

**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 2019**





## Remerciements

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

- L'ensemble des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins qui, cette année encore, ont participé à l'enquête nationale sur la PDSA et ont de nouveau rendu possible ce travail ;
- L'ensemble des membres de la Commission PDSA, qui ont permis, dans le cadre des différentes rencontres, d'alimenter les réflexions et d'enrichir ce rapport ;
- La CNAM, dont les données précieuses permettent chaque année d'enrichir l'état des lieux ;
- SAMU-Urgences de France sans qui l'enquête menée auprès des CRRA-15 n'aurait pas pu être réalisée ;
- L'ensemble des médecins responsables de MMG ayant accepté de participer à l'enquête exploratoire sur le fonctionnement de ces structures. Ils se sont montrés particulièrement disponibles et soutenant à la réalisation de ce travail ;
- Les ADOPS sollicitées qui ont bien voulu communiquer leurs données d'activité et qui ont ainsi permis d'enrichir considérablement cet état des lieux ;
- Les Agences régionales de santé ayant répondu aux diverses sollicitations et ayant permis d'enrichir, de vérifier et/ou d'objectiver certaines des données du présent rapport.

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>4</b>
<b>I. Méthodologie</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Enquête menée auprès des CDOM</b> .....	<b>7</b>
1.1. Conception de l'enquête.....	7
1.2. Recueil des données.....	7
1.3. Limites de l'enquête .....	8
<b>2. Enquête sur la régulation libérale au sein des plateformes de régulation</b> .....	<b>8</b>
2.1. Objectif de l'enquête.....	8
2.2. Recueil des données.....	8
2.3. Limites.....	8
<b>3. Enquête exploratoire sur le fonctionnement des MMG</b> .....	<b>9</b>
3.1. Objectifs de l'enquête.....	9
3.2. Caractéristiques de l'échantillon .....	9
<b>4. Exploitation de données existantes</b> .....	<b>9</b>
4.1. Données exploitées.....	9
4.2. Calcul du taux de participation des médecins à la PDSA .....	10
4.3. Limites des données présentées .....	10
a. Données CNAM.....	10
b. Données Ordigard .....	10
<b>II. Introduction</b> .....	<b>11</b>
<b>III. Résultats de l'enquête</b> .....	<b>13</b>
<b>1. Évolutions de l'organisation de la PDSA en 2019</b> .....	<b>13</b>
1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM .....	13
1.2. Révision des cahiers des charges : une évolution pour 10 régions en 2019.....	15
a. Réforme territoriale : un cahier des charges unique pour toutes les nouvelles régions .....	15
b. Révision des cahiers des charges au sein des autres régions .....	16
<b>2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2019</b> .....	<b>17</b>
2.1. La régulation médicale .....	17
a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA .....	18
b. Déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA : le point de vue des CDOM.....	19

c.	Déploiement du 116-117 : où en est-on en 2019 ? .....	20
d.	Un système de prise de rendez-vous pour les soins non programmés de jour adossé à la régulation du 116-117 dans le Bas-Rhin.....	23
e.	Prévalence des actes non-régulés .....	23
f.	Participation des médecins libéraux à la régulation médicale.....	26
g.	Front de garde de la régulation libérale.....	29
h.	Données d'activité de la régulation médicale .....	31
i.	Rémunération de la régulation .....	31
2.2.	L'effectif.....	33
a.	Une tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA .....	33
b.	Prévalence des « zones blanches ».....	34
c.	Effectif fixe : poursuite du développement des sites dédiés .....	38
d.	Fonctionnements et problématiques des maisons médicales de garde et points fixes en 2019 : une étude exploratoire.....	40
e.	Système d'acheminement des patients vers l'effectif fixe .....	45
f.	Effectif mobile et prise en charge des visites incompressibles .....	46
g.	Rémunération de l'effectif .....	48
2.3.	Modification des horaires de permanence des soins .....	49
a.	Extension des horaires de PDSA au samedi matin .....	49
b.	Horaires adaptés en soirées .....	52
2.4.	La participation des médecins à la permanence des soins.....	53
a.	Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA.....	53
b.	Couverture des territoires de PDS .....	55
c.	Profil des médecins de garde.....	56
d.	Remplacement .....	57
e.	Exemption et réquisitions.....	58
2.5.	Initiatives innovantes en 2019 .....	59
a.	Le « MOLDU » : structurer l'offre de soins entre les urgences et la ville .....	59
b.	Enquête de notoriété sur la PDSA : questionner la population pour améliorer l'organisation de la PDSA.....	60
<b>3.</b>	<b>Prises en charge en EHPAD et réalisation des actes médico-administratifs dans le cadre de la PDSA .....</b>	<b>60</b>
3.1.	La PDSA en EHPAD : une problématique qui demeure peu traitée.....	60
3.2.	Élaboration des certificats de décès .....	61
3.3.	Examen des gardés à vue.....	62
<b>4.</b>	<b>Rôle et activité des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins .....</b>	<b>63</b>
4.1.	Tableau de garde .....	64

a.	Élaboration .....	64
b.	Utilisation des logiciels Ordigard et P-Gard.....	65
4.2.	Plaintes et courriers reçus .....	65
4.3.	Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins .....	66
<b>5.</b>	<b>Permanence des soins spécialisés .....</b>	<b>66</b>
<b>6.</b>	<b>Partenariat ville-hôpital .....</b>	<b>67</b>
<b>7.</b>	<b>Constats et perspectives .....</b>	<b>68</b>
7.1.	Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux .....	69
7.2.	Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux .....	70
<b>IV.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>72</b>
<b>V.</b>	<b>Index des illustrations .....</b>	<b>73</b>
1.	Index des tableaux .....	73
2.	Index des graphiques.....	73
3.	Index des illustrations.....	74
4.	Index des cartographies .....	74
<b>VI.</b>	<b>Sigles utilisés .....</b>	<b>75</b>
<b>VII.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>76</b>
	Tableau du front de garde de régulation libérale réalisé à partir des cahiers des charges régionaux de la PDSA.....	76
	Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA .....	80
	Présentation intégrale du dispositif MOLDU .....	82
	Liste des MMG intégrées à l'enquête qualitative exploratoire .....	83
	Questionnaire PDSA 2019 soumis aux CDOM.....	84
	Synthèse des principaux résultats.....	95

# I. Méthodologie

L'état des lieux national sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été réalisé à partir de différents travaux : une enquête transversale récurrente menée auprès des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), une enquête menée auprès de l'ensemble des Centres de réception et de régulation des appels du 15 (CRRRA 15) et de certaines Associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS), une enquête qualitative exploratoire auprès de médecins responsables de Maisons médicales de garde (MMG), l'exploitation de données existantes (Ordigard, CNAM, données d'activité d'associations de PDSA) ainsi que l'étude des cahiers des charges régionaux de la PDSA complétée par des contacts auprès des Agence Régionales de Santé (ARS).

## 1. Enquête menée auprès des CDOM

---

### 1.1. Conception de l'enquête

---

L'état des lieux s'appuie en grande partie sur les résultats du 17<sup>ème</sup> volet d'une enquête transversale récurrente conçue et réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Celle-ci a pour objectif de faire un état des lieux annuel sur la permanence des soins ambulatoires en France en s'attachant à identifier les diverses organisations mises en place ainsi que les principales problématiques rencontrées. En réitérant l'enquête tous les ans, le CNOM entend identifier les grandes tendances touchant à l'évolution de la permanence des soins ambulatoires dans le temps.

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

Le questionnaire comportait 74 items (dont 39 sous-questions) répartis au sein de 4 volets distincts (Cf. annexes) :

- Les évolutions du cahier des charges régional de la PDSA et de sa déclinaison départementale ;
- La PDSA sur le terrain en 2019 ;
- La PDSA et le fonctionnement du conseil départemental ;
- Les aspects qualitatifs et prospectifs de la PDSA.

### 1.2. Recueil des données

---

L'enquête a été diffusée par courriel le 18 novembre 2019 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 13 décembre 2019. Deux relances successives ont été réalisées auprès des non-répondants les 2 et 16 décembre, un délai supplémentaire a été accordé, repoussant la clôture de l'enquête au 20 décembre. Au total, 102 CDOM<sup>1</sup> ont participé.

---

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

### **1.3. Limites de l'enquête**

---

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

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.

## **2. Enquête sur la régulation libérale au sein des plateformes de régulation**

---

### **2.1. Objectif de l'enquête**

---

Une enquête quantitative complémentaire a été menée auprès des médecins directeurs de SAMU en partenariat avec Samu-Urgences de France et complétée par une enquête auprès des médecins responsables d'ADOPS des départements expérimentateurs du 116-117 (soit les départements des régions de Corse, Normandie et Pays-de-la-Loire).

L'objectif était de produire des données objectives et fiables sur la participation des médecins libéraux à la régulation des actes de PDSA (au CRRA-15 et en plateformes dédiées) et d'objectiver le traitement des appels en horaires de PDSA au niveau national. Le questionnaire a été construit à partir de 4 grands axes :

- Dénombrement du front de régulation en fonction des créneaux horaires de PDSA ;
- Ventilation du traitement des appels de PDSA ;
- Difficultés éventuelles en aval de la régulation ;
- Développement de la pratique de téléconsultation pour la PDSA au sein de ces plateformes.

### **2.2. Recueil des données**

---

L'enquête n'a pu être diffusée par courriel que le 20 janvier 2020 auprès de l'ensemble médecins directeurs de SAMU sous forme de questionnaire auto-administré à renvoyer par courriel. Le délai octroyé pour le retour des questionnaires était fixé au 24 janvier 2020. Au total, 29 CRRA-15 ont participé, soit un taux de réponse de 28%, ce qui peut sembler satisfaisant au regard du délai imposé aux répondants.

L'enquête parallèle auprès des ADOPS a été diffusée par courriel le 6 janvier 2020 auprès de l'ensemble médecins directeurs de SAMU sous forme de questionnaire auto-administré à renvoyer par courriel. Le délai octroyé pour le retour des questionnaires était fixé au 17 janvier 2020. Au total, 4 des 12 ADOPS sollicitées ont participé, soit un taux de réponse de 33%.

### **2.3. Limites**

---

Certaines questions n'ont pas pu être traitées au regard de l'incomplétude des données recueillies, c'est notamment le cas des données relatives au front de garde et à la ventilation du traitement des appels de PDSA.

### **3. Enquête exploratoire sur le fonctionnement des MMG**

---

#### **3.1. Objectifs de l'enquête**

---

Parallèlement à l'enquête quantitative menée auprès des CDOM, une enquête qualitative par entretiens semi-directifs à visée exploratoire a été réalisée auprès des médecins responsables de MMG.

L'objectif était d'appréhender le fonctionnement réel de ces structures dans leur diversité, selon le type de territoire (urbain/rural), le lieu d'implantation (intra-extrahospitalier), la présence d'associations de type SOS-Médecins, le niveau de fragilité du système de PDSA en place (opérationnel ou en difficulté). La grille d'entretien a été construite à partir de 4 grands axes :

- Les modalités organisationnelles de la structure ;
- La question du flux de patients et le sentiment concernant le niveau d'activité de la structure (trop ou pas assez de patients) ;
- Les liens avec l'hôpital (SAMU et structures d'urgences hospitalières plus particulièrement) ;
- La politique concernant la régulation médicale préalable à l'accès à la MMG.

#### **3.2. Caractéristiques de l'échantillon**

---

En l'absence de données actualisées sur les caractéristiques des MMG existantes (localisation, bassin de population desservi, type de territoire, nombre de médecins volontaires, etc.), il n'a pas été possible de construire un échantillon représentatif. À défaut, il a été construit de manière à intégrer plusieurs régions françaises, des secteurs urbains et ruraux et des lieux d'implantations divers de manière à couvrir le plus large éventail de configurations possibles.

Au total, 21 entretiens ont été réalisés auprès de médecins responsables de MMG. Ces entretiens, à visée exploratoire, ne prétendent en aucun cas à l'exhaustivité. Les observations qui en sont tirées doivent donc être considérées avec précaution. Elles permettent une première appréhension de la diversité des modes organisationnels et des problématiques propres à ces structures mais n'autorisent pas à en tirer quelques généralisations ou conclusions valables au niveau national. Une enquête ultérieure auprès d'une part significative de ces structures pourrait permettre de quantifier et d'objectiver les observations tirées de cette première analyse exploratoire.

### **4. Exploitation de données existantes**

---

#### **4.1. Données exploitées**

---

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

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.

## 4.2. Calcul du taux de participation des médecins à la PDSA

---

Le calcul du taux de participation des médecins à la PDSA a été réalisé à partir des données d'activité d'Ordigard qui ont l'avantage de répondre aux exigences relatives à la définition de la population de médecins susceptibles de participer à la PDSA et de porter sur l'année 2019. Elles permettent également d'établir un taux de participation à partir de données homogènes et comparables au niveau national. La limite reste cependant le manque d'exhaustivité de ces données puisqu'elles portent sur 89 départements.

Le mode de calcul définit a été le suivant :

- *Médecins ayant participé à la PDSA en 2019 (numérateur)* : médecins ayant été inscrits à au moins une garde (effectif et/ou régulation) au cours de l'année 2019 en tant que titulaire ou remplaçant et ayant ou non réalisé une garde ;
- *Médecins susceptibles de participer à la PDSA en 2019 (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 régulateur, une activité de remplacement libéral, une activité en centre de santé. Les médecins exemptés sur l'ensemble de la période apparaissant dans cette base ont été exclus.

## 4.3. Limites des données présentées

---

### a. Données CNAM

Les données de la CNAM ne portent pas sur l'année 2019 mais sur l'année 2018. Ce décalage temporel ne permet pas la mise en regard à un instant  $t$  des données de l'enquête et des données issues de cette base. Elles permettent cependant d'établir un ordre de grandeur de référence, sachant que le type de données présentées reste relativement stable d'une année sur l'autre.

### b. Données Ordigard

Le CNOM a créé Ordigard, un logiciel de gestion des tableaux de garde à destination des CDOM couplé au logiciel P-Gard qui facilite et accélère la procédure de paiement des forfaits d'astreintes par les caisses primaires d'assurance maladie. Les données d'activité recueillies par ces logiciels et exploitées dans ce rapport permettent notamment d'établir le profil des médecins de garde. Utilisées pour le financement du dispositif, elles peuvent être considérées comme particulièrement fiables. Cependant, bien qu'une grande majorité des CDOM y ait adhéré, elles présentent la limite de ne pas être exhaustives. Au 31 décembre 2019, 89 conseils départementaux sur 101 ont utilisé Ordigard couplé à P-Gard<sup>2</sup> sur l'année complète.

---

<sup>2</sup> En 2019, sur 101 départements : 6 n'utilisaient aucun des deux logiciels, 95 utilisaient Ordigard et 92 utilisaient Ordigard couplé à P-Gard. Parmi ces 92 départements, 89 l'ont utilisé sur l'ensemble de l'année 2019 (3 y ont adhéré en cours d'année). Les 12 départements non représentés par la base Ordigard/P-Gard pour l'ensemble de l'année 2019 étaient : l'Aude, la Creuse, la Lozère (adhérents en cours d'année), le Calvados, la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire, la Mayenne, la Seine-Maritime, la Vendée, la Guadeloupe, Mayotte et la Guyane.

