À l'inverse, il est intéressant de noter que, parmi les médecins se faisant remplacer 56% ont déclaré qu'il était difficile de trouver un remplaçant et encore davantage en milieu rural (pour 65%).

Il apparaît par ailleurs que les femmes se font plus souvent remplacer que les hommes (46% contre 38%). Cette pratique varie également en fonction du créneau horaire : les médecins titulaires se font davantage remplacer le week-end (77% le samedi et 84% le dimanche contre 30% en semaine).

Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

e. Exemption et réquisitions

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

Lorsqu'elle n'est pas assurée et que des médecins non-exemptés sont présents sur le territoire, le préfet peut procéder à des réquisitions pour pallier aux carences.

En 2018, les réquisitions préfectorales en rapport avec la PDSA ont eu lieu dans 22 départements, soit 2 de moins qu'en 2017. Pour certains d'entre eux les réquisitions relèvent d'un régime permanent, c'est notamment le cas en Charente, dans la Marne ou encore en Vendée. Pour d'autres il s'agit de réquisitions très ponctuelles, comme ça a pu être le cas en 2018 dans le Lot, la Dordogne ou l'Eure-et-Loir.

Enfin, dans certains départements les carences sont tolérées sans que l'ARS ne demande à ce que le préfet procède à une réquisition, c'est notamment le cas dans le Vaucluse et la Saône-et-Loire.

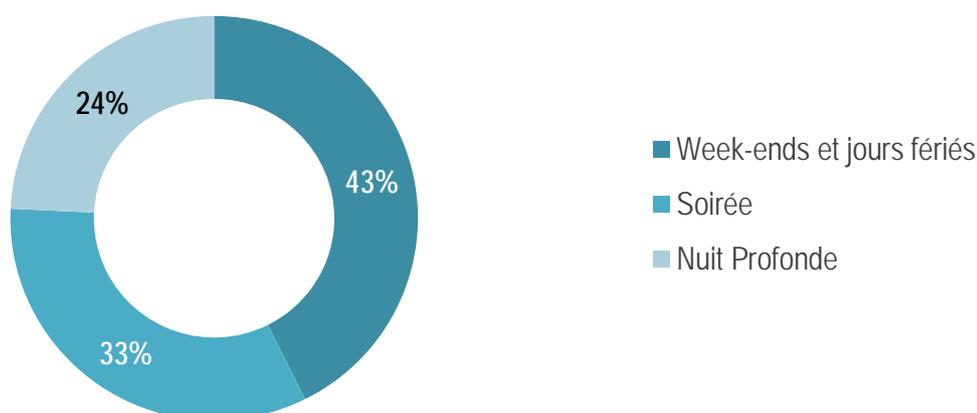
Dans le Vaucluse, confronté à un grave problème de démographie médicale, les tours de garde sont en sous-effectif en soirées ce qui a conduit les médecins volontaires à refuser de poursuivre les gardes sur ce créneau du fait de la surcharge de travail qu'elles impliquaient.

Un accord a été trouvé avec le SAMU pour que la PDSA soit assurée en soirées de semaine. Les carences sont tolérées par l'ARS qui a renoncé à procéder à des réquisitions, jugées contre-productives car risquant de provoquer un désengagement encore plus important des médecins de garde. Le CDOM note d'ailleurs que, grâce à cet arrangement, les médecins ont été entendus et se sont investis sur les autres créneaux horaires permettant une complétude des tableaux de garde en week-ends.

f. Participation des associations de permanence des soins

La permanence des soins fait coexister des médecins de garde exerçant dans des cabinets et centres de santé avec des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. Deux types peuvent être distingués : les associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins (ADOPS) qui contribuent à l'organisation de la PDSA au sein de leur département (coordination des tableaux de garde, lien avec l'Ordre) et les associations de type SOS Médecins qui fonctionnent en principe 24 heures sur 24 et 365 jours par an, couvrant les plages de permanence des soins avec mention dans les cahiers des charges régionaux. Toutes les associations SOS Médecins disposent par ailleurs d'un référentiel commun et obéissent à un cahier des charges spécifique assurant une mise en cohérence des organisations et du service offert par ces associations sur l'ensemble du territoire.

Graphique 14 – Répartition des appels reçus par SOS Médecins selon la tranche horaire en horaires de permanence des soins



Source : Fédération des associations SOS Médecins, 2018

S'agissant de SOS Médecins, on dénombrait en 2018, selon les données fournies par la fédération, 63 associations réparties sur le territoire, exerçant leur activité 24 heures sur 24, 365 jours par an et rassemblant 1500 médecins. Selon le rapport du Sénat sur les urgences hospitalières¹⁷ « SOS Médecins ne fonctionne qu'en zone urbaine et péri-urbaine. [...] Si 90% des villes de plus de 100.000 habitants sont couvertes par SOS Médecins, il n'en va pas de même en zone rurale – bien que l'association tente de répondre à la demande par la mise en place de points fixes de consultations ». En 2018, la Fédération SOS Médecins comptabilisait ainsi 78 lieux de consultation fixes permettant notamment de pallier les carences de médecins généralistes libéraux et de renforcer l'offre de soins. Cette association représente ainsi le premier réseau de permanence des soins en France. Selon la Fédération, les associations assurent la couverture de 60% de la population française. Les médecins qui

¹⁷ Sénat, 2017, Rapport d'information n°685 sur les urgences hospitalières.

optent pour ce type d'exercice le font à titre exclusif. En 2018, sur l'ensemble des actes réalisés par l'association (à domicile ou en point fixe), 54 % ont eu lieu en horaires de PDS. Les appels reçus par les associations sont nombreux quel que soit le créneau horaire, la plus grande partie ayant lieu les week-ends et jours fériés (Cf. Graphique 14).

Sur l'ensemble des actes en horaires de PDSA, la part réalisée par l'association SOS Médecins s'élevait à 35%.¹⁸ Ce chiffre permet de mesurer la place majeure que tient cette association au sein de la PDSA. L'importance de la part des actes qu'elle assure questionne par ailleurs et pourrait notamment s'expliquer par le fait qu'elles disposent de leurs propres plateformes téléphoniques qui reçoivent les appels des patients et y répondent souvent par la réalisation de visites de médecins mobiles, comme cela avait été souligné, par ailleurs, par la Cour des Comptes en 2013¹⁹.

Selon les données d'activité de la fédération, les centres d'appels médicaux SOS Médecins ont reçu 3,51 millions d'appels en horaires de PDS au cours de l'année 2018. Ces appels ont conduit à la réalisation de 2 millions d'actes (consultations et visites) et à 486.000 conseils téléphoniques.

Les données d'activité de la régulation étant aujourd'hui, lorsqu'elles existent, disparates et non agrégées au niveau national, il n'est pas possible de comparer la ventilation de l'ensemble des appels reçus en horaires de PDS selon la réponse formulée par le médecin régulateur du centre 15 ou d'une association de PDS (conseil téléphonique, téléprescription, envoi d'un médecin effecteur, etc.). Il apparaît indispensable que les centres 15 et les associations recevant les appels interconnectés au centre 15 publient leurs données d'activité et notamment la ventilation des appels reçus en fonction de la réponse apportée par le médecin régulateur.

L'ACORELI (Association comtoise de régulation libérale qui s'occupe de la régulation libérale en Franche-Comté), a rendu publiques des données d'activité pour 2017. Sur 93 000 dossiers traités, 52% ont débouché sur un conseil médical, 31% sur une consultation au cabinet d'un médecin de garde, 7 % sur l'envoi d'un transport sanitaire, 5 % des appels ont été dirigés vers des MMG et 3% ont donné lieu à une visite d'un médecin à domicile. Les disparités interrogent, 57% des appels reçus par SOS Médecins en 2018 ont conduit à une consultation ou à une visite à domicile, c'était le cas pour 39% des dossiers gérés par l'ACORELI en 2017.