## II. Introduction

Le CNOM présente, pour la 17<sup>ème</sup> année consécutive, un état des lieux de la Permanence des soins ambulatoires (PDSA), principalement alimenté par l'enquête menée auprès des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM). Renouvelée chaque année, cette étude permet de suivre dans le temps l'évolution des modalités organisationnelles de la PDSA et d'en saisir les principales tendances. Elle a également pour objectif d'identifier les problématiques rencontrées et d'en dégager des pistes d'amélioration. En effet, les CDOM ont un rôle clé dans l'organisation de la PDSA et peuvent faire émerger, par leur expérience et leur connaissance du terrain, des propositions d'amélioration en lien avec les différents acteurs impliqués au niveau local.

La dynamique de changement engagée en 2018 se poursuit en 2019. Ces évolutions ont principalement concerné des modulations des plages horaires de la PDSA, la sectorisation et le renforcement de la régulation libérale. Les grandes tendances observées les années précédentes se poursuivent en 2019 : réduction du nombre de territoires de PDSA, développement de l'effectif fixe et élargissement de la régulation libérale au samedi matin. En termes de couverture territoriale, la part de « zones blanches » en nuit profonde s'est stabilisée en 2019, a légèrement augmenté en soirées de semaine et diminué les week-ends et jours fériés. À contrario, cette année encore, aucune évolution n'a pu être constatée concernant l'organisation de la PDSA au sein des EHPAD et ce, malgré les constats alarmistes incessamment présentés par les divers rapports sur le sujet. La situation a parallèlement tendance à s'aggraver avec la toujours plus grande dépendance et fragilisation de cette population et l'insuffisance constatée de personnel médical et paramédical au sein des EHPAD. Face à une telle réalité, les constats ne peuvent plus suffire, il semble primordial de passer enfin aux actes.

La participation des médecins à la PDSA demeure fragile. Bien que l'on puisse observer une hausse précaire du nombre de médecins régulateurs libéraux (exclusivement liée à la hausse de la participation des médecins retraités, salariés ou remplaçants) ainsi qu'une légère baisse du nombre de territoires couverts par moins de 5 médecins volontaires (résultante possible des resectorisations), il apparaît toutefois que le taux de participation des médecins à la PDSA a baissé au niveau national. Le manque de médecins demeure le principal facteur de fragilisation de l'organisation de la PDSA identifié par les CDOM, qu'il soit lié à la démographie médicale (faiblesse de la densité médicale et vieillissement des médecins en exercice) ou à la démobilisation des médecins libéraux. Les modalités organisationnelles (resectorisations, facteurs géographiques et manque de moyens) ont également pu être soulevées comme facteurs fragilisant l'organisation de la PDSA.

En 2019, l'état des lieux a également intégré une enquête exploratoire auprès des médecins responsables de MMG. Ces structures apparaissent comme un mode d'organisation privilégié de la PDSA pour une grande partie des territoires et leur nombre, en constante augmentation depuis plusieurs années, devrait encore s'accroître davantage avec la mise en place du pacte de refondation des urgences. Face à un tel constat et en l'absence d'état des lieux récent sur le sujet, il a semblé nécessaire de questionner les organisations de ces structures pour appréhender les modes de fonctionnement dans leur plus grande diversité, repérer les problématiques rencontrées par les professionnels et identifier les facteurs favorisant leur bon fonctionnement. Plusieurs observations ont pu être tirées de ces entretiens : l'existence de modèles organisationnels d'une grande hétérogénéité, reflet de

l'autonomie laissée aux acteurs ; des horaires d'ouverture variables, en cohérence avec l'activité observée ; une opinion nuancée des médecins responsables sur les bénéfices d'une implantation au sein d'un hôpital ; des modalités d'accès variables allant du tout régulation à l'accès direct quasi-exclusif ; la problématique de suractivité liée à l'absence de couverture de certains secteurs conduisant à un report des demandes sur les MMG, un périmètre élargi de prise en charge toutefois non considéré lors de l'attribution des lignes de garde.

### III. Résultats de l'enquête

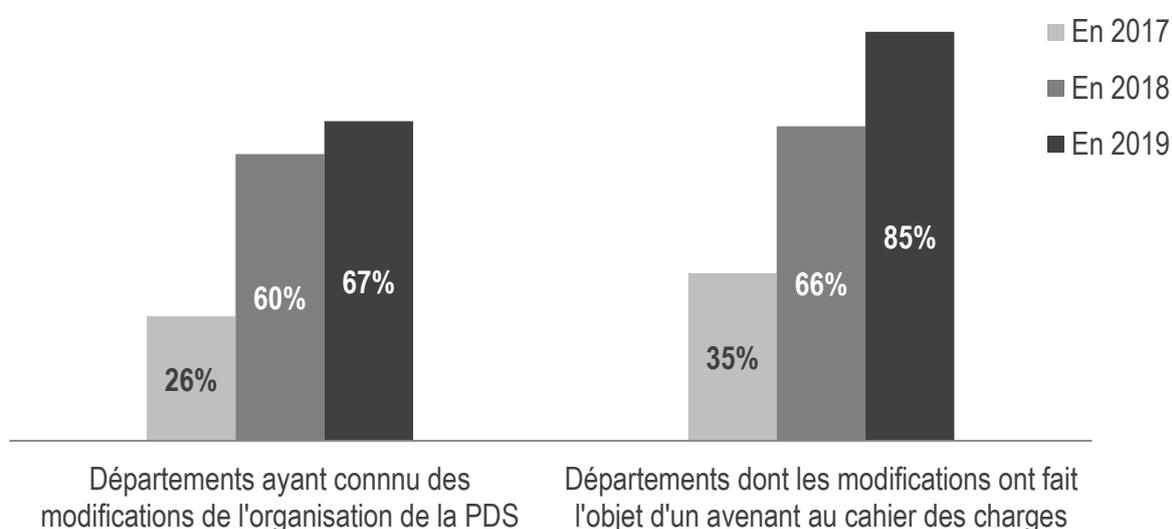
#### 1. Évolutions de l'organisation de la PDSA en 2019

##### 1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM

Bien que deux-tiers des départements aient connu une évolution de l'organisation de la PDSA l'année passée, elle a de nouveau fait l'objet d'ajustements sur une grande partie du territoire au cours de l'année 2019. En effet, sur l'ensemble des 101 CDOM interrogés, plus de deux sur trois ont fait part de changements organisationnels de la PDSA en 2019 au niveau de leur département, c'est 7% de plus qu'en 2018 (Cf. Graphique 1). Parmi eux, 88% ont déclaré avoir été associés par l'ARS à l'évolution de l'organisation de la PDSA. À l'inverse, certains CDOM ont témoigné de difficultés tenant aux relations avec les instances décisionnaires, comme l'Aveyron qui fait part d'un désinvestissement de l'ARS sur le sujet, l'Indre ou la Savoie qui soulèvent que les décisions sont trop souvent déconnectées de la réalité de terrain ou encore le Finistère qui émet le souhait d'une amélioration de la communication entre les différents acteurs.

Les évolutions organisationnelles notées en 2019 ont fait l'objet d'une révision du cahier des charges ou d'un avenant pour 85% des départements concernés, soit 19% de plus qu'en 2018 (sur ce point voir *Partie 1.2* du présent rapport).

**Graphique 1** – Évolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2017 et 2019



Source : CNOM, Enquêtes PDSA 2017, 2018 et 2019

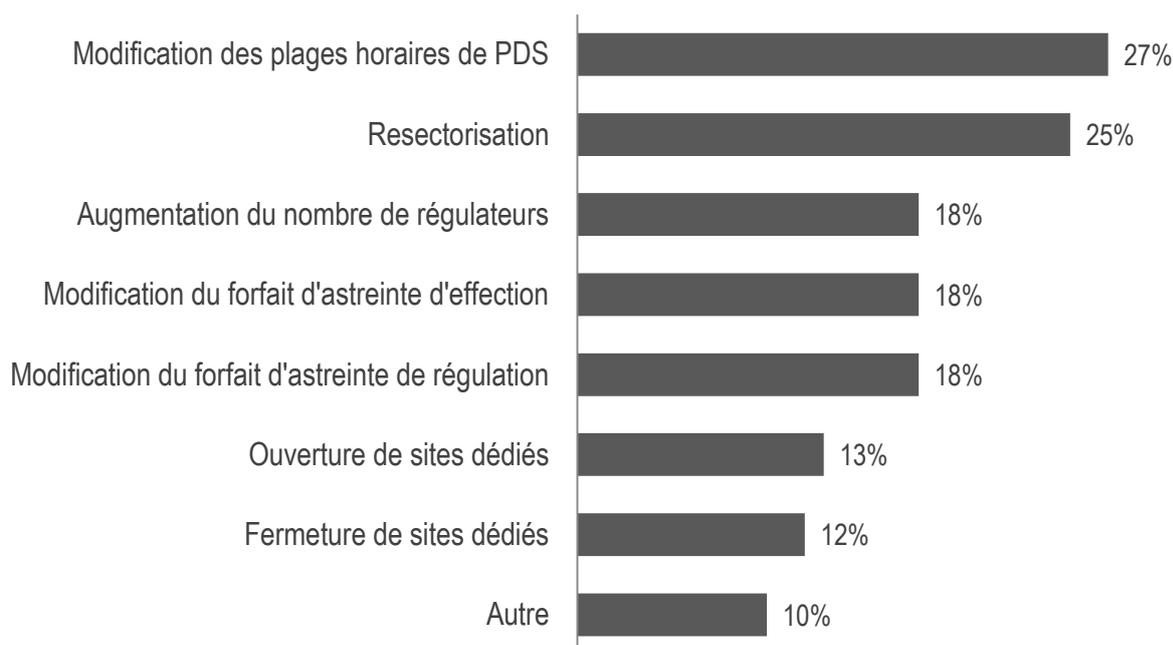
Les ARS des régions Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur pouvaient user, à titre expérimental sur une durée de deux ans (de 2017 à 2019), d'un droit de dérogation au dernier alinéa de l'article R. 6315-6 du code de la santé publique reconnu au Directeur Général de l'ARS<sup>3</sup>. L'objectif était de lui permettre de modifier le cahier des charges de la PDSA sans disposer des avis de certaines instances afin de

<sup>3</sup> Décret n° 2017-1862 du 29 décembre 2017.

mettre rapidement en œuvre les mesures souhaitées. Selon les CDOM des régions concernées, l'ARS aurait utilisé ce cadre dérogatoire dans 40% des cas en 2019<sup>4</sup>, il est possible de penser qu'elles l'aient fait pour des modifications mineures, faisant consensus auprès des différents acteurs (ce procédé servant uniquement l'accélération du processus administratif de modification du cahier des charges). Il est d'ailleurs à noter que sur 7 des 8 départements au sein desquels le cadre dérogatoire a été utilisé, les CDOM ont déclaré avoir été associés par l'ARS à l'évolution de l'organisation de la PDSA. Le décret n° 2019-1434 du 23 décembre 2019 a mis fin à cette expérimentation pour la PDSA à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 et l'a prolongé sur d'autres sujets jusqu'au 30 juin 2021.

Les évolutions organisationnelles ont concerné, par ordre d'importance, la modification des plages horaires de la PDSA – arrêt de la nuit profonde, suppression de plages horaires en soirée, élargissement des horaires de PDSA au samedi matin – l'ajustement territorial des secteurs de PDSA par resectorisation, le renforcement de la régulation libérale, la modification des forfaits d'astreintes d'effectif et/ou de régulation et l'ouverture et/ou la fermeture de sites dédiés (Cf. Graphique 2).

**Graphique 2** – Part des départements concernés par des changements organisationnels de la PDSA au cours de l'année 2019



Source : CNOM, Enquête PDSA 2019

Par ailleurs, un CDOM sur cinq a déclaré que l'organisation de la PDS n'était pas réellement mise en œuvre telle que formalisée dans le cahier des charges et ses avenants. Les écarts entre le cahier des charges et la réalité tiennent principalement à l'absence de couverture libérale sur certains territoires par manque de médecins effecteurs et régulateurs sur certains créneaux (notamment le samedi matin), à des sites dédiés non-opérants ou à des resectorisations non-encore officialisées.

<sup>4</sup> Soit 8 départements sur 20 concernés. À noter que 25% des CDOM n'ont pas su répondre.

## 1.2. Révision des cahiers des charges : une évolution pour 10 régions en 2019

### a. Réforme territoriale : un cahier des charges unique pour toutes les nouvelles régions

Dans le cadre de la réforme territoriale, les nouvelles régions Occitanie et Grand-Est ont procédé à une fusion de leurs anciens cahiers des charges. Il s'agissait des deux dernières nouvelles régions à avoir encore des cahiers des charges non harmonisés. Ainsi, en 2019, toutes les nouvelles régions possèdent un cahier des charges unique en cohérence avec le périmètre qu'elles représentent.

- La refonte du cahier des charges de la région **Grand-Est** a porté sur une harmonisation des organisations des anciennes régions, elle définit également une modélisation financière graduée de l'effectif en vue d'inciter au regroupement des secteurs. Il prévoit par ailleurs le maintien de la PDSA en nuit profonde ainsi que le recours au médecin de garde pour établir les certificats de décès en cas d'indisponibilité du médecin traitant.
- Pour la région **Occitanie**, un nouveau cahier des charges de la PDSA a été élaboré suite à la fusion des ex-régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. Il définit un socle organisationnel commun tout en tenant compte des caractéristiques et spécificités locales en conférant à chaque département la liberté d'organiser la PDSA dans le respect du périmètre régional donné. Pour cela, l'enveloppe budgétaire régionale est annuellement répartie entre les départements sur la base des spécificités locales, répondant aux exigences d'équité territoriale. Au niveau régional, la PDSA en nuit profonde est maintenue pour les agglomérations, déléguée aux médecins correspondants SAMU pour les territoires situés à plus de 30 minutes d'un SMUR et non poursuivies pour les autres territoires ; le forfait d'astreinte pour l'effectif en nuit profonde a été revu à la hausse ainsi que le forfait de régulation sur les plages horaires des week-ends, jours fériés et nuits profondes.

Les 5 autres nouvelles régions avaient déjà procédé à la fusion de leurs anciens cahiers des charges au cours de l'année précédente. Pour les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Nouvelle-Aquitaine, il a de nouveau été révisé ou a fait l'objet d'un avenant en 2019 :

- En région **Auvergne-Rhône-Alpes** la révision du cahier des charges a eu lieu au dernier trimestre 2019 et a aussi bien concerné les annexes départementales que le socle régional. Elle s'est traduite par des resectorisations, par l'arrêt de la permanence des soins en semaine au sein de certains secteurs et par un renforcement de la régulation libérale (en Haute-Savoie notamment) et de l'effectif.
- En région **Bourgogne-Franche-Comté**, le cahier des charges a fait l'objet de deux arrêtés au cours de l'année 2019. Les changements ont concerné le report de la définition d'une nouvelle organisation de la PDSA en Côte-d'Or (cette nouvelle organisation, incluant notamment la mise en place de grands effecteurs mobiles, devrait être effective au 1<sup>er</sup> janvier 2020), l'officialisation de l'arrêt de PDSA en soirée sur certains secteurs de Saône-et-Loire, l'arrêt de la PDSA en nuit profonde à partir du 1<sup>er</sup> novembre sur certains secteurs dans le Doubs et sur l'ensemble du territoire de Belfort. À noter que l'organisation d'une régulation interdépartementale au niveau de l'ancienne région Bourgogne, sur le modèle de l'organisation actuelle en Franche-

Comté, n'apparaît plus comme un objectif selon l'ARS, comme cela avait pu être annoncé en 2018. Les organisations actuelles fonctionnent de manière satisfaisante et il n'apparaît pas nécessaire d'en modifier l'organisation. Seuls les départements de la Nièvre et de la Côte-d'Or ont été concernés, en 2019, par une réorganisation du système de régulation suite au transfert du CRRA 58 au CHU de Dijon fin 2018. Par ailleurs, l'arrêté mentionne l'élargissement de l'expérimentation d'une régulation libérale le samedi matin avec la mise en place de deux nouvelles lignes sur la région.

- En **Nouvelle-Aquitaine**, le cahier des charges a fait l'objet d'un arrêté au cours de l'année 2019. Celui-ci a concerné l'annexe départementale de la Dordogne et a entériné des resectorisations déjà effectives. En termes de perspectives, l'ARS a évoqué des projets d'ouverture de MMG dans le cadre du pacte de refondation des urgences, qui pourraient conduire à une revalorisation des forfaits d'effectif. L'ARS a également fait état de l'impact positif de l'ouverture des plages de régulation le samedi matin et en soirée de 19h à 20h.

Si aucune modification du cahier des charges n'a pu être observée en 2019 pour la région **Normandie**, il est cependant à noter que les changements entérinés par le cahier des charges en 2018 (relatifs aux rémunérations de l'effectif et de la régulation) ont pris effet à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019. L'élargissement de la régulation libérale au samedi matin faisait également partie des nouvelles mentions du cahier des charges et a été mise en place sur l'ensemble des départements en 2019 en dehors de la Manche par manque de ressources médicales. Des groupes de travail rassemblant l'ensemble des acteurs régionaux participants à la PDSA sont prévus en début d'année 2020 dans le cadre de l'évaluation du dispositif et de réflexions sur d'éventuels ajustements organisationnels.

Pour la région **Hauts de France** aucune modification des cahiers des charges n'a pu être observée en 2019.

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

Les régions Bretagne, Corse, Centre-Val-de-Loire, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, ont procédé à une modification de leurs cahiers des charges au cours de l'année 2019.

- En **Bretagne**, les modifications ont concerné le développement des MMG (création de sites et réorganisation des territoires par regroupement autour des MMG), une révision de la répartition des effecteurs mobiles sur le territoire ainsi qu'une revalorisation des forfaits de régulation et une évolution des forfaits de l'effectif mobile. L'ARS travaille par ailleurs à la création d'un cahier des charges pour les MMG et prévoit une communication globale sur le dispositif de PDSA en 2020.
- En **Corse**, le cahier des charges a fait l'objet d'un arrêté au cours de l'année 2019. Cet arrêté acte la création de la MMG sur le territoire du grand Ajaccio au sein des locaux du centre hospitalier et l'ajout d'une ligne de garde d'effectif sur ce territoire. Par ailleurs, il précise les modalités de garde pour les médecins effecteurs sur le territoire de la Plaine Orientale. L'arrêté fait également mention d'un élargissement des horaires de régulation libérale au samedi matin sur l'ensemble de la région.
- Concernant la région **Centre-Val-de-Loire**, une nouvelle version du cahier des charges a été validée en décembre 2019. Les évolutions confortent les organisations locales et concernent les 6 annexes départementales. Sont à noter : un renforcement

de la régulation libérale, notamment les samedis matins, des resectorisations, la modification de plages horaires de PDSA, notamment en soirées de semaine, la création et la réorganisation de MMG et la mise en place d'effecteurs mobiles.

- En région **Ile-de-France**, la révision du cahier des charges a principalement porté sur un renforcement de la régulation libérale au sein de certains départements et de leur couverture grâce à l'intégration de nouveaux projets de points fixes et à l'évolution de projets existants. Au niveau régional, les principes généraux sont demeurés inchangés.
- Le nouveau cahier des charges de la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** a entraîné une revalorisation des forfaits de régulation sur l'ensemble des créneaux horaires ainsi qu'un renforcement de la régulation pour certains départements.

Pour les 6 autres régions, aucune modification n'a été apportée au cahier des charges en 2019. Pour certaines, des modifications sont attendues au cours de l'année à venir, notamment en **Guadeloupe** dont le cahier des charges, non revu depuis plusieurs années, devrait paraître au premier trimestre 2020. C'est également le cas pour la **Guyane** où aucun changement n'a eu lieu en 2019, mais où l'année a été marquée par des négociations qui devraient donner lieu à la sortie d'un nouveau cahier des charges en janvier 2020.

En **Martinique**, des modifications ont été apportées à l'organisation de la PDSA et entérinées en CODAMUPS fin 2019, un arrêté est attendu en début d'année 2020. Les changements ont porté sur une modification des horaires de PDSA avec un arrêt en soirées de semaines pour la MMG du sud de l'île (déjà expérimenté depuis 2018 et acté en 2019) et le passage de 19h à 23h pour le créneau horaire en soirée sur le reste du territoire, aussi bien pour l'effectif que pour la régulation. Par ailleurs, une organisation spécifique a été validée pour la réalisation des certificats de décès en horaires de PDS grâce à la création d'une convention avec une association de médecins assurant ces prises en charge. Deux lignes d'effectif mobile ont également été attribuées à l'association SOS Médecins (sans rémunération associée mais défiscalisation des honoraires).

Enfin, de la même manière, la région **Pays-de-la-Loire** n'a pas connu de modification du cahier des charges mais des évolutions organisationnelles sont à noter : l'arrêt de l'expérimentation en Vendée d'un transport pour l'acheminement des patients vers le point fixe – lié à la faiblesse du nombre de demandes ainsi qu'au coût du dispositif jugé démesuré et à l'absence de cohérence avec l'organisation déjà en place puisqu'elle a été développée sur des territoires couverts par des effecteurs mobiles – et une revalorisation de la rémunération de la régulation libérale sur un département (ce point n'a pas fait l'objet d'un avenant car les rémunérations pour la régulation ne sont pas précisées dans le cahier des charges mais dans le cadre de la convention annuelle signée avec chaque ADOPS).

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

## **2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2019**

---

### **2.1. La régulation médicale**

---

Pilier de l'organisation de la PDSA, la régulation médicale est le point d'entrée du patient au sein du dispositif. Toute intervention d'un médecin de garde doit avoir lieu après une

régulation médicale téléphonique. Les travaux récents sur la définition du service d'accès aux soins (SAS), donnent à la régulation dédiée à la PDSA un rôle central allant jusqu'à préconiser son extension 24 heures sur 24 : « *Le renforcement de la régulation médicale est plus que jamais d'actualité. Ce filtre pré-hospitalier téléphonique constitue un des moyens de modérer l'accès aux services d'accueil des urgences, de réorienter les appelants vers les parcours de soins non programmés et de les conseiller. Il nécessite le développement de la permanence des soins ambulatoires téléphonique et son extension H24 qui pour l'instant n'est accessible que dans certains grands centres urbains* »<sup>5</sup>.

#### **a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA**

Pour 85% des départements, l'organisation de la régulation de la PDSA est exclusivement départementale. Dans les autres cas, il s'agit d'une organisation interdépartementale comme c'est historiquement le cas pour l'ancienne région Franche-Comté.

En 2019, les modalités d'accès à la régulation variaient d'un département à l'autre :

- Pour 43 départements, le 15 reste le seul numéro d'accès à la régulation médicale en horaire de PDSA. Pour 14 départements, il peut être disponible depuis le domicile ou le cabinet du médecin, on parle alors de « régulation déportée ». Cette organisation permet une plus grande participation des médecins, notamment en cas de contraintes géographiques particulières (lieux difficiles d'accès, secteurs très vastes, etc.) ou en appoint lors de pics prévisibles d'appels (épidémie notamment). Elle pourrait être amenée à se développer, comme préconisé dans le cadre du pacte de refondation des urgences, avec l'élargissement de la régulation 24h/24 : « *L'exigence de disponibilité des médecins régulateurs 24h/24 va imposer une évolution conceptuelle autour de cette régulation de soins non programmés ambulatoires. En effet, il semble illusoire d'imaginer que le nombre de médecins volontaires sera suffisant pour être présents au sein de la plateforme SAS 24h/24. C'est pourquoi il est préconisé de favoriser le développement de la régulation « déportée » au sein éventuellement de cabinets voire même en dehors des heures ouvrables, du domicile de certains médecins généralistes volontaires* »<sup>6</sup>.
- Le 116-117 aboutissant à un dispositif de régulation propre est effectif dans 12 départements (il s'agit des départements expérimentateurs des régions Corse, Pays-de-la-Loire et Normandie) ;
- 33 départements disposent d'un numéro départemental ou régional à 4 ou 10 chiffres donnant accès aux plateformes de régulation médicale ;
- 26 départements disposent d'un numéro d'association de type SOS Médecins pour tout ou partie du territoire.

Ces modalités d'accès à la régulation peuvent se cumuler sur un même département. Ainsi, en 2019, 47 départements cumulaient 2 numéros distincts et 12 départements 3 numéros. Par ailleurs, l'enquête a révélé que le numéro d'accès à la régulation médicale était payant dans certains départements (notamment dans la Meuse, la Moselle, la Meurthe-et-Moselle et les Vosges), ce qui apparaît contraire à l'article L6314-1 du Code de la santé publique. L'ordre des médecins s'en est inquiété auprès de l'ARS concernée.

---

<sup>5</sup> Mesnier T, Carli P., Pour un pacte de refondation des urgences, Paris, 2019.

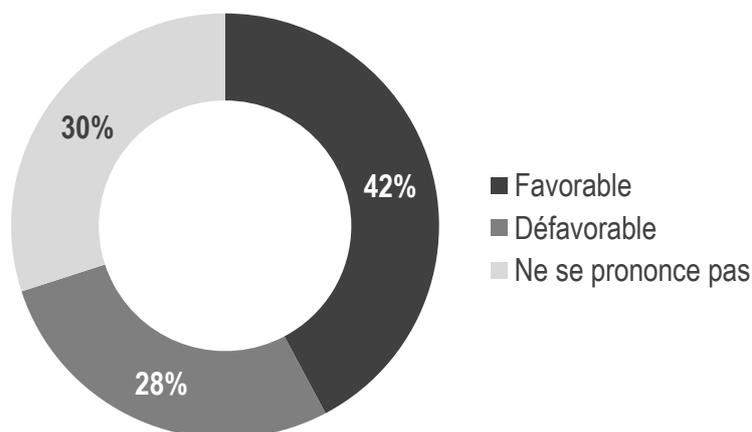
<sup>6</sup> Voir note précédente.

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

L'expérimentation du 116-117 est effective depuis 2016 au sein de 3 régions pilotes (Corse, Normandie et Pays-de-la-Loire). En 2019, les CDOM de ces régions se disent globalement favorables au déploiement d'un tel numéro. Les critiques formulées tiennent principalement au manque de connaissance et à la sous-utilisation du dispositif par la population et ce, parfois, malgré la réalisation d'une campagne de communication, comme a pu le soulever le département de l'Orne.

Les autres départements ont un avis partagé sur le déploiement d'un numéro dédié à la PDSA : 42% y sont favorables, 28% défavorables et 30% n'ont pas souhaité se prononcer (Cf. Graphique 3). Une certaine évolution de l'opinion des CDOM est à noter entre 2018 et 2019 : la part des CDOM favorables a augmentée de 8% tandis que la part de CDOM défavorables a chuté de 20 points.

**Graphique 3** – Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA en dehors des 3 régions pilotes (N = 90)



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

*Source : CNOM, Enquête PDSA 2019*

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

- Un fonctionnement opérant et satisfaisant de la régulation qu'il serait préférable de préserver. Le numéro en place (qu'il s'agisse du 15 ou d'un autre) est connu des usagers bien qu'il ait mis du temps à entrer dans les mœurs en particulier pour les numéros dédiés. Un changement pourrait entraîner une confusion auprès des patients et mettre à mal tout le travail d'assimilation déjà entrepris ;
- Une complexification du système et une perte en lisibilité pour le grand public ;
- La problématique organisationnelle liée à la mise en place d'un numéro dédié : la distinction effective entre le 15 et le numéro dédié suppose que le grand public soit en mesure de distinguer ce qui relève de l'urgence vitale ou non. Une plateforme gérant à la fois les régulations médicales d'urgences et les demandes de soins non programmés, comme c'est le cas du centre 15, permet de pallier cet écueil. Certains CDOM soulignent

ainsi l'intérêt et l'efficacité permise par les échanges entre les services du centre 15 et les médecins libéraux intégrés à la régulation du 15 et craignent que la mise en place d'un numéro dédié n'entraîne une perte de chances pour les patients.

- La crainte du manque de moyens financiers dédiés empêchant le développement de structures dédiées opérantes : *« cela compliquera encore l'existant, les patients connaissent bien le 15 et accessoirement font appel à SOS Médecins. Ensuite cela impliquera un standard dédié, éventuellement un local et tout ça avec quels moyens ? »*.

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

- Un « désencombrement » des lignes du CRRA-15 : la mise en place d'un numéro dédié permettant un premier tri entre les appels relevant de la PDSA et ceux relevant de l'AMU. Ce numéro pourrait également avoir vocation à être utilisé pour les soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets médicaux : *« Cela permettrait une identification des flux, une modulation des délais de réponse, la mise en place d'ARM exclusivement en charge de la PDSA. Par conséquent, cela sécuriserait l'AMU en réduisant le délai de décroché. Dans un second temps, cela permettrait également de mettre en place une régulation libérale autonome qui prendrait tout son sens avec le développement de CPTS en charge des demandes de soins non programmés »* ;
- Une plus grande lisibilité pour les usagers et une simplification de l'existant (notamment au sein des départements disposant actuellement de plusieurs numéros d'accès à la régulation médicale) ;
- Une uniformisation nationale de l'organisation permettant une plus grande égalité territoriale ;
- L'assurance d'un plus grand recours pour les patients qui associent le 15 aux urgences vitales uniquement ;

### **c. Déploiement du 116-117 : où en est-on en 2019 ?**

En 2018 déjà, la question du numéro national consacré à la PDSA<sup>7</sup> demeurait relativement floue. Le 116-117 avait été rendu techniquement opérationnel sur l'ensemble du territoire sans pour autant être la traduction de l'existence d'une plateforme de régulation libérale dédiée, un grand nombre de départements ayant uniquement activé ce numéro en procédant au rebasculé direct vers les plateformes de régulation du SAMU-Centre 15. Les ARS avaient alors déclaré être dans l'attente d'un arbitrage national avant de communiquer plus largement sur ce dispositif.