Toujours selon les données d'activité de la fédération, la patientèle de l'association SOS Médecins était formée pour 20,9 % d'enfants de moins de 6 ans et pour 5,4 % de personnes âgées de plus de 85 ans. Sur l'ensemble des actes réalisés en 2018, 4,6 % ont eu lieu auprès de résidents d'EHPAD. Enfin il est intéressant de noter que sur l'ensemble des consultations réalisées en 2018, 7,6 % ont eu lieu suite à un renvoi de la part du SAMU et que la part d'hospitalisation des patients après consultation s'élevait à 3,4%.

¹⁸ Le nombre total d'actes (régulés ou non) est issu des données de la CNAM, il porte sur les données 2017, les données 2018 n'étant pas encore disponibles du fait du travail nécessaire à la consolidation des bases. Le calcul réalisé rapporte donc les données d'activité des associations SOS Médecins en 2018 aux données CNAM 2017. Il ne s'agit donc pas du résultat réel pour l'année 2018 mais d'un ordre de grandeur en partant du postulat que le nombre d'actes ne devrait pas, toute chose égale par ailleurs, avoir évolué de manière significative entre 2017 et 2018 (l'augmentation s'établissait à 1,8% entre 2016 et 2017 ; depuis 2005 ce chiffre demeure relativement stable année après année, il s'établit à un peu plus de 5 millions par an).

¹⁹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2013, Paris et Assemblée Nationale, Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins, 2015.

3. La permanence des soins 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 permanence des soins. Si ces établissements rencontrent des difficultés pour assurer une présence médicale en journée²⁰, la situation se complique encore davantage en horaire de permanence des soins. La question de l'accès à l'information pour une prise en charge médicale adaptée devient alors cruciale aussi bien lorsqu'un effecteur se déplace au sein de l'établissement que lorsqu'un résident est hospitalisé en service d'urgences.

3.1. La permanence des soins en EHPAD, une réalité complexe

a. Une population particulièrement fragile...

En France, au 31 décembre 2015, 585.560 personnes vivaient en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)²¹.

Les résidents hébergés au sein de ces établissements présentent, pour une grande part, un fort degré de dépendance et de fragilité. En effet, selon l'enquête menée par la DREES auprès de l'ensemble des EHPAD, 47 % des résidents étaient sévèrement dépendants (GIR 1-2). Par ailleurs, une étude réalisée par la CNAM²² à partir d'un échantillon de 11.687 résidents d'EHPAD a permis d'établir que 53% d'entre eux présentaient des maladies neurodégénératives, 51% des maladies cardio-neuro-vasculaires, 17% du diabète, 16% un cancer et près de 13% des maladies respiratoires chroniques.

Les résidents d'EHPAD sont majoritairement sujets à des affections graves et sont donc, de fait, particulièrement susceptibles de présenter des besoins en soins non-programmés. Selon la même étude, la fragilité de cette population se traduit également par un taux d'hospitalisation de 40% dans l'année suivant l'entrée en EHPAD.

b. ...face à une insuffisance de personnel médical ou paramédical

Lorsque les structures ne disposent pas de personnel soignant ou d'astreinte médicale en horaires de PDS, ce qui était le cas de 86% des EHPAD en 2013²³, les résidents ont de grandes chances d'être transférés aux urgences à la moindre alerte médicale. Ces prises en charge sont bien souvent délétères pour les patients, notamment lorsqu'aucune information médicale ne les accompagne lors de leur transfert au service des urgences. L'enquête menée par la DREES permet d'appréhender la question des prises en charge médicales en urgence au sein de ces établissements par le prisme des décès. Parmi les 148.300 décès des résidents d'EHPAD survenus en 2015, 24 % ont eu lieu lors d'une hospitalisation²⁴. Cette enquête établit une corrélation positive entre la présence d'une infirmière 24 heures

²⁰ Bazin M. et Muller M., 2018, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpads », *Études et Résultats*, DREES, n°1067, juin.

²¹ La grille nationale Aggir permet de mesurer le degré de perte d'autonomie. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (Gir). À chaque Gir correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Les GIR 1 et 2 sont associés aux degrés de dépendance les plus élevés.

²² Atramont A, Bourdel-Marchasson I, Bonnet-Zamponi D, Tangre I, Fagot-Campagna A, Tuppin P. Résidents admis en Ehpads au cours du premier trimestre 2013 : pathologies prises en charge, traitements et hospitalisations l'année suivante. Bull Epidemiol Hebd. 2017; (16-17):317-27.

²³ Source : ONFV, Enquête « Fin de vie en EHPAD », 2013.

²⁴ Source : DREES, Enquête EHPA, 2015.

sur 24 et la probabilité plus faible de décéder à l'hôpital. L'absence d'infirmière accroîtrait ainsi la probabilité de décéder à l'hôpital de près de 25%²⁵. Or, en 2015, selon l'enquête de la DREES, seuls 9% des EHPAD disposaient d'au moins une infirmière présente dans l'établissement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Lorsqu'à l'absence de personnel soignant s'ajoute un manque d'informations disponibles sur place, il devient très compliqué pour les médecins effecteurs intervenant au sein de ces établissements d'assurer une bonne prise en charge du patient, ce qui peut contribuer à une réticence de leur part lorsqu'il s'agit d'intervenir au sein d'un EHPAD. Selon la même enquête, à défaut d'être doté de personnel médical 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, 90% des EHPAD déclaraient cependant qu'ils disposaient d'une aide-soignante ou d'une aide médico-psychologique. Bien que ces personnels n'aient pas les mêmes attributions que les infirmiers, ils peuvent cependant faire le lien avec le médecin régulateur et/ou effecteur.

3.2. Des solutions locales face à une problématique nationale

Si la problématique de la prise en charge médicale des résidents d'EHPAD dépasse le seul périmètre de la permanence des soins, il semble cependant important de noter que, dans ce cadre, seuls 9 conseils départementaux ont déclaré qu'il existait un dispositif spécifique à ce type de prises en charges au sein de leur département. Il est permis de penser que la problématique est d'autant plus importante au sein des territoires où il n'existe aucun dispositif permettant d'assurer les visites incompressibles ou au sein des territoires où la permanence des soins n'est pas assurée en nuits profondes (ce qui était respectivement le cas pour 31% et 29% des départements en 2018). Dans de telles configurations, 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.

Certaines solutions déjà mises en place ou en cours d'expérimentation peuvent cependant être mentionnées, il s'agit notamment de la télérégulation, de la télé-médecine, de la mutualisation des infirmières de nuit au sein de plusieurs EHPAD ou encore de la fiche de liaison d'urgence de type « Samu Pallia ».

a. Régulation médicale dédiée et Télé-médecine

Dans le département du Val d'Oise, un EHPAD expérimente depuis 2016 le recours à une plateforme téléphonique de régulation privée via laquelle des médecins se chargent de réguler les appels en cas de problème médical avec les résidents, notamment la nuit ou le week-end. À la différence du SAMU, les médecins ont accès aux dossiers médicaux des patients, ce qui permet une régulation sur la base des antécédents, des traitements et éventuelles intolérances. Le médecin régulateur est alors en mesure de prendre une décision éclairée et de ne faire le choix d'une hospitalisation que si la situation le requiert réellement. Lorsqu'un transport médical vers l'hôpital est organisé en lien avec le Samu, les médecins de la plateforme de télé-régulation peuvent communiquer l'ensemble des informations médicales nécessaires à la bonne prise en charge du résident.

Les conseils départementaux de l'Aube, de Meurthe-et-Moselle et de l'Orne ont opté pour la télé-médecine fonctionnelle en horaire de PDS. Ce dispositif de prise en charge permet la réalisation de consultations à distance à la demande d'un professionnel de santé de l'EHPAD sollicitant le médecin traitant du résident, son remplaçant ou l'organisation territoriale de la garde. Cette solution permet notamment de maintenir, voire d'étendre la

²⁵ MULLER M., Roy D., 2018, « L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015 », *Études et Résultats*, n°1094, Drees, novembre.

couverture médicale d'un territoire en offre de soins généralistes et spécialisés et d'éviter les hospitalisations non-nécessaires. La signature en 2017 d'un avenant à la convention nationale entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux introduisant l'acte de téléconsultation pour les personnes résidentes en EHPAD (la téléconsultation « médecin traitant avec EHPAD ») va dans le sens du développement de ce dispositif, notamment en ouvrant le droit à la cotation des majorations applicables dans le cadre de la PDSA et aux majorations nuits, dimanches et jours fériés.