Une mission confiée aux Inspections générales des affaires sociales (Igas) et de l'Administration (IGA) visant à évaluer la pertinence de la création d'une plateforme commune de réception des appels d'urgence et d'un numéro unique devait permettre au gouvernement de réaliser cet arbitrage. Le rapport, rendu en octobre 2018<sup>8</sup>, présentait plusieurs scénarios relatifs au numéro unique mais préconisait, dans tous les cas, un déploiement France entière du 116-117 pour la prise en charge des soins non programmés en et hors horaires de PDSA ainsi qu'une large campagne d'information aux usagers afin de limiter efficacement le recours au 15. Ces préconisations allaient dans le sens des positions de la fédération française des médecins généralistes (MG France) et de la Confédération

---

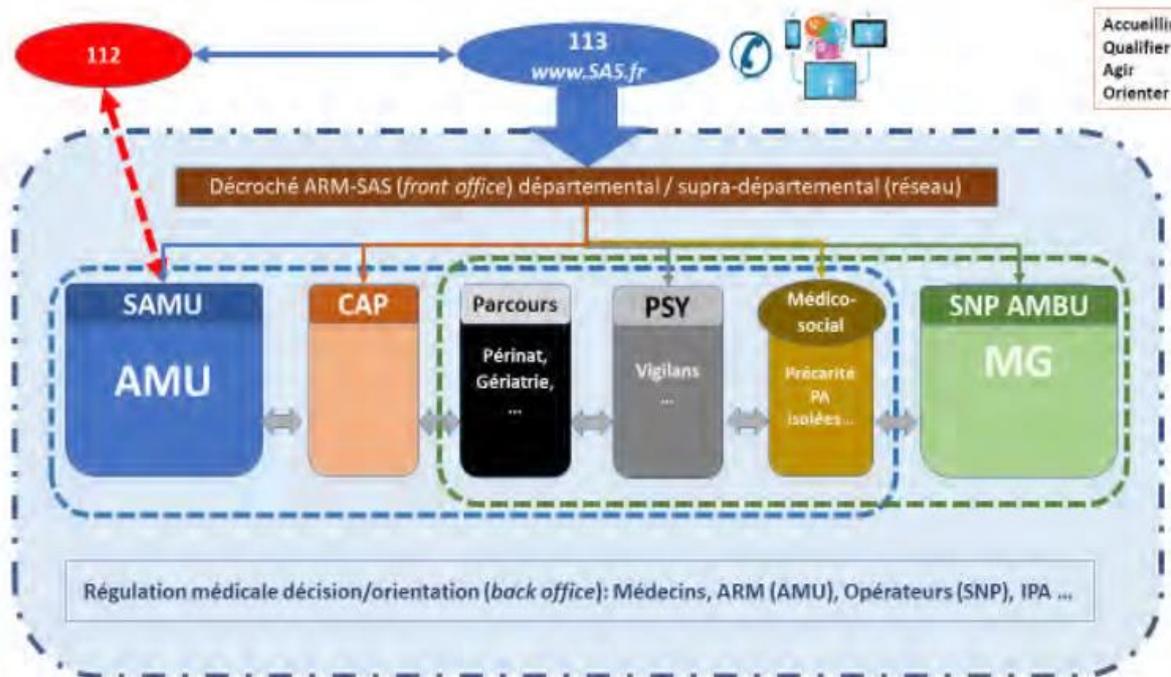
<sup>7</sup> Le numéro national spécifiquement consacré à la PDSA introduit en 2016 par la loi de modernisation du système de santé : [Loi du 26 janvier 2016 n°2016-41 de modernisation du système de santé](#).

<sup>8</sup> Rapport non publié officiellement mais rendu public par l'agence Hospimedia : [Lien vers le rapport](#).

des syndicats médicaux français (CSMF) qui insistent sur l'importance de la mise en place du 116-117, accompagnée de moyens nécessaires pour soutenir la régulation libérale.

Le déploiement du 116-117 semble cependant être remis en question suite à l'annonce du Pacte de refondation des urgences par la Ministre des Solidarités et de la Santé le 9 septembre 2019. En effet, dans le cadre de la crise des urgences survenue au cours de l'année, la Ministre a annoncé la création d'un service d'accès aux soins (SAS)<sup>9</sup> courant 2020. En ligne ou par téléphone, ce service devrait permettre, en fonction de la situation, d'obtenir un conseil médical et paramédical, de prendre rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 24 heures, de procéder à une téléconsultation, d'être orienté vers un service d'urgence ou de recevoir une ambulance. Bien que la Ministre n'ait pas encore arbitré sur le schéma retenu, la mise en place d'un numéro unique santé, le 113 (regroupant 15 et 116-117), conjointement à un numéro sécurité et secours, le 112 (regroupant le 17 et 18), semble être la piste privilégiée par les différents travaux dans le cadre de la mise en place du SAS.

**Illustration 1** – Le service d'accès aux soins projeté



Sources : Mission SAS ; Rapport Mesnier T., Carli P., 2019, p.89.

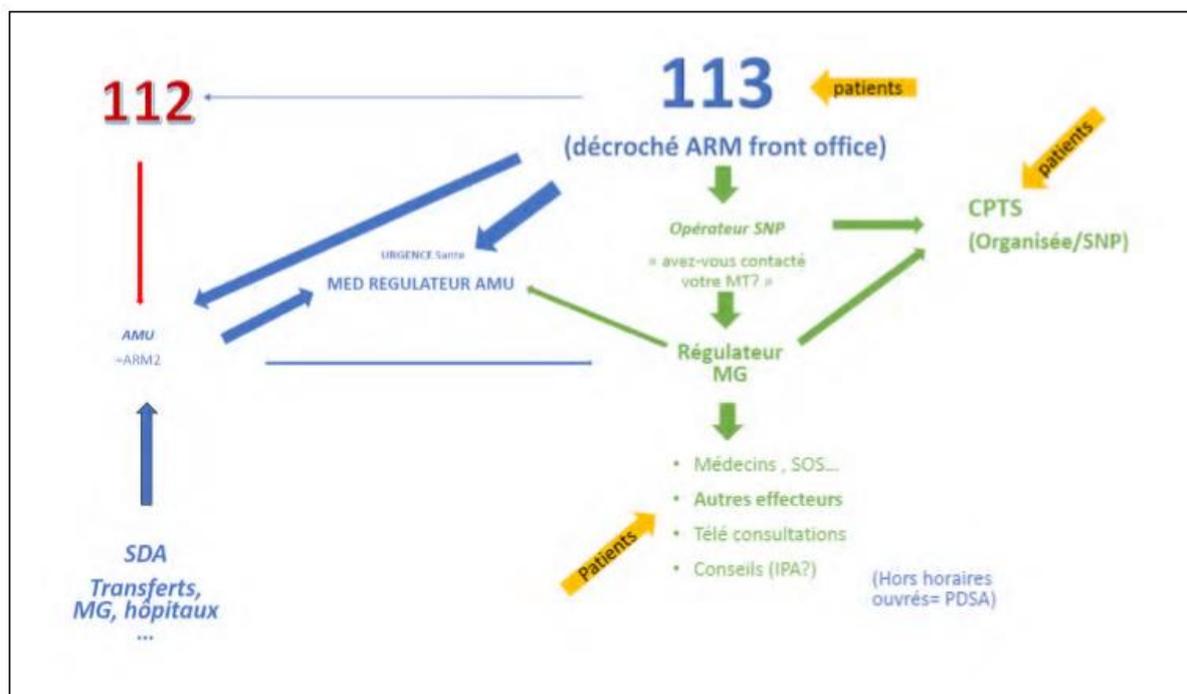
En effet, le rapport sur le pacte de refondation des urgences remis par Thomas Mesnier et Pierre Carli à la Ministre en décembre 2019<sup>10</sup> préconise d'écarter tous les scénarios intégrant la mise en place du 116-117 et opte pour la mise en place, dans le cadre du SAS, de « deux numéros uniques : l'un dédié au secours et à la sécurité, l'autre dédié à la santé, allant de l'urgence médicale, au conseil médical en passant par toutes les possibilités de réponses

<sup>9</sup> Un travail de concertation de deux mois auprès des professionnels de santé lancé en octobre 2019 a conduit à la définition des diverses organisations possibles du SAS énoncés dans le rapport de T. Mesnier et P. Carli de décembre 2019 (Cf. note 10). La Ministre devra opter pour un des modèles d'organisation du SAS pour une mise en place à l'été 2020 : [Lien vers le communiqué de presse](#).

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

aux besoins des patients. [...] Le guichet unique santé, qui repose sur un numéro bien identifié que la mission a nommé 113 [...], est pris en charge par des assistants de régulation médicale (ARM) [...] pas plus liés à l'AMU qu'à la prise en charge des soins non programmés ambulatoires ». Dans cette configuration, le triage n'est plus réalisé par les patients en amont de l'appel mais par l'ARM qui assure le « front office » du guichet unique santé (Cf. Illustration 1). L'appel est ensuite transféré, selon la situation, à un médecin régulateur de l'AMU ou à un opérateur de soins non programmés ambulatoires. L'illustration 2 présente les circuits de réponse aux besoins de soins ambulatoires non programmés dans le cadre du SAS.

**Illustration 2** - Circuits de réponse aux besoins de soins ambulatoires non programmés dans le cadre du SAS



Sources : Mission SAS ; Rapport Mesnier T., Carli P., 2019, p.101.

Un second rapport interministériel rendu public en janvier 2020 par Samu-Urgences de France<sup>11</sup> dans le cadre d'une mission de modernisation de l'accessibilité et de réception des communications d'urgence pour la sécurité, la santé et les secours (mission MARCUS), conforte la préférence donnée à ce schéma. La mise en place d'un numéro unique santé permettrait « d'éviter l'autodétermination des appelants, source de perte de chance », principale limite du 116-117 également soulevée par certains CDOM. En effet, selon le rapport : « Le manque de perception de la gravité ou de la sévérité des symptômes par les patients est documenté. Il est identifié comme un facteur de retard à la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë et de l'accident vasculaire cérébral [...]. Ainsi les patients qui adresseraient une demande de santé urgente par un numéro de type 116-117 subiraient une perte de chance avec un délai de traitement rallongé dans des situations qui

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

*justifieraient réactivité et anticipation*». Avec la mise en place d'un guichet unique santé, un premier niveau de décroché assuré par un ARM pour toute urgence médicale réelle ou ressentie, assure, par une « *qualification métier immédiate* », l'orientation vers la ressource adaptée, pour davantage de « *juste soin* ». Le rapport prévoit par ailleurs un calendrier d'expérimentation sur 2 ans du schéma proposé en dehors de la région Ile-de-France, avant toute généralisation. Un arbitrage gouvernemental sur la configuration retenue est attendu courant février 2020.

#### **d. Un système de prise de rendez-vous pour les soins non programmés de jour adossé à la régulation du 116-117 dans le Bas-Rhin**

Dans le département du Bas-Rhin et en Moselle, l'ARS et l'URPS ont travaillé à l'adossement du 116-117 à une application de coordination des soins (Entr'Actes) visant à faciliter la prise en charge des demandes de soins non-programmés de jour par les médecins de ville hors horaires de PDSA et à permettre ainsi une réduction du nombre de passages non nécessaires aux urgences.

Des médecins de ville volontaires dégagent des plages de prises en charge dédiées aux demandes traitées par le 116-117. Le médecin régulateur du 116-117 a accès aux plages disponibles et à la localisation des médecins participants. Dans un premier temps, une demande est envoyée au médecin qui reçoit une notification sur son téléphone (une notification est prioritairement envoyée au médecin traitant puis aux autres médecins abonnés du secteur) celui-ci doit ensuite confirmer sa disponibilité pour que le rendez-vous soit fixé.

Pour inciter les médecins libéraux à participer au dispositif, ils bénéficient d'un intéressement pour chaque acte réalisé. Selon l'APM, la plateforme numérique de coordination de parcours de soins primaires déployée pour la première fois dans l'Essonne fin 2016 rassemble aujourd'hui plus de 1.000 professionnels de santé dans le département francilien, et pourrait également être déployée en Normandie, en Occitanie, en Bourgogne-Franche-Comté et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, notamment pour accompagner la montée en puissance des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

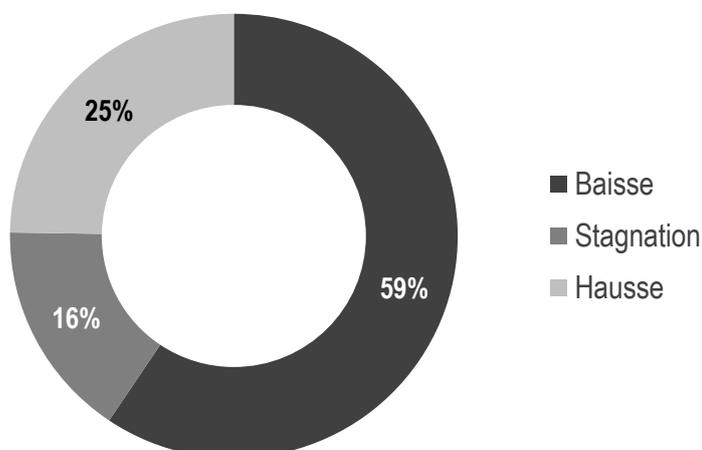
#### **e. Prévalence des actes non-régulés**

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 2018 au niveau national, 27,3% des actes en horaires de PDS n'ont pas été cotés comme étant régulés, soit une baisse de 0,3% par rapport à l'année 2017 (CNAM, 2018).

Même s'il apparaît que la part totale d'actes cotés non-régulés aie peu évoluée France entière, il est intéressant de noter que les évolutions départementales sont plus contrastées (Cf. Graphique 4).

En effet, plus de la moitié des départements ont connu une baisse de la part des actes cotés non-régulés (dont 9 départements pour lesquels la baisse a été égale ou supérieure à 5% : Loiret, Haute-Saône, Val d'Oise, Lot-et-Garonne, Dordogne, Ariège, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes et Corse-du-Sud), tandis qu'elle est restée identique pour 16% d'entre eux et a augmentée pour un quart (dont 3 départements pour qui l'augmentation a été égale ou supérieure à 5% : Indre, Oise et Réunion).

**Graphique 4** - Proportions départementales en termes d'évolution de la part d'actes cotés non-régulés entre 2017 et 2018



*Lecture : En 2018, 59% des départements ont connu une baisse de la part d'actes cotés non-régulés sur l'ensemble des actes réalisés en horaires de PDSA.*

*Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non-régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2018, liquidation à fin mai 2019 - Traitement CNOM.*

Par ailleurs, la part d'actes cotés non-régulés reste très variable selon le département avec, en 2018, un maximum de 88% en Guyane et un minimum de 1% en Loire-Atlantique (Cf. Cartographie 1). Pour 6 départements, la part d'actes cotés non-régulés est supérieure à 50%, il s'agit des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne, des Alpes-de-Haute-Provence, des Bouches-du-Rhône, de la Guyane et de Mayotte (cas à part, pour qui aucune organisation de la PDSA n'a encore été mise en place).

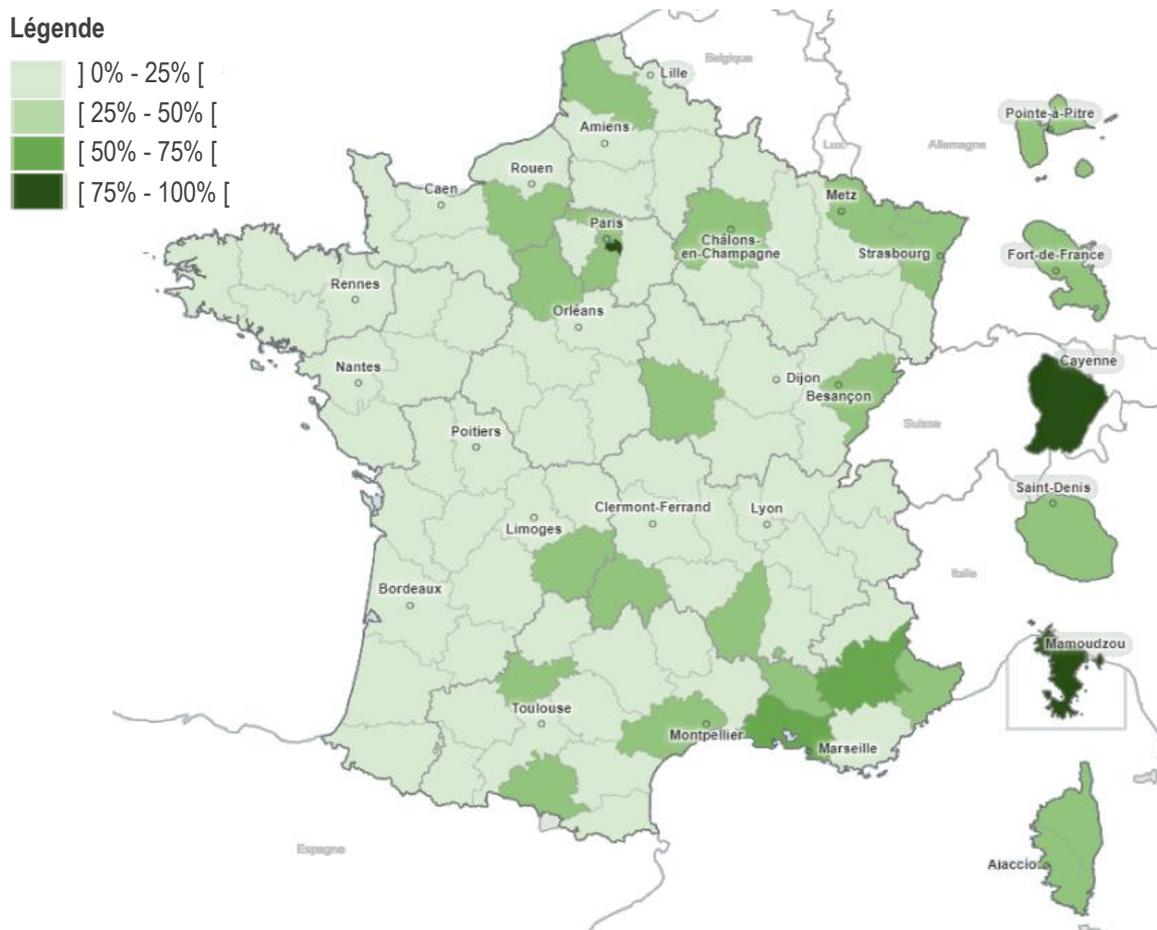
L'enquête ne permet pas d'expliquer ces chiffres mais des hypothèses peuvent être formulées grâce aux informations recueillies auprès des CDOM concernés :

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

actes qu'ils réalisent sont censés être régulés. Il est cependant à noter que, comme en 2018, parmi les 87 départements dotés de sites dédiés, pour plus des deux tiers (soit 61 départements) les CDOM ont déclaré que, dans la pratique, les patients pouvaient y accéder sans régulation médicale préalable.

- Pour certains territoires ruraux, comme c'est le cas en Alpes-de-Haute-Provence et pour certains territoires des Bouches-du-Rhône, la PDSA tient encore d'une organisation de proximité où les patients s'adressent souvent directement à leur médecin en horaires de PDSA, sans passer par la régulation.
- Dans le département des Bouches-du-Rhône, selon le Conseil départemental, l'importance de la part d'actes non-régulés s'expliquerait également par la présence de cabinets à horaires élargis (CHE), pouvant être ouverts jusqu'à 23h et disposant, pour certains, de plateaux techniques. Ces cabinets ne sont pas intégrés au dispositif de PDSA et les médecins qui réalisent les actes en horaires de PDS ne bénéficient pas des forfaits d'effection. De nombreuses demandes seraient prises en charge au sein de ces cabinets aux horaires de PDS sans passage par une régulation préalable (les médecins régulateurs n'ont d'ailleurs que très peu de visibilité sur ces structures et n'y réorientent pas les patients).

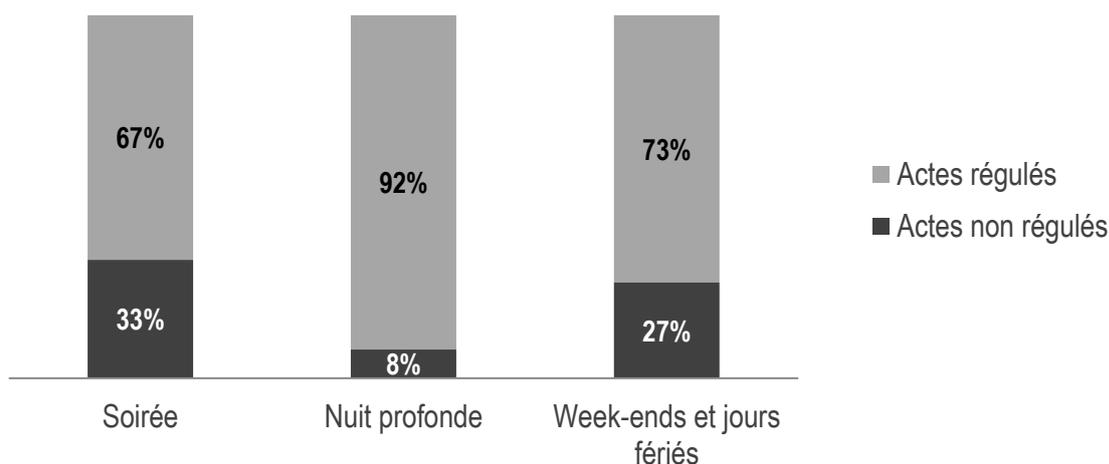
**Cartographie 1 - Part des actes cotés non-régulés en 2018**



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 2018, liquidation à fin mai 2019 - Traitement CNOM.

Il est également intéressant de noter que la part d'actes cotés non-régulés varie fortement selon le créneau horaire de PDSA (Cf. Graphique 5). Les proportions observées sont quasi-identiques à celles de 2017. C'est en soirée que la part d'actes cotés non-régulés est la plus importante, elle s'élève à un acte sur trois contre un peu plus d'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.

**Graphique 5 – Part des actes cotés régulés et non-régulés selon le créneau horaire en 2018**



*Lecture : En 2018, 33% des actes en soirée n'ont pas été facturés avec la majoration de la régulation.*

*Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2018, liquidation à fin mai 2019 - Traitement CNOM.*

#### **f. Participation des médecins libéraux à la régulation médicale**

En 2019, la participation était effective dans la quasi-totalité des départements, hormis en Lozère, dans les Ardennes, sur le Territoire de Belfort, en Guyane et à Mayotte qui ne disposent toujours pas de régulation libérale organisée.

Selon les CDOM, 2.524 médecins libéraux installés participaient à la régulation médicale en 2019<sup>12</sup>, soit une baisse de 3,8% par rapport au nombre de médecins recensés en 2018<sup>13</sup>.

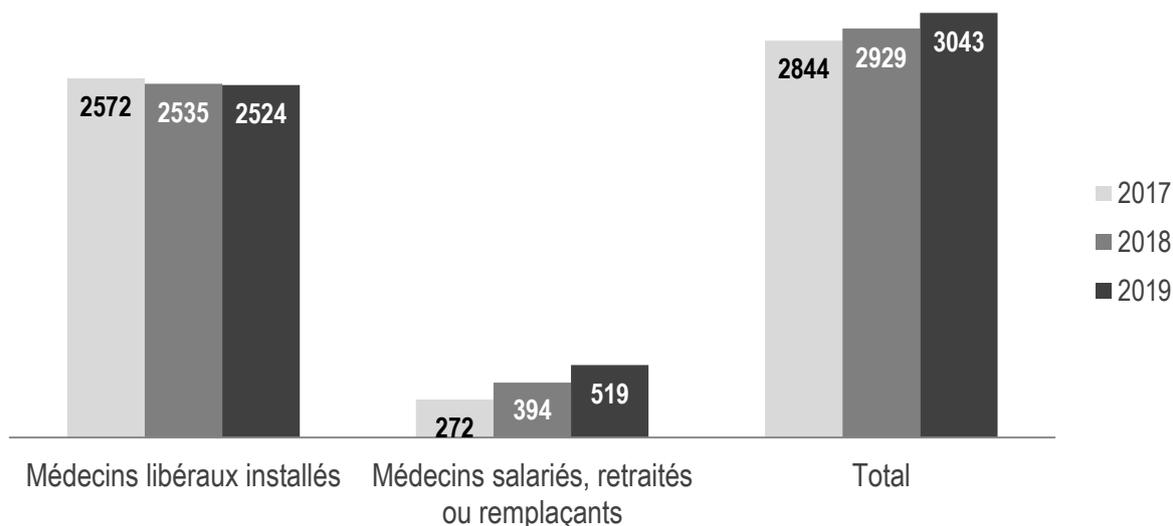
Sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une activité régulière (soit 48.615 en 2019), 5,2% participaient ainsi à la régulation de la PDSA (contre 5,1% en 2018 – la hausse constatée tenant avant tout à la baisse du dénominateur). À ce chiffre doivent être

<sup>12</sup> Sur 101 départements répondants (dont l'organe de la Nouvelle-Calédonie), donnée manquante pour le département de l'Oise.

<sup>13</sup> Le calcul ne porte que sur les 99 départements ayant indiqué le nombre de participants en 2018 et 2019. Les départements n'ayant pas répondu en 2018 et/ou en 2019 ont été exclus : l'Oise dont les données sont manquantes pour 2018 et 2019 ; la Vendée et la Seine-Maritime dont les données sont manquantes pour 2018 et où 86 médecins libéraux installés participaient à la régulation en 2019 – ce chiffre a donc été retranché pour le calcul du taux de croissance.

ajoutés les 519 médecins retraités, salariés et remplaçants participants<sup>14</sup>. Au total, ce sont donc 3.043 médecins généralistes qui ont assuré le rôle de médecin régulateur en 2019<sup>15</sup>, soit une hausse de 0,6% par rapport aux chiffres constatés en 2018<sup>16</sup> (Cf. Graphique 6).

**Graphique 6** – Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale en 2017, 2018 et 2019



Source : CNOM, Enquêtes PDSA 2017, 2018, 2019

L'évolution de la participation des médecins à la régulation doit cependant être relativisée car elle tient exclusivement à la hausse de 29% du nombre de médecins retraités, salariés ou remplaçants<sup>17</sup>, le nombre de médecins libéraux installés participants ayant parallèlement baissé.

Cette baisse pourrait s'expliquer par :

- Le changement de statut d'un certain nombre de médecins libéraux passés à la retraite en 2019 sans avoir mis un terme à leur activité de régulateur, impliquant un basculement d'une catégorie à l'autre. Dans ce cas, la hausse globale constatée tiendrait davantage à l'implication réitérée de médecins devenus retraités qu'à l'adhésion d'une nouvelle génération de médecins qui viendrait consolider les effectifs des libéraux installés participant à la régulation ;

<sup>14</sup> Sur 99 départements répondants (dont l'organe de la Nouvelle-Calédonie), données manquantes pour les départements de l'Oise, de Gironde et de Meurthe-et-Moselle.

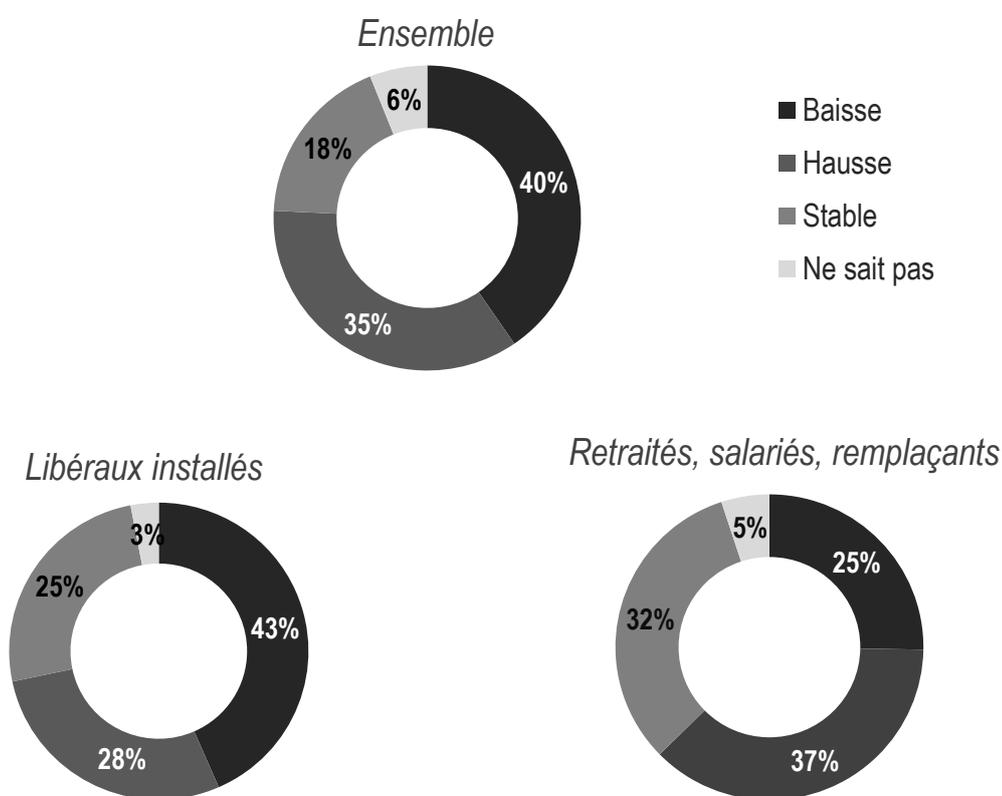
<sup>15</sup> Cf. notes 11 et 13.

<sup>16</sup> Pour les diverses composantes du calcul, les départements dont les données sont manquantes en 2018 et/ou en 2019 ont été exclus. Voir pour le détail les notes 12 et 14.

<sup>17</sup> Le calcul ne porte que sur les 98 départements ayant indiqué le nombre de participants en 2018 et 2019. Les départements n'ayant pas répondu en 2018 et/ou en 2019 ont été exclus : l'Oise, la Gironde, la Seine-Maritime, l'Essonne et la Moselle.

- Une réticence des médecins généralistes libéraux à exercer cette fonction, souvent jugée particulière et complexe. Certains CDOM ont en effet relevé la difficulté inhérente à l'exercice de la régulation médicale et déclaré avoir parfois du mal à trouver des médecins volontaires pour assurer ce travail. C'est notamment le cas en Seine-Saint-Denis, dont le CDOM a témoigné d'un manque de médecins régulateurs libéraux et de la difficulté tenant à leur recrutement. Dans la Manche, l'expérimentation de la régulation libérale le samedi matin n'a pas pu être mise en place du fait du manque de nouveaux volontaires. C'est également le cas dans la Vienne, où les médecins contestent le montant alloué à cette plage horaire qui reste non-assurée.

**Graphique 7** – Évolutions départementales du nombre de médecins participants à la régulation médicale entre 2018 et 2019 – Évolution d'ensemble et déclinaisons pour les médecins libéraux installés et les médecins retraités, salariés et remplaçants



Lecture : Le nombre total de médecins participants à la régulation a baissé pour 40% des départements entre 2018 et 2019.