Le département de l'Orne a également fait établir, en 2011, une convention d'organisation de la PDS entre les EHPAD, la Direction de l'action sanitaire et sociale (DASS), l'Association de praticiens pour la permanence des soins et des urgences médicales (APPSUM), le Samu et le CDOM. L'objectif principal tenait à l'équipement des EHPAD en matériel médical de base de manière à permettre au régulateur de donner des consignes à la personne sur place et d'éviter ainsi les hospitalisations en premier recours. Cette convention établit également l'utilisation d'une fiche de liaison Samu-EHPAD et EHPAD-Samu en cas d'hospitalisation ainsi qu'un protocole lors d'une intervention auprès d'un résident (interlocuteurs, informations transmises, réponses apportées).

b. Infirmiers de nuit

Parallèlement, toutes les ARS, en dehors des départements et régions d'Outre-Mer, ont lancé des appels à projet pour la mise en place de dispositifs d'astreintes d'infirmiers de nuit mutualisés entre EHPAD. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 prévoit, comme la LFSS 2018, une enveloppe de 10 millions d'euros pour des astreintes infirmières la nuit en Ehpads. Selon l'annonce de la ministre de la santé formulée en mai 2018, 36 millions d'euros seront consacrés au total à la généralisation de la présence d'infirmiers de nuit d'ici à 2020, pour réduire les hospitalisations en urgence évitables et sécuriser les prises en charge nocturnes. Déjà expérimenté au sein de plusieurs départements, l'annonce de la constitution de cette enveloppe financière destinée à généraliser ces expérimentations a favorisé le lancement d'appels à projet au sein de l'ensemble des régions de la métropole au cours de l'année 2018.

À titre d'exemple, l'ARS Pays-de-la-Loire a lancé, dès 2013, un appel à projet pour la mutualisation entre EHPAD d'un même territoire de dispositifs d'astreintes infirmiers de nuit. Il s'agissait, dans un premier temps, d'expérimenter différents modèles à partir d'un cahier des charges assez souple, de manière à pouvoir en mesurer l'apport, la pertinence et l'impact médico-économique, d'apprécier les avantages et limites de chacun afin d'envisager, en cas de résultats concluants, un modèle qui pourrait être déployé sur l'ensemble de la région. Ce sont, en tout, 11 expérimentations incluant 76 EHPAD qui ont été mises en œuvre sur ce territoire. Une évaluation des différents dispositifs a été menée en 2017 et a permis d'en identifier les bénéfiques²⁶. L'ARS a ainsi observé une réduction des hospitalisations non pertinentes de nuit, qui s'est traduite par une diminution du recours à la régulation de 20% impactant le nombre global d'hospitalisations qui est passé de 28% à 16%. L'astreinte infirmière, à laquelle il a été fait recours dans 94% des cas, a géré 72% des situations seule ce qui correspond à 446 hospitalisations évitées. Le dispositif a également permis une sécurisation des soins et des équipes de nuit en EHPAD, l'amélioration de la prise en charge globale au sein de l'EHPAD notamment de la coordination jour/nuit ainsi que

²⁶ <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/evaluation-du-dispositif-experimental-dastreinte-infirmiere-de-nuit-mutualisee-entre-ehpad-des-pays>

l'impulsion d'une dynamique positive entre établissements. Suite à l'évaluation des différents dispositifs expérimentés, un cahier des charges révisé a été proposé par l'ARS.

En Bretagne, le département d'Ille-et-Vilaine a mis en place, en 2014, un dispositif expérimental d'astreinte d'infirmiers de nuit entre plusieurs EHPAD en réponse à l'appel à projet lancé par l'ARS. Dans les faits, l'expérimentation couvre 6 établissements situés dans un périmètre géographique proche (maximum 30 kilomètres). Une dotation financière a été accordée par l'ARS et versée au centre hospitalier qui assure la rémunération des infirmiers mis à disposition et recrutés sur la base du volontariat. L'astreinte fonctionne 7 jours sur 7, de 21h00 à 7h00. Un travail préparatoire préalable au lancement du projet a été réalisé : visite des EHPAD, connaissance des systèmes d'information hospitaliers, des dossiers des patients de chaque structure, de la pharmacie et des locaux. Un classeur d'astreinte regroupe l'ensemble des informations nécessaires à une intervention ainsi que des protocoles précis en cas d'urgences vitales remis aux infirmiers. Quatre ans après sa mise en place cette organisation est jugée concluante dans ses effets recherchés. Elle a permis une meilleure régulation des hospitalisations, une meilleure continuité des soins et une réassurance des personnels d'EHPAD et a ainsi participé au décloisonnement du secteur sanitaire et médico-social.

c. Formation des personnels d'EHPAD

La formation des personnels d'EHPAD à la prise en charge des premières urgences, en lien avec la régulation médicale est également un axe d'amélioration du dispositif. Ce type de formation pourrait aider les personnels de ces établissements à mieux gérer les situations médicales sans recourir systématiquement aux urgences, notamment lorsqu'ils se retrouvent confrontés à l'absence d'avis médical de médecin au sein de l'établissement. Elle a notamment été développée dans le département de l'Isère en lien avec le Samu. Entre 2015 et 2017, le centre hospitalier de Vienne a ainsi formé 325 soignants exerçant au sein de vingt EHPAD sur la thématique « le transfert des personnes âgées aux urgences ». Selon le Réseau des urgences de la Vallée du Rhône le nombre de transferts aux urgences a chuté de 27% suite à la mise en place de cette formation.

La Creuse et la Gironde devraient être les prochains départements concernés par le déploiement de ces formations organisées en lien avec les Centres d'enseignement des soins d'urgences (CESU) et délocalisées dans les EHPAD.

d. Fiche de liaison d'urgence

Lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, la fiche de liaison d'urgence permet d'anticiper et de programmer le recours à l'hôpital en transmettant les informations indispensables sur le patient et ses souhaits dans la survenue d'une urgence. La fiche de type « Samu-Pallia » concerne les résidents porteurs d'une maladie grave évolutive ou en phase terminale. Outil de transmission en cas de recours non-programmé, elle vise à faire le lien entre les référents habituels du patient, les professionnels urgentistes et les médecins effecteurs de la permanence des soins dans le cas d'une intervention au sein de l'établissement.

Plus largement, des procédures précises d'entrée/sortie d'hospitalisation et de sortie/retour en EHPAD (plan personnalisé de santé, volet médical de synthèse, dossier de liaison d'urgence, compte rendu d'hospitalisation) représentent des outils de communication et de coordination entre le secteur sanitaire et médico-social qui peuvent contribuer à éviter les ré-hospitalisations non-nécessaires.

4. Réalisation des actes médico-administratifs dans le cadre de la PDSA

Si elles ont pu ou peuvent encore être traitées conjointement par la création de lignes de garde dédiées aux actes médico-administratifs, les prises en charge des certificats de décès et des examens des gardés à vue relèvent cependant de deux missions bien distinctes. Ces deux actes ont cependant le point commun de représenter une zone de flou mettant à mal l'organisation de la PDSA dans certains départements.

4.1. Élaboration des certificats de décès

Acte médico-administratif, le certificat de décès est légalement indispensable pour permettre les démarches funéraires. Il doit être délivré par un médecin qui y est soumis par obligation déontologique²⁷. Si, en journée, le médecin traitant se déplace pour constater le décès d'un de ses patients, la réalisation des certificats de décès ne fait pas partie des missions des médecins de garde dans le cadre de la PDSA. Pour autant, en 2018, 85% des CDOM ont déclaré qu'elle reposait sur le médecin de la PDSA pour tout ou partie du département.

Sans résoudre la question de l'organisation de ces prises en charges, le décret n°2017-1002²⁸ du 11 mai 2017 et l'arrêté du 10 mai 2017²⁹ 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 soins³⁰.