Source : CNOM, Enquêtes PDSA 2018 et 2019

À l'échelle départementale, il est possible d'observer (Cf. Graphique 7) :

- Une hausse du nombre de régulateurs libéraux (installés, retraités, salariés ou remplaçants) pour 35% des départements avec 5 médecins régulateurs supplémentaires en moyenne (minimum = 1 ; maximum = 24).
- Une baisse pour 40% des départements avec 6 médecins régulateurs de moins en moyenne (minimum = -53 ; maximum = -1) ;
- Une stabilité du nombre de médecins régulateurs pour 18% des départements.

### **g. Front de garde de la régulation libérale**

Les enquêtes menées auprès des CDOM et des Centres de réception et de régulation des appels du 15 ne permettent ni d'établir, ni de mesurer l'évolution positive ou négative du front de garde de régulation libérale en horaires de PDSA (nombre de médecins affectés à la régulation par tranche horaire). En l'absence de ces données, un travail de constitution du front de garde de la régulation libérale a été réalisé à partir des annexes départementales des cahiers des charges de la PDSA (voir en annexe du présent rapport pour le détail du front de garde au niveau départemental). Ces données présentent cependant certaines limites : les cahiers des charges ne sont pas tous à jour et présentent des données possiblement non-actualisées ; le nombre de lignes de garde peut varier (au sein d'un même créneau horaire ou tout au long de l'année selon la saison ou la survenue d'évènements particuliers) ce qui n'a pas toujours permis de comptabiliser un nombre arrêté de régulateurs. À défaut il a été décidé d'établir les bornes hautes et basses des lignes de garde prévues sur les créneaux présentés (Cf. Tableau 1).

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

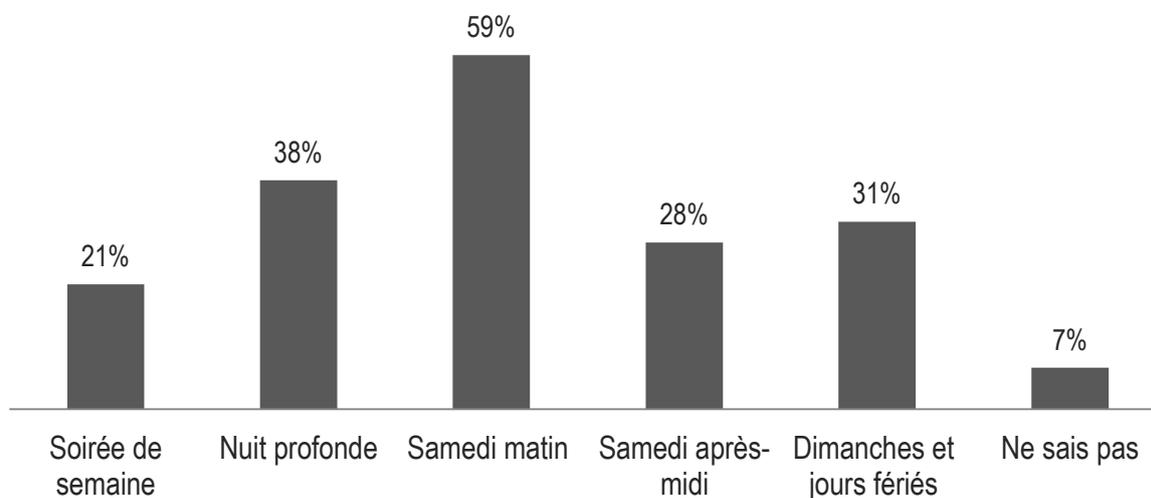
<b>Créneaux horaires</b>	<b>Front de régulation libérale en 2019</b>
Samedi matin	60 à 70
Samedi après-midi et soirée	397,5 à 510,5
Dimanche et jours fériés	182,5 à 258,5
Soirée de semaine (20h – 24h)	141 à 169
Nuit profonde (24h – 8h)	78,5 à 106,5

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

Ce travail permet d'observer que le front de garde est relativement plus important les samedis en deuxième partie de journée, les dimanches et jours fériés et, dans une moindre mesure, en soirées de semaines (bien que 5 départements n'aient aucune ligne prévue sur ce créneau). La présence de médecins régulateurs libéraux les samedis matins est effective pour 41 départements (voir à ce sujet la Partie 2.3.a. du présent rapport). Enfin, c'est en nuit profonde que le front de régulation libérale est le moins important. À noter par ailleurs qu'aucune ligne de régulation libérale n'est établie sur ce créneau pour 32 départements et de manière partielle pour 9 départements.

Selon l'enquête menée cette année auprès des CRRA 15, 79% des répondants (soit 23 CRRA) ont déclaré qu'il arrivait que des régulateurs hospitaliers prennent en charge des appels relevant de la PDSA. Leur participation est observée le samedi matin (pour 59%), en nuit profonde (pour 38%), les dimanches et jours fériés (pour 31%), le samedi après-midi (pour 28%) et en soirée de semaine (pour 21%).

**Graphique 8** – Soutien des régulateurs hospitaliers des CRRA 15 à la prise en charge des appels relevant de la PDSA selon le créneau horaire (N = 29)



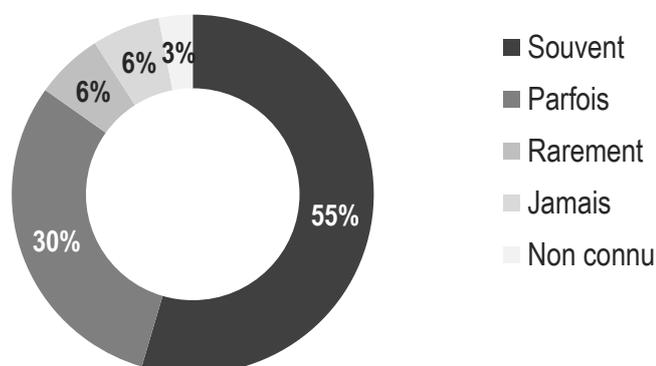
Lecture : Il arrive que des régulateurs hospitaliers viennent en soutien à la prise en charge des appels relevant de la PDSA en nuit profonde au sein de 38% des CRRA 15 répondants.

Source : Enquête CRRA 15, Samu-Urgences de France, CNOM, 2019.

L'enquête a également permis d'identifier les difficultés à l'aval de la régulation (Cf. Graphique 9) : sur les 33 plateformes de régulation répondantes (CRRA 15 et ADOPS), 28 ont déclaré qu'il était arrivé, au cours de l'année 2018, que les régulateurs soient mis en difficulté par l'absence d'effecteurs de PDSA (18 « souvent » et 10 « parfois »).

**Graphique 9** – Difficultés rencontrées à l'aval de la régulation (N = 32)

**" Au cours de l'année 2018, est-il arrivé que des régulateurs soient mis en difficulté par l'absence d'effecteurs de PDSA ? "**



Sources : Enquête ADOPS, CNOM, 2019 ; Enquête CRRA 15, Samu-Urgences de France, CNOM, 2019.

## ***h. Données d'activité de la régulation médicale***

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

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

L'Association ACORELI (Association Comtoise de régulation libérale), créée en 2015, a pour objet de mettre en place la régulation libérale de la PDS en Franche-Comté. Cette association est aujourd'hui relativement unique en son genre puisque, dans sa très large majorité, la régulation médicale en horaires de PDSA est organisée à l'échelle départementale.

En 2018, la plateforme a géré 95.054 dossiers, chiffre qui présente un taux de croissance annuel moyen de 5% depuis 2014.

La ventilation des actes de régulation selon la nature des décisions prises par les médecins régulateurs se décompose comme suit (données quasi-identiques à celles de 2017) :

- 51% de conseils médicaux ;
- 36% de consultations en points fixes (cabinet d'un médecin de garde ou site dédié) ;
- 10% d'envoi d'un transport sanitaire ;
- 3% de visites à domicile.

La grande majorité des appels ont eu lieu le week-end (25% le samedi et 24% le dimanche). En semaine la part des appels se situait entre 7% et 10%. Cette répartition est quasi identique depuis 2014.

Les dossiers gérés par l'ACORELI en 2018 sont passés par le numéro de régulation dédié à la PDSA dans 53% des cas, ont été renvoyés par le CRRA 15 dans 42% des cas et par la plateforme de régulation des sapeurs-pompiers, le 18, dans 5% des cas. Ces proportions restent relativement stables depuis 2014, même s'il est possible de noter une légère augmentation de la part des appels transférés par le CRRA 15.

Les données recueillies auprès des CCRA 15 et ADOPS (Cf. Méthodologie) permettent d'observer que les conseils médicaux représentent systématiquement le premier poste de ventilation des actes de régulation médicale. Le taux de réponse n'est cependant pas suffisant pour généraliser ce constat.

## ***i. Rémunération de la régulation***

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

L'aménagement local de ces forfaits a entraîné des disparités régionales. Ils peuvent également varier au sein d'une même région selon la tranche horaire de PDSA (ils sont souvent réévalués à la hausse en nuit profonde notamment) ou lors de périodes de forte

activité. En 2019, ils étaient compris entre 70€ et 125€ par heure de régulation, tous créneaux confondus (Cf. Tableau 2).

**Tableau 2 – Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2019**

Région	20H – 24H	Minuit – 8H	Sam. 12H-20H	Dimanche, fériés et ponts 8H-20H	Samedi 8h-12h
Auvergne-Rhône-Alpes	75€	100€	90€	90€	90€
Bourgogne Franche-Comté	75€ - 80€	75€ - 80€	75€ - 80€	75€ à 85€	75€
Bretagne	100€	75€ – 100€	100€	100€	-
Centre Val de Loire	80€	-	80€	80€	80€
	<i>Indemnité de déplacement pour les médecins vivant en dehors de la circonscription du lieu de régulation de 0,62€/km et indemnité de temps de trajet de 80€/h</i>				
Corse	70€				
Grand-Est	90€ - 115€ <i>Majoration en cas de mutualisation interdépartementale et sur la période de fêtes de fin d'année</i>				NC
Hauts-de-France	90€	120€	90€	90€	90€
Ile-de-France	80€	95€	80€	80€	-
Normandie	100€				
Nouvelle-Aquitaine	92€ <i>Ajout d'une plage de 19h à 20h à hauteur de 70€</i>	115€ <i>(de 00h à 06h)</i>	92€	92€	70€
Occitanie	75€	90€	90€	90€	NC
Pays-de-la-Loire	90€ - 125€ <i>Montant pouvant être modulé selon certains critères</i>				NC
PACA	80€	110€	95€	95€	NC
Martinique	76€	-	80€	80€ - 100€	-
Guadeloupe	<i>Forfait de 82,8€ selon créneaux horaires spécifiques : en semaine 14h-22h et de 22h-6h ; samedi 12h-21h et 21h-6h ; dimanche et férié 8h-19h et 19h-6h</i>				-
Guyane	-				
Réunion	84€	115€	88€	88€	-

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

Les écarts de rémunération de la régulation médicale peuvent sembler injustifiés, contrairement à l'effection où les variations forfaitaires s'expliquent par la géographie du territoire, les déplacements du médecin de garde et autres questions d'accessibilité. Pour la régulation, les écarts ne peuvent, à priori, pas s'expliquer par les conditions d'exercices et peuvent, dès-lors, être difficile à accepter d'un secteur ou département à l'autre.

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

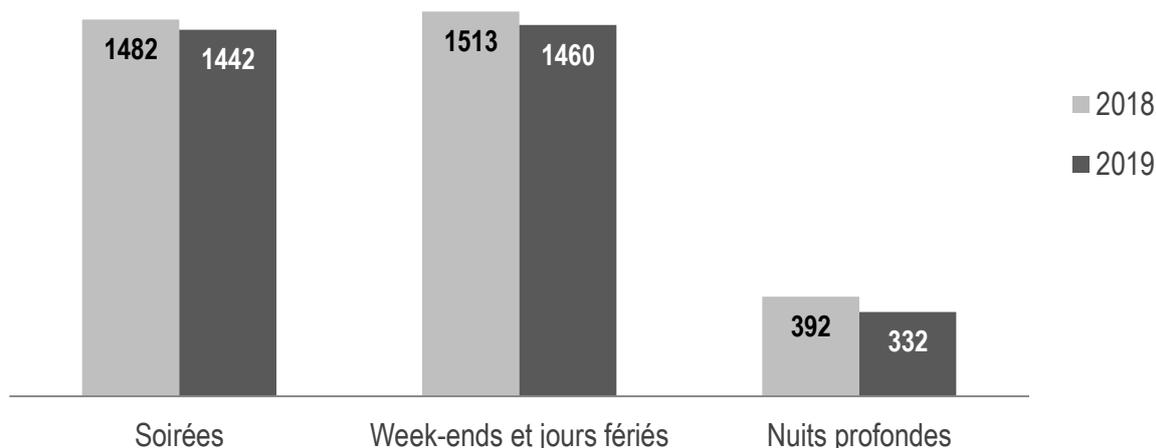
En 2019, l'évolution des organisations régionales de la PDSA a conduit à revalorisation des forfaits de régulation en Occitanie, Normandie, Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays-de-la-Loire.

## 2.2. L'effectif

### a. Une tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA<sup>18</sup>

La tendance de réduction du nombre de territoires observée depuis plusieurs années se poursuit en 2019 quel que soit le créneau considéré (Cf. Graphique 10). Entre 2018 et 2019, on note une réduction de 2,7% du nombre de territoires en soirées de semaine, de 3,5% les week-ends et jours fériés et de 15,3% en nuit profonde.

**Graphique 10** – Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire en 2018 et 2019



*NB : le nombre de territoires en 2018 présenté dans ce rapport diffère des données présentées dans le rapport précédent. Un réajustement a été réalisé suite à la détection d'erreurs de remplissage du questionnaire en 2018. Ce travail de réactualisation des données a conduit à l'ajout de 40 secteurs en soirées, 28 les week-ends et jours fériés et 5 en nuits profondes.*

*Source : CNOM, Enquêtes PDSA 2018 et 2019*

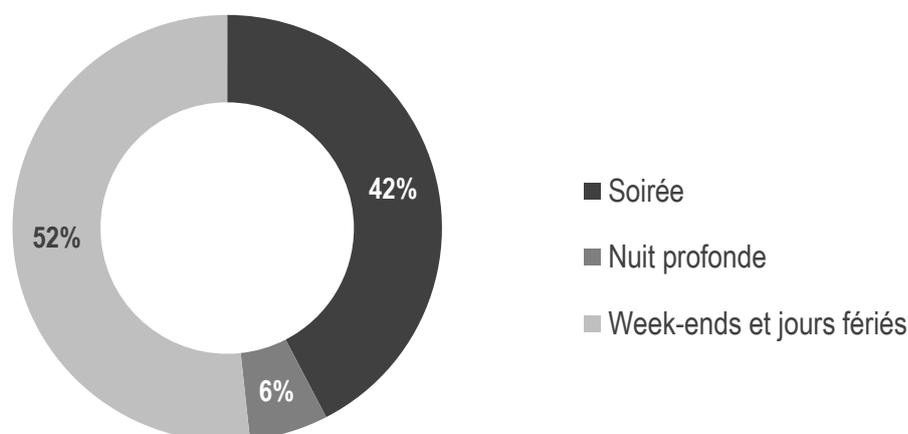
De manière générale, un territoire de PDS est souvent égal à une ligne de garde (ou à aucune ligne en cas de « zone blanche », voir à ce sujet la partie 2.2.b), bien qu'il puisse

<sup>18</sup> Les données sur le nombre et la couverture de territoires de PDSA sont déclaratives. Il est possible que la réalité diverge de l'organisation définie par le cahier des charges, dans ce cas ce sont les données reflétant la réalité du terrain qui ont été retenues. Pour s'assurer que l'écart ne soit pas lié à une erreur, les réponses ont été confrontées aux cahiers des charges et les CDOM systématiquement interrogés en cas d'incohérence.

exister des territoires couverts par plusieurs médecins pour répondre à des pics de demandes observés (sports d'hiver, épidémies, etc.) ou parce que le bassin de population couvert est trop important et qu'une ligne de garde ne suffit pas à répondre à toutes les demandes de prises en charge. Au niveau global, les créneaux de garde avec plus d'un médecin effecteur représentaient 7,9% de l'ensemble des créneaux de gardes (Données Ordigard, 2019), soit une hausse de 1,4% par rapport à 2018.