Cette nouvelle réglementation a, selon près d'un CDOM sur deux, facilité les choses. D'autres CDOM ont déclaré que cela n'avait eu aucun effet particulier tout étant satisfaits de l'organisation en place. Enfin, certains restent confrontés à d'importantes difficultés, c'est notamment le cas de l'Yonne, de la Haute-Saône ou encore de la Côte d'Or qui peinent à trouver des médecins pour assurer ces prises en charge. Dans l'Yonne, la seule solution reste la réquisition des médecins de garde.

Bien que le paiement forfaitaire de l'acte soit prévu aux horaires de PDSA, il est important de noter qu'il ne fait toujours pas explicitement partie de leurs missions au niveau du décret. Si, au sein de certains départements, la forfaitisation de l'acte a permis d'en faciliter l'organisation, d'autres rencontrent encore des difficultés. Dans certains cas, des réponses spécifiques ont été envisagées. La formalisation de ces prises en charge par les médecins de la PDSA, lorsqu'elle est effective, a lieu au niveau régional par une intégration au cahier des charges, c'est notamment le cas en Bretagne, en Normandie en Provence-Alpes-Côte d'Azur ou en Poitou-Charentes. Des organisations spécifiques sont par ailleurs envisagées au cas par cas au regard des difficultés rencontrées et inscrites dans les déclinaisons départementales des cahiers des charges. Un forfait supplémentaire d'astreinte à visée incitative a été mis en place en Haute-Saône par exemple. Dans le département du Doubs, une réflexion est actuellement en cours en partenariat avec l'ARS pour l'élaboration d'une ligne de garde dédiée.

²⁷ Article R. 4127-76 du code de la santé publique.

²⁸ Décret n° 2017-1002 relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient.

²⁹ 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.

³⁰ Par arrêté du directeur général de l'ARS.

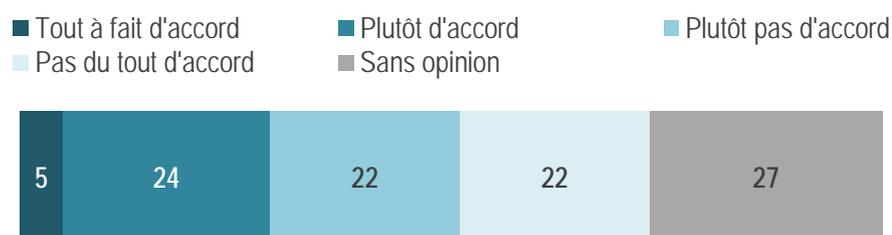
Bien que certains départements rencontrent encore des difficultés pour trouver des médecins réalisant les certificats de décès, et ce malgré la forfaitisation de l'acte en horaires de PDSA, une organisation mieux cadrée, comme c'est déjà le cas dans plusieurs départements, permettrait certainement de résoudre cette problématique (inscription au cahier des charges, gardes dédiées, prise en charge avant ou après les gardes postées).

Le point de vue des médecins généralistes

Selon l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes, seul 29% des médecins assurant des gardes considèrent que la délivrance des certificats de décès est bien organisée au sein de leur département.

La délivrance des certificats de décès est bien organisée dans mon département...

N = 2768 médecins assurant des gardes



Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

4.2. Examen des gardés à vue

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

Résultant de l'exercice d'un droit et non d'une nécessité thérapeutique, le ministère de la Justice, a affirmé qu'à ce titre, elle ne devait pas reposer sur l'organisation de la PDSA car elle risquerait de fragiliser davantage les secteurs à faible démographie médicale où la PDSA relève d'un équilibre précaire³¹.

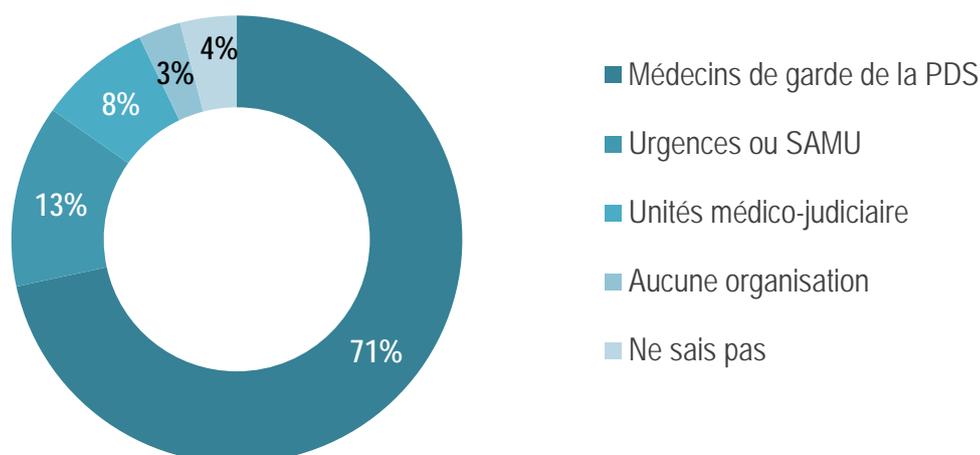
La réforme de 2010³² issue du schéma d'organisation de la médecine légale proposait de confier la pratique de ces actes aux Unités médico-judiciaires (UMJ). Le maillage territorial de ces unités rattachées à des établissements publics de santé aurait dû conduire, à compter de janvier 2011, à la mise en œuvre 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 2018, la prise en charge exclusive de ces examens par les UMJ était effective pour seulement 8 départements selon les CDOM répondants, dont le Val-d'Oise, le Calvados, l'Orne ou les Hauts-de-Seine.

³¹ Direction des affaires criminelles et des grâces, 2009, *Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue*

³² Circulaire NOR : JUSD1033099C et NOR : JUSD1033764C relatives à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale

Graphique 15 – Prise en charge pour tout ou partie des examens des gardés à vue par les médecins de la PDSA en 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Les circulaires précitées 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 soins³³, ce qui devait être l'exception est, dans les faits, resté la norme dans de nombreux départements et, dans de nombreux cas, sans qu'une convention n'ait été établie. Cela est confirmé par l'enquête menée auprès des CDOM qui, pour 71% (soit 72 départements), ont déclaré qu'au cours de l'année 2018 l'examen des gardés à vue était assuré pour tout ou partie par les médecins de la PDSA. Dans le cadre d'une expérimentation, le département de l'Isère a établi une liste de médecins effecteurs dédiés aux visites médico-légales pour certains secteurs. Pour d'autres départements comme les Alpes-Maritimes, une convention a été établie entre l'association de permanence des soins, la maison d'arrêt et la police. En 2018 ce type de convention a permis de résoudre une situation problématique depuis plusieurs années dans le département du Haut-Rhin.

Lorsque le médecin de ville n'est pas en mesure de se déplacer, les examens médicaux sont effectués aux services des urgences des hôpitaux, solution qui ne convient ni aux services concernés, ni aux enquêteurs contraints d'organiser une escorte. En 2018, ce mode de prise en charge était systématisé pour 13 départements (comme la Haute-Savoie ou la Nièvre par exemple).

Pour d'autres départements aucune organisation claire n'a été mise en place, ce qui peut être source de tension entre les différents acteurs (UMJ, Samu, service des urgences et médecins de garde). C'est notamment le cas en Gironde ou en Eure-et-Loir où l'unique solution reste la réquisition du médecin de garde au détriment des potentielles demandes de soins non-programmés. Pour certains départements, comme la Lozère ou la Seine-et-Marne, la rémunération de l'acte semble être problématique et entraîne un refus des médecins (de PDSA, des urgences ou d'UMJ) de prendre en charge ces examens. Il est ici nécessaire de préciser que le recours dérogatoire à des praticiens de proximité n'est pas pris en charge

³³ Assemblée Nationale, *Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins*, 2015.

dans le cadre du paiement forfaitaire et fait l'objet d'un paiement à l'acte au titre des frais de justice de la juridiction à laquelle est rattaché le commissariat.