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, comme cela a pu être soulevé par le CDOM de l'Aude : « nous avons réduit de manière drastique le nombre de secteurs, et dans certains secteurs ruraux, trop vastes, les visites incompressibles sont de plus en plus difficiles à assumer ». Une forte demande en soins non programmés pourrait se traduire par un nombre important de territoires et inversement, ou par une augmentation du nombre de lignes de garde. 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 : en 2018, 52% des actes de PDSA étaient réalisés les week-ends et jours fériés, 42% en soirée et seulement 6% en nuit profonde (Cf. Graphique 11).

**Graphique 11 – Répartition des actes de PDSA réalisés en 2018 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 2018, liquidation à fin mai 2019 – Exploitation CNOM.

### **b. Prévalence des « zones blanches »**

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

En 2019, la part des territoires effectivement couverts par une offre libérale était de 99% les week-ends et jours fériés contre 90% en soirées de semaine et 27% en nuits profondes (Cf. Tableau 3). Pour les autres territoires, l'effectation 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 ».

C'est donc 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 28 départements (Cf. Cartographie 4), entre 2018 et 2019 un arrêt complet des gardes a eu lieu au sein des départements du Tarn-et-Garonne, du Territoire-de-Belfort et du Gers. Au niveau national, sur l'ensemble des territoires en soirées, seuls 27% continueraient à être couverts par une offre ambulatoire en nuit profonde en 2019, contre 26% en 2018 (Cf. Tableau 3).

**Tableau 3 – Organisation de l'effectif en fonction du créneau horaire en 2019**

	Territoires où l'effectif est assuré par des médecins de la PDSA et taux de couverture		Territoires où l'effectif est assuré par les services de l'AMU (« zones blanches »)		Départements où il existe des « zones blanches »	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Week-ends et jours fériés</b>	<b>1444</b>	<b>99 %</b>	<b>16</b>	<b>1 %</b>	<b>21</b>	<b>21 %</b>
<i>En 2018</i>	1477	97 %	36	3 %	25	24 %
<b>Soirées (20h – 24h)</b>	<b>1305</b>	<b>90 %</b>	<b>137</b>	<b>10 %</b>	<b>39</b>	<b>38 %</b>
<i>En 2018</i>	1352	91 %	130	9 %	38	37 %
<b>Nuits profondes*</b>	<b>384</b>	<b>27 %</b>	<b>1058</b>	<b>73 %</b>	<b>86</b>	<b>84%</b>
<i>En 2018</i>	388	26 %	1094	74 %	86	84 %

Lecture : En 2019, l'effectif était assuré par des médecins de la PDSA pour 99% des territoires les week-ends et jours fériés.

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

NB : les données 2018 présentées dans ce rapport diffèrent des données présentées dans le rapport précédent. Un réajustement a été réalisé suite à la détection d'erreurs de remplissage du questionnaire en 2018.

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2018 et 2019

En soirées de semaine, 10% des territoires ne sont pas couverts par une offre ambulatoire, c'est 1% de plus qu'en 2018. Parallèlement à la légère baisse constatée entre 2018 et 2019, les gardes de soirées en semaine semblent être remises en question par une partie des médecins de la PDSA selon certains CDOM. Ainsi, 66% d'entre eux déclarent craindre un désengagement à venir des médecins volontaires en soirées sur un ou plusieurs territoires de PDSA (c'est 5% de moins qu'en 2018). Pour certains départements c'est déjà une réalité, comme c'est dans les Bouches-du-Rhône.

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

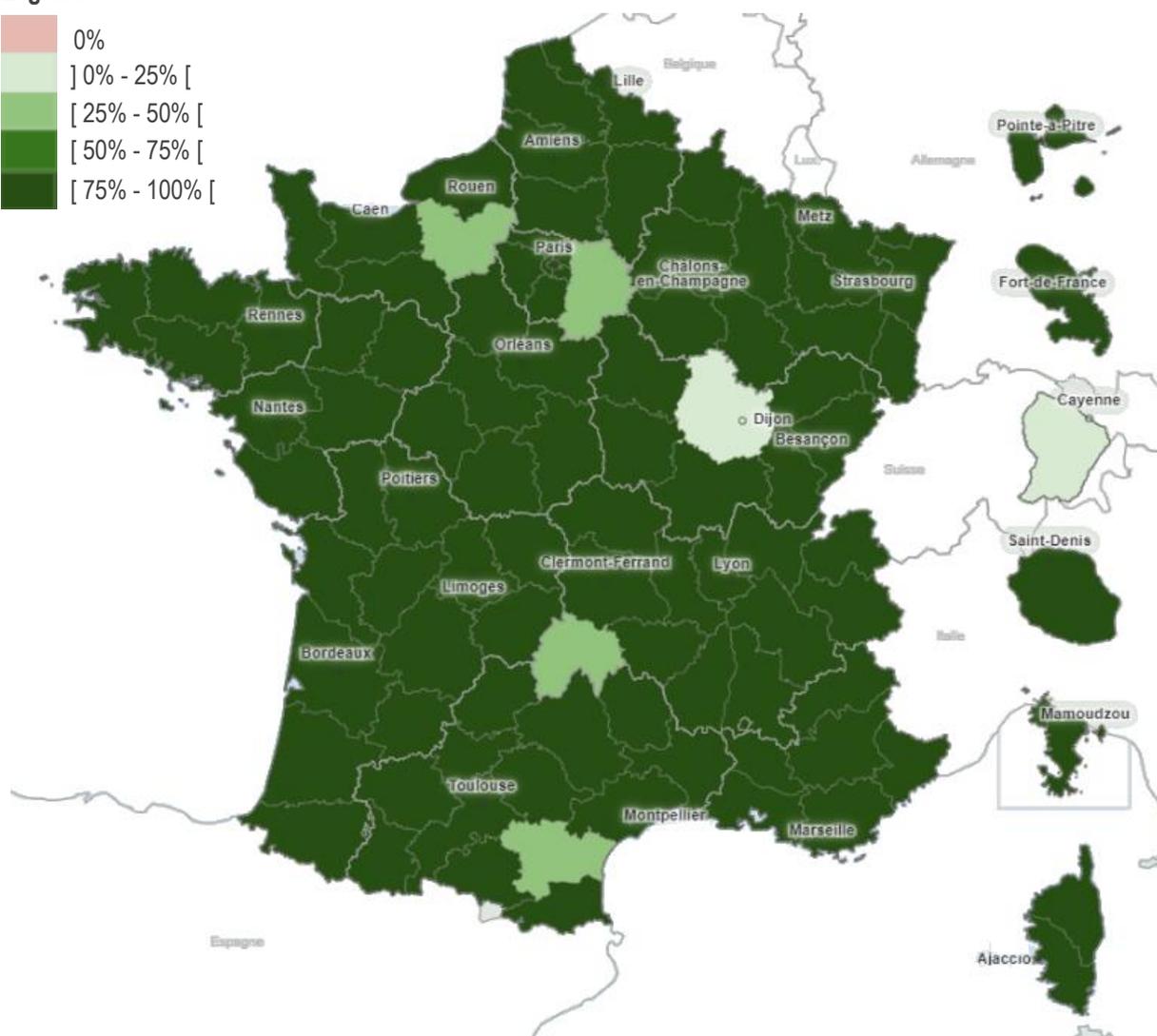
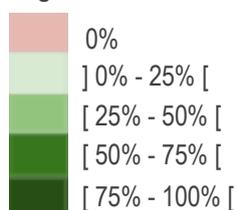
- La faiblesse constatée du nombre d'actes sur ce créneau horaire, comme a pu le souligner le CDOM du Lot : « les médecins veulent pouvoir se reposer tranquilles et ne

pas être « coincés » pour une activité hypothétique souvent nulle » (c'est notamment le cas dans le Lot-et-Garonne, les Deux-Sèvres, le Cher ou dans les Alpes-de-Haute-Provence) ;

- La surcharge de travail des médecins du fait de la faiblesse du nombre de volontaires et/ou de l'agrandissement des secteurs de garde (comme en Dordogne, en Aveyron ou en Lozère) ;
- 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 en Savoie) ;
- 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 Haute-Loire ou dans le Doubs).

## Cartographie 2 – Taux de couverture des territoires de PDS les week-ends et jours fériés en 2019

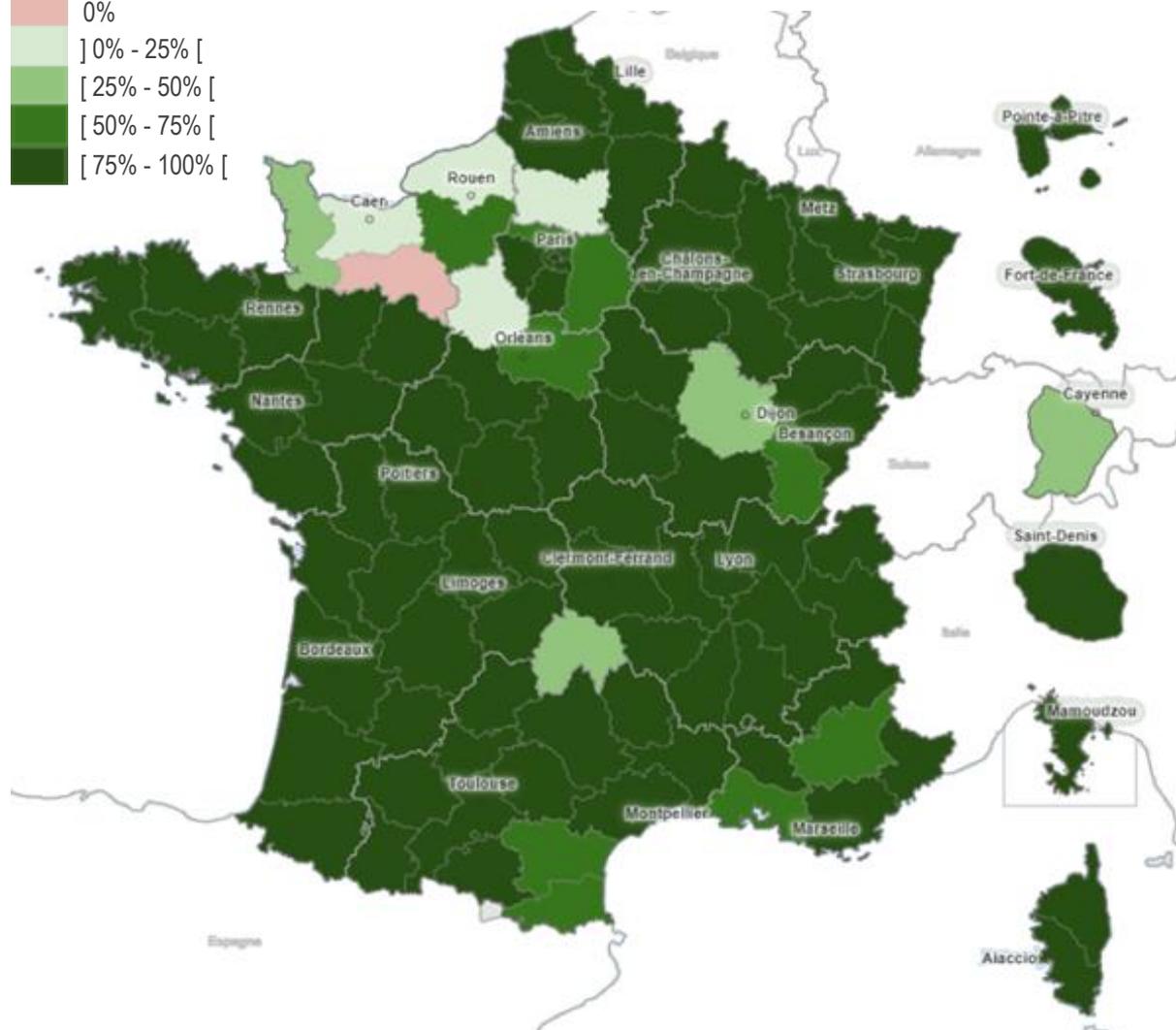
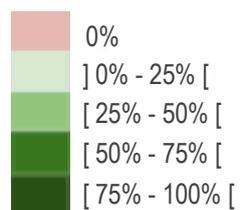
### Légende