L'ensemble de ces éléments permettent d'observer que, 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.

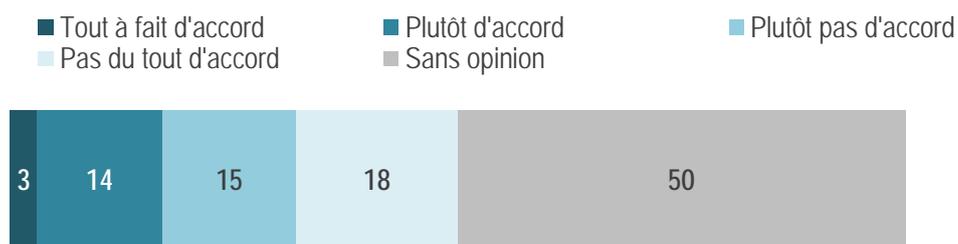
La définition du rôle de chacun par la mise en place de conventions semble être une solution. Les UMJ, désignées par décret, se devant d'assurer ces prises en charge, semblent être les plus à même de les organiser sur les secteurs où elles ne sont pas en mesure d'intervenir, soit avec les hôpitaux de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

Le point de vue des médecins généralistes

Selon l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes, seul 17% des médecins assurant des gardes considèrent que la réalisation des examens des gardés à vue est bien organisée au sein de leur département.

L'examen des gardés à vue est bien organisée dans mon département...

N = 2768 médecins assurant des gardes



Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

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

Les CDOM ont un rôle important et consacrent une part significative de leurs moyens à l'organisation de la PDSA. Une majorité d'entre eux ont une commission spécialisée « permanence des soins » et tous sont dotés d'un membre ordinal (Président, Secrétaire général, etc.) responsable de cette question. Tant les élus que le personnel administratif des conseils départementaux consacrent une part considérable de leur temps à l'organisation de la permanence des soins, à la tenue des réunions et assurent également un important travail d'information et de conciliation auprès des patients qui les sollicitent sur le fonctionnement du dispositif. Les CDOM ont pour principales missions de vérifier que les médecins volontaires sont en situation régulière d'exercice et de veiller à la complétude des tableaux de garde après avoir, si nécessaire, fait les démarches auprès des organisations représentatives. En 2018, 51 CDOM avaient ainsi dû intervenir pour compléter les tableaux de garde. Membres à part entière des CODAMUPS, ils peuvent faire émerger des propositions d'amélioration du dispositif de PDSA, en lien avec les médecins, le Samu, l'ARS

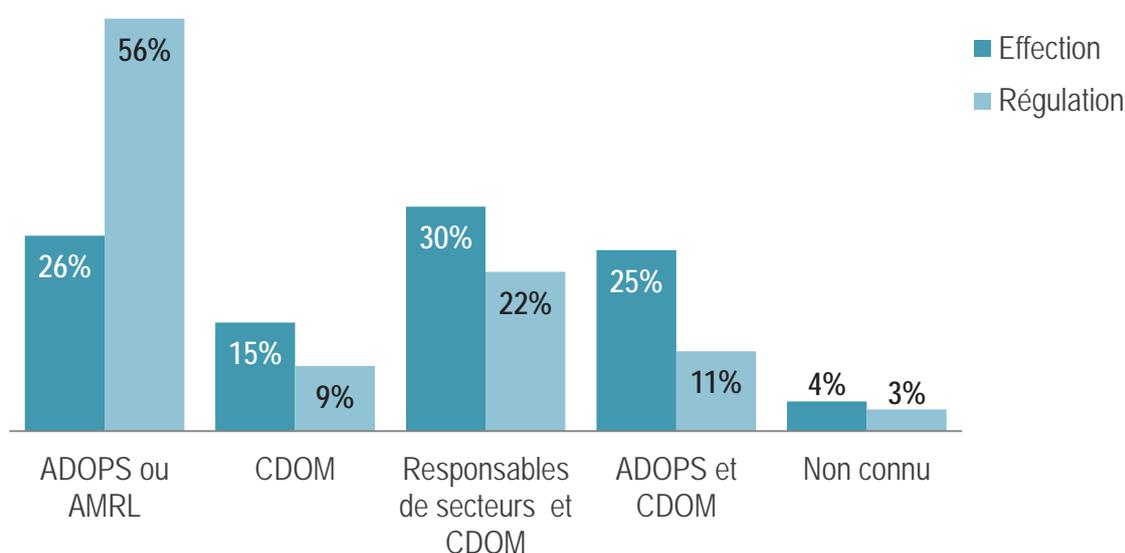
et l'Assurance maladie. Par ailleurs, les CDOM se mobilisent sur la continuité des soins, notamment au moment des périodes de congés. Ils interviennent également en instruisant les plaintes relatives à la PDSA.

5.1. Tableau de garde

a. *Élaboration*

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

Graphique 16 – Élaboration des tableaux de garde en 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Les tableaux de garde d'effection sont principalement élaborés par les responsables de secteurs pour être compilés ensuite par les CDOM au niveau du département. Pour 40% des départements, les CDOM participent à l'élaboration de ces tableaux, soit seuls, soit en collaboration avec l'ADOPS ou l'AMRL. Concernant la régulation, les tableaux de garde sont majoritairement gérés par les ADOPS/AMRL ou par les responsables de secteurs ; les CDOM participent beaucoup moins à leur élaboration que pour l'effection (dans seulement 20% des départements, seuls ou en collaboration avec l'ADOPS/AMRL).

b. *Utilisation des logiciels Ordigard et P-Gard*

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

Gard une fois consolidées puis validées par l'ARS. Le paiement est réalisé sous 5 jours ouvrés.

En 2018, 94 départements utilisaient le logiciel de tableau de garde Ordigard créé par le CNOM, soit un de plus qu'en 2017. La connexion à P-Gard s'est quant à elle élargie à 8 nouveaux départements, soit 87 au total.

Ainsi, en 2018, au total sur 101 départements :

- 94 départements utilisaient Ordigard ;
- 87 départements utilisaient Ordigard et P-Gard ;
- 7 départements n'utilisaient aucun de ces deux logiciels.

En 2018, le logiciel a évolué sur deux aspects :

- En cas de créneau de garde partagée, il est maintenant possible de saisir les horaires effectué par chacun des médecins. L'ARS doit ensuite renseigner manuellement le tarif attribué à chacun d'entre eux.
- Simplification de l'utilisation du logiciel pour les médecins qui n'ont plus à renseigner les numéros ADELI ou AMELI, le numéro RPPS suffit.

5.2. Plaintes et courriers reçus

Comme en 2017, 37 des CDOM ont signalé des plaintes et des courriers provenant de médecins ou de patients concernant la PDSA en 2018.

La majorité d'entre eux ont été formulés par des patients à l'encontre de médecins régulateurs et effecteurs. Ils portaient principalement sur une réponse du régulateur jugée insatisfaisante, sur la qualité de prise en charge ou sur le refus de déplacement du médecin effecteur.

D'autres plaintes et courriers provenaient des médecins de garde et portaient majoritairement sur des conflits entre régulateurs et effecteurs (refus de déplacement, médecins de garde injoignables).

Dans le rapport du sou médical publié chaque année, parmi les déclarations de sinistre des médecins généralistes sociétaires de la MACSF, on peut relever un cas qui a concerné un effecteur :

« Appel d'un patient pour des douleurs thoraciques, refus de l'examiner sous prétexte que le créneau de garde était terminé, renvoi vers le centre 15. Syndrome coronarien aigu pris en charge aux urgences quelques heures plus tard ».

5.3. Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins

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

Les ADOPS contribuent à l'organisation la PDSA au sein de leur département (coordination des tableaux de garde, lien avec l'Ordre) et sont composées de médecins participant à la PDSA qui peuvent, par ailleurs, avoir une activité en cabinet. L'enquête ne permet pas d'identifier la part et l'importance de leur activité, il est cependant intéressant de noter qu'elles peuvent être le socle de l'organisation de la PDS, en particulier au sein de la région Pays-de-la-Loire.

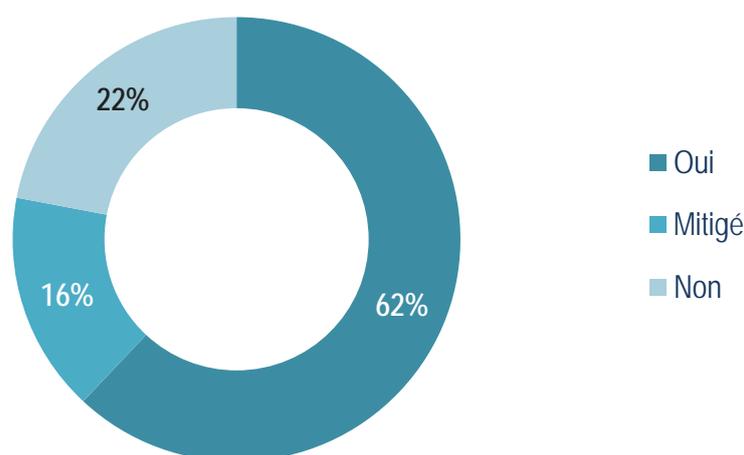
Selon le cahier des charges régional, les ADOPS de cette région, présentes dans chacun des départements au sein des zones rurales, se voient confier, par convention pluriannuelle, la gestion opérationnelle du dispositif de PDSA allant jusqu'à sa gestion financière. Les associations de SOS médecins Nantes et Saint Nazaire participent à la gouvernance du dispositif dans le département de Loire-Atlantique.

6. Constats et perspectives

6.1. Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux

En 2018, 62% des CDOM considèrent que la PDS fonctionne bien dans leur département et 16% considèrent que la qualité du fonctionnement est mitigée et fragile (Cf. Graphique 17). Les principales problématiques soulevées par les CDOM pour justifier de cette fragilité tiennent à la démographie médicale (faible densité médicale et/ou vieillissement des médecins en exercice), à la présence de « zones blanches » au sein du département par manque de médecins ou encore aux conflits entre les différents acteurs de la PDSA.

Graphique 17– Estimez-vous que la PDS fonctionne bien au sein de votre département ?



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Pour les 23 CDOM ayant déclaré que la PDSA fonctionnait mal au sein de leur département, les principales causes évoquées sont :

- Des carences récurrentes en médecins effecteurs sur certains secteurs à la fois liées à un désengagement des médecins libéraux et à la baisse de la démographie médicale. Certains témoignent de l'apparition d'un cercle vicieux où le désengagement et le non-volontariat des uns provoque une suractivité des médecins volontaires et l'apparition chez eux d'un sentiment d'injustice pouvant conduire à leur désengagement (évoqué par 17 CDOM) ;
- La réduction injustifiée du nombre de territoires conduisant à des secteurs de gardes qui ne sont plus à taille humaine et qui mettent à mal les médecins volontaires et compliquent l'accès aux soins (évoquée par 5 CDOM) ;

Plus minoritairement les CDOM évoquent également :

- Des facteurs géographiques compliquant les déplacements en zones rurales ;
- Une insuffisance de moyens dédiés à la PDSA alloués par l'ARS ;

- Un problème d'insécurité des médecins de garde dans certaines zones.
- Une activité trop faible dans certains secteurs les rendant peu attractifs.

Selon les CDOM, lorsque la PDSA fonctionne bien, cela semble être grandement lié à la bonne communication et collaboration entre les différents acteurs : régulation de la PDSA, SAMU, CDOM, médecins effecteurs libéraux, hospitaliers, associations de PDSA, ARS. Les CDOM évoquent également l'importance de l'implication des médecins, le rôle facilitant des associations de médecins libéraux ainsi que le caractère incitatif des majorations forfaitaires.

Le point de vue des médecins généralistes

L'avis des médecins généralistes quant au bon fonctionnement de la PDSA est assez similaire que celui des CDOM puisque, selon l'enquête réalisée en 2018, 68 % considéraient qu'elle fonctionnait bien.

Le constat est cependant à relativiser car, selon plus d'un médecin répondant sur trois, la situation s'est détériorée au cours des 10 dernières années. L'avis des médecins généralistes est, ici encore, assez proche de celui des CDOM. Les raisons évoquées concernant la détérioration de la PDSA tiennent principalement à la baisse du nombre de médecins (pour 65% d'entre eux), à des conditions de travail jugées insatisfaisantes (pour 32%) ou à des problématiques liées à l'organisation de la PDSA (pour 22%), il s'agit principalement de problèmes liés à la taille des secteurs et à des défaillances au niveau de la régulation. Concernant les facteurs d'amélioration, les médecins répondants ont majoritairement désigné la création de structures (MMG, ADOPS, SOS Médecins) (à 42%), l'organisation de la PDSA (à 33%) évoquant notamment la régulation et le nombre de secteurs.

Interrogés sur les raisons de non-participation aux gardes, les principaux freins que les médecins généralistes répondants ont identifiés sont : la charge de travail (à 81%), la fatigue liée à cette activité (68%), la difficulté à concilier gardes et vie familiale (67%). Le manque de sécurité pendant les gardes et l'insuffisance de la rémunération sont relativement moins évoqués (respectivement 23% et 22%).

A noter que c'est auprès des médecins de moins de 40 ans, des remplaçants et des femmes que la difficulté à concilier gardes et vie personnelle et plus largement évoquée, ce point apparaît également comme le premier frein auprès des jeunes (à 84%).

Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

6.2. Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

Face à ces différents constats, 66 CDOM ont évoqué des pistes d'amélioration.

Concernant le problème de désengagement des médecins libéraux les pistes évoquées sont :

- La mise en place de mesures financières incitatives telles que l'élargissement de la défiscalisation à tous les territoires, sans limitation, ou la valorisation de la rémunération des actes en visite (évoquée par 17 CDOM). Certains CDOM dénoncent à ce sujet l'existence de grandes disparités entre la rémunération de l'effectif mobile et celles de l'effectif posté et de la régulation. Actuellement, la défiscalisation des rémunérations de PDSA (effectif et régulation en zones sous-denses) porte sur les forfaits d'astreintes ainsi que les majorations d'actes réalisés ;

les actes eux-mêmes (consultations et visites) ne sont pas concernés. Dans le département de la Loire-Atlantique, le redécoupage des territoires de PDSA pour que tous incluent une zone déficitaire (soit une zone sous-médicalisée reconnue par l'ARS) a permis une défiscalisation effective pour tous les médecins libéraux assurant la PDSA.

- La remise en question de la notion de volontariat (évoquée par 8 CDOM) ;
- Le renforcement de la participation des médecins étudiants, thésés et salariés à la PDSA (évoqué par 7 CDOM) ;
- La suppression des gardes sur certains créneaux horaires (notamment en nuit profonde ou en soirée de semaine) pour assurer la complétude des tableaux les week-ends (évoquée par 3 CDOM) ;
- Le renforcement de la sécurité (évoqué par 3 CDOM).

Pour une amélioration du fonctionnement de la PDSA :

- Le développement des points fixes de consultation (évoqué par 11 CDOM) accompagné de la mise à disposition de transports dédiés pour que les patients non-mobilisables puissent s'y rendre (évoqué par 9 CDOM) ;
- Une restructuration des secteurs de garde pour une organisation axée sur une mise en cohérence de la PDSA et des besoins constatés (évoquée par 7 CDOM) ;
- Des actions de communication auprès du grand public pour une utilisation plus efficace du système ainsi qu'une communication institutionnelle à visée incitative auprès des médecins libéraux (évoqué par 6 CDOM) ;
- La mise en place d'aides à la création et au développement des ADOPS (évoquée par 3 CDOM).

Le point de vue des médecins généralistes

Selon l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes, les principales pistes d'amélioration désignées par ces derniers concernent : l'aspect financier (pour plus de 70%), la réalisation d'une campagne de communication envers les patients (à 75%), le placement des MMG à proximité des urgences pour gérer le flux des patients (à 74%), la suppression des gardes en nuit profonde (65%), la création d'un système de transport dédié pour l'accès aux lieux fixes de consultation (65%), la création de sites dédiés (65%), l'amélioration de la sensibilisation des médecins à la PDSA lors de la formation (56%) et l'extensions des plages horaires de la PDSA au samedi matin (48%).

Interrogés sur les raisons de participation aux gardes, les principaux facteurs que les médecins généralistes répondants ont identifiés sont : le fait qu'il s'agisse d'une mission de service public (à 76%), la solidarité avec les autres médecins du secteur (75%), l'aspect financier (53%) et le fait que l'exercice en horaire de PDSA change et enrichit l'exercice en cabinet (35%).

A noter qu'auprès des moins de 40 ans et des remplaçants, la motivation financière atteint quasiment le même niveau que le devoir de solidarité. Auprès des régulateurs, le changement que représente la régulation au niveau de leur activité en cabinet est nettement plus évoqué que la moyenne (à 55%).

Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

IV. Conclusion

Bien que l'enquête réalisée auprès des CDOM sur la PDSA ait permis d'identifier certaines tendances organisationnelles majoritairement partagées et des problématiques communes, elle a conduit au constat d'une organisation hétérogène sur l'ensemble du territoire. Cette hétérogénéité s'expliquerait en grande partie par une adaptation à des situations locales spécifiques, propres à chaque territoire. On constate notamment diverses modalités de réalisation de la régulation médicale, des différences quant à l'organisation de l'effectif et à la rémunération des gardes au niveau départemental et parfois même infra-départemental, c'est-à-dire entre les secteurs de garde d'un même département.

Des situations très différentes ont pu être observées. Pour certains départements la situation semble d'ores et déjà critique, c'est notamment le cas lorsqu'ils connaissent des difficultés en termes de continuité des soins, la sous-densité médicale posant problème en dehors même des horaires de PDSA. Dans d'autres départements la situation est moins préoccupante mais le dispositif de PDSA pourrait connaître des dégradations importantes dans les années à venir. Il s'agit des départements où la démographie médicale est peu favorable et pour lesquels le maintien d'un système efficace de PDSA repose sur la bonne volonté et le dévouement d'un petit nombre de médecins. D'autres départements se distinguent par des situations favorables et une PDSA qui fonctionnent de manière satisfaisante. Enfin, certains mettent en avant des contextes locaux spécifiques moteurs dans l'adaptation aux particularités territoriales.

Ces constats permettent d'engager des réflexions sur l'organisation territoriale de la PDSA en tentant de prendre en compte l'inégale répartition de la population médicale, les problématiques d'accessibilité liées aux contraintes géographiques, la diversité en termes de bassin de population et de besoins identifiés, l'histoire des organisations et les acteurs participant à l'organisation de la PDSA. Pour cela, un diagnostic des besoins en santé du territoire doit être réalisé de manière conjointe entre les médecins de terrain, les ADOPS, les URPS, les CDOM et les ARS. Au niveau de chaque territoire, ce diagnostic doit permettre de définir une organisation convenant aux médecins et rendant service à la population.

Nous rappelons que le bassin de proximité, devant être défini par les CDOM et les médecins de terrain, est l'échelon efficace pour une bonne organisation de la PDSA et doit figurer au sein des cahiers des charges régionaux. Ceci implique que les ARS puissent soutenir ces organisations par des moyens techniques et financiers et qu'elles ne soient pas dans une logique d'hyper-administration.

Par ailleurs, au regard des résultats de l'enquête, il apparaît primordial de rappeler qu'une régulation médicale doit avoir lieu avant toute acceptation de prise en charge. Il est également essentiel qu'une formation initiale et continue des régulateurs soit organisée. Face aux inégalités infra-départementales d'accès aux dispositifs de PDSA, il semble important de favoriser une couverture complète des secteurs par la mise en place conjointe de sites dédiés, de dispositifs de transport des patients et d'effecteurs mobiles pour les patients non-mobilisables. Pour éviter les éventuels mésusages, il est nécessaire de mettre en place des actions de communication impulsées par les pouvoirs publics et le CNOM pour informer les patients sur la bonne utilisation du système. Enfin, il faut penser la problématique de la PDSA en la mettant en relation avec l'ensemble de l'organisation du système de santé permettant une meilleure prise en charge du patient.

V. Index des illustrations

1. Index des tableaux

Rémunération forfaitaire de la participation à la régulation téléphonique (forfait horaire) en 2018	21
Organisation de l'effectif en fonction du créneau horaire	24
Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effectif fixe et mobile en 2018	33

2. Index des graphiques

Évolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2017 et 2018	9
Répartition des CDOM favorables ou non au numéro national de régulation médicale 116-117 en dehors des 3 régions pilotes ($N = 86$)	15
Part des actes régulés et non-régulés selon le créneau horaire en 2017	18
Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale en 2017 et en 2018	19
Évolution du nombre de médecins libéraux participant à la régulation médicale entre 2017 et 2018	20
Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire en 2017 et 2018	22
Répartition des actes de PDSA réalisés en 2017 selon le créneau horaire	22
Évolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2017 et 2018	36
Territoires couverts par moins de 10 médecins volontaires et moins de 5 médecins volontaires sur l'ensemble des territoires en journée les week-ends et jours fériés en 2018	37
Répartition des médecins effecteurs ayant effectué au moins une garde en 2018 selon la tranche d'âge	38
Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2018 selon le statut	39
Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2018 selon le statut	40
Obtention de la CPS dans les départements où des médecins retraités, salariés ou remplaçants ont participé à la PDSA en leur nom dans le cadre d'une convention avec l'ARS en 2018 ($N = 26$)	40
Répartition des appels reçus par SOS Médecins selon la tranche horaire en horaires de permanence des soins	42
Prise en charge pour tout ou partie des examens des gardés à vue par les médecins de la PDSA en 2018	50
Elaboration des tableaux de garde en 2018	52
Estimez-vous que la PDS fonctionne bien au sein de votre département ?	54

3. Index des cartographies

Part des actes non régulés en 2017	17
Taux de couverture des territoires de PDS les week-ends et jours fériés en 2018	25
Taux de couverture des territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) en 2018	26
Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde (de minuit à 8h) en 2018	27
Taux de secteurs de PDS couverts par des sites dédiés en 2018	30

VI. Sigles utilisés

ACORELI. Association comtoise de régulation libérale

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

AMRL. Association des médecins régulateurs libéraux

AMU. Aide médicale d'urgence

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

ARM. Assistant de régulation médicale

ARS. Agence régionale de santé

CAPS. Centre d'accueil de permanence des soins

CDOM. Conseil départemental de l'ordre des médecins

CESU. Centres d'enseignement des soins d'urgences

CNAM. Caisse nationale de l'Assurance maladie

CNOM. Conseil national de l'ordre des médecins

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

CPS. Carte professionnelle de santé

CRAA15. Centre de réception et de régulation des appels

DASS. Direction des affaires sanitaires et sociales

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

DGOS. Direction générale de l'offre de soins

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

EHPAD. Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FIR. Fonds d'intervention régional

HAS. Haute autorité de santé

IGA. Inspection générale de l'administration

IGAS. Inspection générale des affaires sociales

MACSF. Mutuelle d'assurance du corps de santé français

MCS. Médecin correspondant SAMU

MMG. Maison médicale de garde

MSP. Médecin sapeur-pompier

PDS. Permanence des soins

PDSA. Permanence des soins ambulatoires

PLFSS. Projet de loi de financement de la sécurité sociale

SAMU. Service d'aide médicale urgente

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

UMJ. Unité médico-judiciaire

URPS. Union régionale des professionnels de santé

ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2018

Bonjour, bienvenue sur le questionnaire sur la Permanence Des Soins Ambulatoires pour l'enquête 2018. Nous vous remercions par avance pour le temps consacré à le compléter. En cas de difficultés pour le compléter, vous pouvez contacter Alice Ravanello, chargée d'études au CNOM par mail : ravanello.alice@cn.medecin.fr

DÉPARTEMENT :

I. LES EVOLUTIONS DU CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL DE LA PDS ET DE SA DÉCLINAISON DÉPARTEMENTALE

1. Modification de l'organisation de la PDS en 2017	OUI	NON
a. Y a-t-il eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2018 ?		
b. Si oui, lesquelles ?		
c. S'il y a eu des modifications de l'organisation de la PDS en 2018, ont-elles fait l'objet d'un avenant au cahier des charges (arrêté de l'ARS) ?		

2. Consultation du CDOM par l'ARS	OUI	NON
a. En 2018, votre conseil départemental a-t-il été associé par l'ARS à l'évolution de l'organisation de la PDS ?		
b. Sur quel(s) sujet(s) ? Pour quel(s) résultat(s) ?		

3. Organisation de la PDS	OUI	NON
a. 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 ?		
b. Si non pourquoi ? En quoi est-elle différente de l'organisation inscrite dans le cahier des charges ?		

II LA PDS SUR LE TERRAIN EN 2018

1. L'organisation de la régulation médicale	OUI	NON
a. L'organisation de la régulation libérale dépend-elle d'une organisation exclusivement départementale ?		
b. La régulation médicale de la PDS dans votre département dispose-t-elle d'un numéro d'appel spécifique différent du 15, du 116-117 et du numéro d'association de type SOS Médecins ? ³⁴		
c. Le numéro 116-117 dédié à la régulation médicale est-il en place dans votre région ?		
d. Si oui qu'en pensez-vous ?		
e. Si non, y seriez-vous favorable ? Pourquoi ?		

2. La participation des médecins à la régulation médicale	OUI	NON
a. Combien de médecins libéraux installés participent à la régulation libérale ?		
b. A part les médecins libéraux installés, est-ce que des retraités, des salariés, des remplaçants participent à la régulation libérale des appels de PDSA ?		
c. Si oui combien ?		
d. La régulation déportée (depuis son domicile ou son cabinet) est-elle en pratique utilisée par des régulateurs libéraux ?		

³⁴ Il peut s'agir d'un numéro départemental ou régional.

3. L'effecteur fixe sur sites dédiés et identifiés par le cahier des charges comme assurant la PDS (maisons médicales de garde, caps, centres de consultations de SOS Médecins ou d'autres associations...).	OUI	NON
a. En existe-t-il dans votre département ?		
b. Si oui combien ?		
c. Combien de territoires de PDS couvrent-ils ?		

	OUI	NON
d. Les patients peuvent-ils, dans la pratique, accéder aux sites dédiés sans régulation médicale préalable ?		
e. Existe-t-il des systèmes permettant d'acheminer vers l'effecteur fixe des patients mobilisables ne disposant pas d'un moyen de transport ?		
f. Si oui, lesquels ?		
g. Sur les territoires couverts par ces lieux d'effecteur fixe, existe-t-il des dispositifs de prise en charge des visites incompressibles ?		
h. Si oui, lesquels ?		

4. L'effecteur sur les territoires où n'existent pas de sites dédiés	OUI	NON
a. Le médecin qui assure la PDS à son cabinet (effecteur fixe) est-il amené à effectuer des visites à domicile ³⁵ (hors établissement des certificats de décès) ?		

5. L'effecteur mobile	OUI	NON
a. Existe-t-il des effecteurs exclusivement mobiles ?		
b. Si oui développez (horaires d'intervention, territoires et secteurs couverts,...)		

³⁵ Votre réponse peut inclure les associations de type SOS Médecins dès lors qu'elles sont identifiées comme effecteur de la PDS dans le cahier des charges.

6. L'effectation en fonction du créneau horaire

En soirée (20H00 - minuit)

a. Combien y a-t-il de territoires au 31 décembre 2018 ³⁶ ?	
b. Dans combien de territoire la PDS est-elle assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé ?	
c. Dans combien de territoires la prise en charge des patients relevant de la PDS est-elle assurée par les services des Urgences ?	

En journée, les week-ends et jours fériés

d. Combien y a-t-il de territoires au 31 décembre 2018 ³⁷ ?	
e. Dans combien de territoire la PDS est-elle assurée par des médecins effecteurs libéraux ou par des salariés de centres de santé ?	
f. Dans combien de territoires la prise en charge des patients relevant de la PDS est-elle assurée par les services des urgences ?	

En nuit profonde (minuit - 8H00)

	OUI	NON
g. Le cahier des charges régional prévoit-il l'arrêt de la permanence des soins à minuit dans l'ensemble de votre département ?		
h. Si non, combien de territoires d'effectation de nuit profonde sont-ils maintenus ?		
i. Dans combien de ces territoires une offre de soins libérale est-elle présente ?		

³⁶ Comme les années précédentes, on prend pour base en cas de sectorisation saisonnière, la saison comportant le nombre le plus important de territoires.

³⁷ Comme les années précédentes, on prend pour base en cas de sectorisation saisonnière, la saison comportant le nombre le plus important de territoires.

7. Activités ou informations connectées à la PDS	OUI	NON
a. L'organisation des examens des gardés à vue repose-t-elle pour tout ou partie du département sur le médecin de la PDS ?		
b. Si non, quel est le mode d'organisation ?		
c. L'établissement des certificats de décès repose-t-il sur tout ou partie du département sur le médecin de PDS ?		
d. La nouvelle réglementation a-t-elle facilité les choses		
e. Existe-t-il des dispositifs spécifiques dans les EHPAD ?		
f. Si oui, quelles solutions avez-vous envisagées ?		
g. A part les médecins libéraux installés, est-ce que des retraités, des salariés, ou des remplaçants participent à la PDS en leur nom, dans le cadre d'une convention avec l'ARS ³⁸ ?		
h. Si oui, combien ?		
i. Si oui, ont-ils pu obtenir une CPS pour cet exercice ?		

III PDS ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

1. La participation des médecins à la PDS

a. Quel est le pourcentage de médecins participant à la permanence des soins ?		
b. Combien y a-t-il de territoires dans lesquels le nombre de médecins volontaires pour la PDS est ≤ à 10 ?		
c. Combien y a-t-il de territoires dans lesquels le nombre de médecins volontaires pour la PDS est ≤ à 5 ?		
	OUI	NON
d. Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter des tableaux en 2018 ?		

³⁸ Cf. circulaire CNOM - N° 2012-092

e. Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDS en 2018 ?		
--	--	--

IV Aspects QUALITATIFS ET PROSPECTIFS

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

- a. Qui élabore le tableau de PDSA pour les médecins effecteurs et les médecins régulateurs ?

	L'ADOPS	Le CDOM	L'ADOPS et le CDOM en collaboration
Effecteurs			
Régulateurs			

- b. Développez si nécessaire
- c. Estimez-vous que la permanence des soins fonctionne bien dans votre département ?
- Oui
 Non
- d. Pourquoi ?
- e. Quelles mesures devraient être envisagées selon vous pour améliorer la situation ?

2. La communication au grand public des dispositifs de PDS

- a. Y a-t-il eu, en 2018, des actions de communication vers le grand public à propos de l'utilisation du dispositif de PDS ?
- Oui
 Non
- b. Si oui, lesquelles ?

3. Prospectives

- a. 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) ?
Développez si nécessaire
- Oui
 Non
- b. Pensez-vous qu'à l'avenir les horaires de permanence des soins devraient être étendus au samedi matin ? *Développez si nécessaire*
- Oui
 Non
- c. La fusion des régions a-t-elle ou va-t-elle entrainer de nouvelles organisations de la PDS ?
Développez si nécessaire
- Oui
 Non
- d. Y a-t-il d'autres aspects d'évolutions de la PDS que vous souhaitez aborder ?

- Oui
- Non

e. Si oui lesquels ?

4. Plaintes éventuelles

a. Votre conseil a-t-il reçu des plaintes ou des doléances portant sur la régulation ou l'effecton de la PDS ?

- Oui
- Non

b. Si oui lesquelles ?

5. Suggestions

Souhaitez-vous apporter des informations complémentaires concernant la PDS qui n'ont pas été abordées au cours de ce questionnaire