Source : CNOM, Enquête PDSA 2019

### Cartographie 3 – Taux de couverture des territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) en 2019

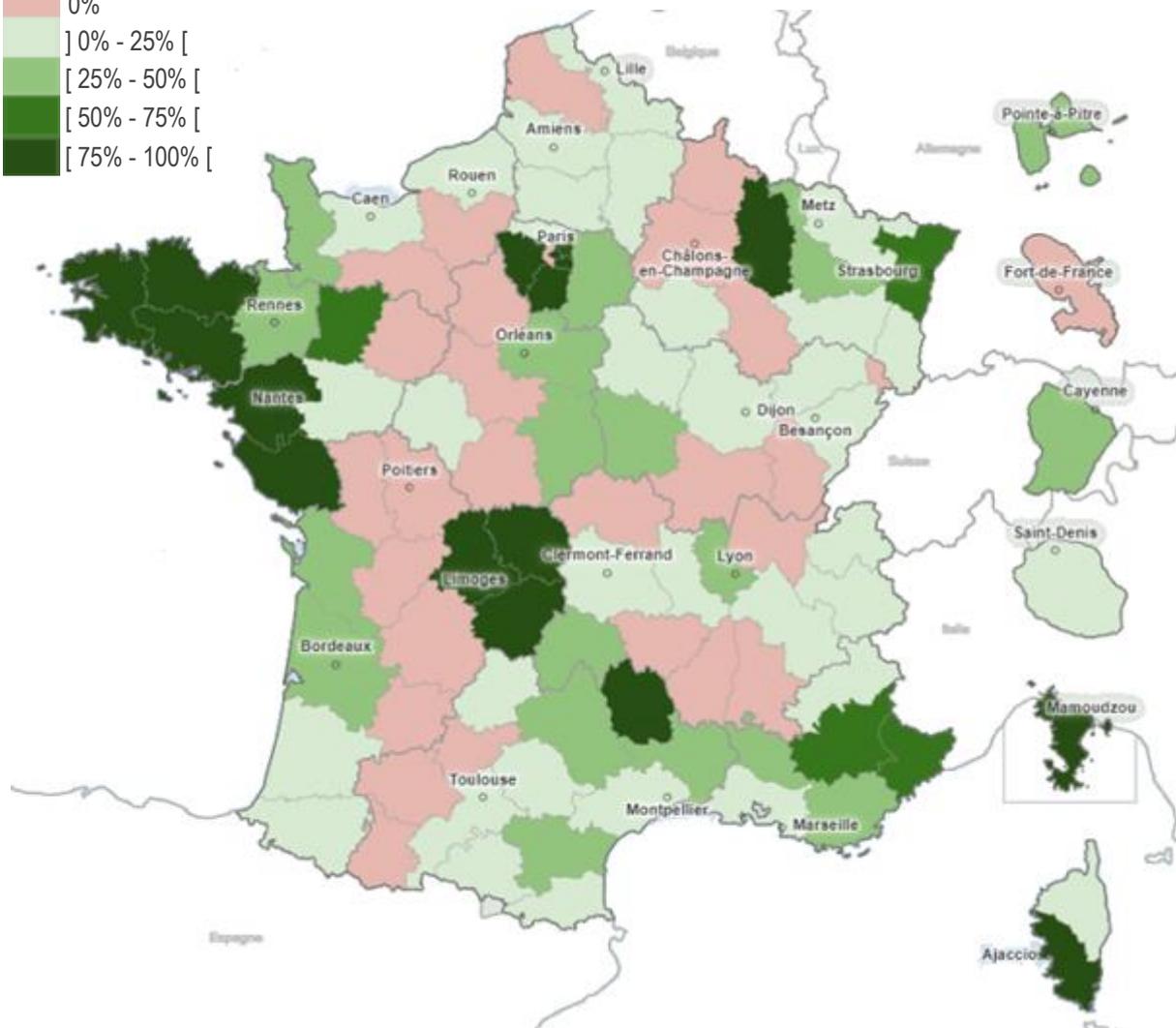
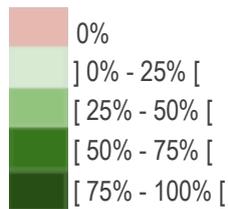
#### Légende



Source : CNOM, Enquête PDSA 2019

## Cartographie 4 – Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde (de minuit à 8h) en 2019

### Légende



Source : CNOM, Enquête PDSA 2019

### **c. Effection fixe : poursuite du développement des sites dédiés**

Les lieux d'effection fixe sont ici entendus comme les lieux identifiés par le cahier des charges régional où la population peut se rendre aux horaires de la PDSA. Il peut s'agir de Maisons médicales de garde (MMG), de Centres d'accueil et de permanence des soins (CAPS) ou de centres de consultations gérés par les associations de PDSA. Ils peuvent être implantés dans des locaux propres, dédiés à l'activité de PDSA mais ils se trouvent le plus généralement 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).

En 2019, les points fixes de consultation en horaires de PDS couvraient une grande partie du territoire puisque, comme en 2018, 85% des départements disposaient de ce type de structures (Cf. Cartographie 5). Il est intéressant de noter que les prises en charge plus traditionnelles au cabinet du médecin traitant étaient toujours effectives pour 78% de ces



La tendance à la hausse du nombre de sites dédiés devrait perdurer, notamment suite à l'annonce gouvernementale de la création de MMG à proximité de tous les services d'accueil d'urgences de plus de 50.000 passages par an dans le cadre du pacte de refondation des urgences. Ainsi, selon le rapport sur le sujet remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé en décembre 2019 : « *L'engorgement des urgences impose tout d'abord de développer des alternatives plus adaptées pour les patients qui ne présentent pas une situation de détresse vitale, afin d'éviter le recours par défaut aux urgences pour des problèmes relevant en réalité d'une demande de soins non programmés. Dans cette perspective, le développement des MMG doit être poursuivi, avec comme objectif l'implantation d'une MMG à proximité directe de tous les services d'urgence totalisant plus de 50.000 passages par an (129 services d'urgence sont concernés et 64 d'entre eux bénéficient déjà de la présence d'une MMG à proximité). Une généralisation pourrait donc être envisagée dès 2020* »<sup>21</sup>.

#### **d. Fonctionnements et problématiques des maisons médicales de garde et points fixes en 2019 : une étude exploratoire**

Parallèlement à l'enquête menée auprès des CDOM, une enquête qualitative exploratoire a été menée auprès de médecins responsables de MMG (Cf. Méthodologie). Depuis le rapport Grall publié en 2006, aucune étude nationale n'a été conduite auprès de ces structures. Treize ans après ce premier état des lieux, il a donc semblé utile d'aller à la rencontre de médecins responsables de MMG pour actualiser la connaissance que l'on pouvait en avoir. L'objectif était d'appréhender les modes de fonctionnement dans leur plus grande diversité, de repérer les problématiques rencontrées par les professionnels et d'identifier les facteurs favorisant la bonne marche de ces dispositifs. Il est important de rappeler que cette enquête a une visée exploratoire et non exhaustive. Elle permet une première appréhension de la diversité des modes organisationnels et des problématiques propres à ces structures. Cependant, les observations qui en sont tirées doivent être considérées avec précaution et ne sauraient être généralisées.

#### **Des modèles organisationnels d'une grande hétérogénéité**

L'ensemble des entretiens menés auprès des médecins responsables de MMG et points fixes a permis d'observer la grande hétérogénéité de ces structures, en termes d'organisation, de plages horaires d'ouverture, de bassin de population couvert et de modalités d'accès des patients. Une telle hétérogénéité s'explique par l'historique de la politique régionale de PDSA d'une part, et également du fait de la notion de « volontariat » et de l'autonomie laissée aux acteurs, les MMG étant généralement créées sous l'impulsion d'un groupe de médecins volontaires sur le territoire, elles répondent souvent à certaines conditions imposées par ces derniers : « *nous sommes volontaires pour participer à la PDSA mais seulement dans ces conditions* ».

#### **Des horaires d'ouverture variables en cohérence avec l'activité observée**

Les plages d'ouverture des MMG et points fixes sont très variables : certaines sont ouvertes uniquement le dimanche, d'autres les week-ends et jours fériés, d'autres ont procédé à des ajustements des plages horaires de la PDSA (en les réduisant ou en les élargissant), une MMG n'assure même aucune permanence et ne reçoit que sur rendez-vous après orientation par le médecin régulateur. Les créneaux d'ouverture sont souvent déterminés en fonction de l'activité observée. De nombreuses MMG interrogées ont ainsi supprimé ou

---

<sup>21</sup> Mesnier T, Carli P., Pour un pacte de refondation des urgences, Paris, 2019.

réduit la plage horaire de permanence au sein des locaux en soirées de semaine après avoir fait le constat du faible nombre d'actes réalisés sur ce créneau. À contrario, certaines MMG interrogées ont élargi les horaires de permanence au samedi matin, encore non officiellement reconnu comme plage horaire de PDSA, suite au constat de l'absence de plus en plus importante d'offre libérale sur ce créneau et au report des demandes sur la MMG.

### ***Horaires discontinus : visites incompressibles et confort pour le médecin de garde***

Certaines MMG ont opté pour un système d'horaires d'ouverture discontinus. Dans ce cas, la MMG tient des permanences pendant lesquelles un médecin de garde est présent sur site. En dehors de ces horaires, le médecin de garde est d'astreinte et reste donc joignable, il se rend à la MMG uniquement sur demande du médecin régulateur qui y envoie également le patient (une des MMG fonctionne même uniquement sur ce principe, sans assurer de permanence au sein des locaux). Ce système semble être largement mis en place au sein de secteurs où le médecin de garde assure également les visites à domicile en plus de sa garde postée en MMG. Les plages horaires « libres » permettent au médecin de garde d'assurer les visites sans déborder sur ses heures de permanence (comme ça peut être le cas lorsque la MMG assure une permanence continue sur l'ensemble des plages horaires de PDSA). Il a également été mentionné que ce modèle offrait plus de confort au médecin de garde qui pouvait rester chez lui tout en étant d'astreinte et ne se déplacer à la MMG qu'en cas de demande jugée comme étant justifiée par le médecin régulateur.

### ***Localisation : avantages et inconvénients d'une implantation au sein d'un hôpital***

Les lieux d'implantation des MMG sont variables : au sein d'un hôpital, accolées ou non au service des urgences, au sein de cliniques privées, à proximité d'un EHPAD ou en ville. Le choix est souvent lié à l'historique du territoire, à sa géographie et à la volonté des médecins de gardes et des responsables de la structure hospitalière et du service d'urgence. La localisation de la MMG au sein d'un hôpital et à proximité d'un service d'urgence est cependant encouragée et même fortement souhaitée (voir à ce titre l'annonce gouvernementale concernant la création prochaine de 50 MMG accolées à un service d'urgences). En effet, le cahier des charges des MMG recommande qu'elle « *soit de préférence située dans une enceinte hospitalière ou contiguë d'une structure d'urgence. En milieu rural, elle peut se situer au sein d'un hôpital local ou, éventuellement, d'un EHPAD, d'une maison de retraite ou d'une maison de santé pluridisciplinaire. La MMG peut toutefois être située hors d'une enceinte hospitalière ou d'une structure médico-sociale. Dans ce cas, il est préconisé, pour favoriser la sécurisation des locaux, que la MMG soit contiguë ou proche de services publics assurant une permanence de sécurité (pompiers, police, gendarmerie) ou située dans un centre de santé* »<sup>22</sup>.

Un des médecins responsable de MMG interrogé confirme les bénéfices d'une telle proximité par la mutualisation des moyens entre les deux structures :

- Une mutualisation du système de paiement des actes : les médecins de garde ont un contrat d'exercice libéral avec l'hôpital. Celui-ci encaisse et reverse systématiquement les honoraires aux médecins qui payent une redevance pour la location des locaux. Avec ce système, les patients n'avancent pas les frais (comme aux urgences) et les médecins ont la certitude d'être rémunérés. En effet, le médecin responsable de cette MMG a précisé que cela apparaissait comme « *un gros problème actuellement au sein des MMG où les*

---

<sup>22</sup> [Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire](#)

*médecins passent leur dimanche matin à faire de l'administratif pour se faire payer (des patients qui n'ont pas leur carte vitale, qui n'ont pas de papier à jour, etc.) ». Ainsi « les patients n'ont rien à avancer et les médecins s'occupent uniquement des consultations. Cela permet également que le tri pour l'orientation des patients en MMG ne se fasse pas en fonction des patients qui peuvent payer ou non » ;*

- Une mutualisation de l'accueil : un agent d'accueil commun aux urgences et à la MMG se charge de l'administratif ;
- Une mutualisation des moyens : possibilité de faire des sutures, d'emprunter du matériel au service des urgences, de faire appel à des infirmières ;
- Une proximité avec les autres services permettant une sécurisation de la prise en charge s'il apparaît le besoin de transférer le patient dans un service spécialisé.

Par ailleurs, de nombreux responsables de MMG localisées au sein d'un établissement hospitalier ont évoqué la sécurisation que permet une telle proximité, notamment grâce à la présence d'autres personnels soignants et/ou d'un agent de sécurité à l'entrée de l'enceinte hospitalière.

Le témoignage de certains médecins responsables de MMG nuance cependant ce constat. En effet, selon un médecin interrogé, une implantation à proximité ou au sein d'un service d'urgence peut-être facteur de dysfonctionnements suivant deux tendances : une captation de l'activité par les urgences lorsque l'afflux est gérable et un renvoi massif, « par éructation » [sic] lorsque le service est saturé, ce qui peut conduire à une démobilisation des médecins volontaires. Certaines MMG sont donc localisées en ville, par choix délibéré des médecins volontaires et/ou du service des urgences. Par ailleurs, l'implantation dans l'enceinte hospitalière suppose une bonne entente entre les médecins libéraux et l'hôpital (qu'il s'agisse de la direction ou des médecins urgentistes) et le partage d'un projet commun. L'absence de volonté d'une des deux parties peut ainsi être un frein, comme cela a été relevé pour une des MMG observée qui a fait le choix de s'implanter en ville, au sein d'une clinique privée du fait du rejet initial d'une implantation au sein de l'hôpital par sa direction.

Enfin, l'opérationnalité du système de renvoi des patients des urgences vers la MMG suppose également une régulation efficiente à l'accueil. Sur ce point, un des responsables de MMG interrogé a témoigné d'un problème de renvoi des patients par l'IAO, un système personnel-dépendant et très aléatoire, lié à « l'humeur du moment de l'IAO ». En effet, selon le médecin interrogé, il arrive que l'IAO fasse des choix d'orientation arbitraires, représentatifs d'une perception erronée selon laquelle les médecins urgentistes seraient les spécialistes capables de gérer toutes les situations tandis que les médecins libéraux ne seraient capables de prendre en charge que les « bobos ». La solution résiderait alors en une régulation libérale à l'entrée des urgences (voir à ce titre le dispositif innovant du « MOLDU » présenté p.59), par un médecin dont l'expérience de terrain permettrait une prise de décision plus éclairée et légitime.

### ***Modalité d'accès : entre le tout-régulation et l'accès direct***

La loi impose la régulation médicale comme préalable à tout acte d'effectation en horaire de PDS, cependant cela n'est pas toujours rendu possible dans la réalité. La circulaire définissant les grandes lignes organisationnelles des MMG tempère ce principe légal et précise que « l'accès de la MMG doit être de préférence régulé préalablement par la régulation des appels de PDS mentionnée à l'article R. 6315-3 CSP. Le 15 doit être privilégié comme numéro d'appel. Un accès direct peut toutefois être accepté au vu de la situation

*locale* ». <sup>23</sup> Dans les faits, les entretiens menés auprès des médecins responsables de ces structures révèlent que l'accès direct est possible pour une grande majorité d'entre elles. Il apparaît cependant que certaines MMG ne reçoivent les patients qu'après une régulation préalable y compris à la porte du site en demandant au patient d'appeler le numéro de régulation. Dans ce cas, différents types d'organisations sont mis en place : le médecin de garde demande au patient d'appeler le régulateur lorsqu'il se présente à la MMG ; la MMG dispose d'un accès sécurisé (interphone ou digicode), le patient ne peut se présenter qu'après avoir pris rendez-vous en passant par le médecin régulateur.

Concernant les accès directs, la principale explication tient au fait que des patients qui se sont rendus une première fois à la MMG via le 15 y retournent d'eux-mêmes par la suite. Un des médecins interrogé a également expliqué que certains patients venaient sans appeler le 15 pour ne pas avoir à « négocier » avec le médecin régulateur sur la nécessité avérée d'une prise en charge immédiate. Il apparaît également que certaines MMG acceptent les entrées directes car elles n'ont que très peu de renvois par la régulation et le service des urgences. Dans ces cas, la majoration liée à la régulation des actes est bien souvent appliquée pour éviter de pénaliser les médecins qui réalisent les gardes. En effet, l'absence de régulation peut être liée à un manque de coordination entre les CRR Centre 15, les services d'urgences et la MMG du fait de la politique du directeur de l'hôpital (renvoi systématique aux urgences lié au financement T2A), dans ce type de cas, les médecins de garde se voient pénalisés par le système actuel de majoration, lorsqu'un patient se rend au point fixe directement.

#### **Suractivité : la problématique du report de demandes**

Certains médecins interrogés ont fait part d'un niveau d'activité ressenti comme trop important au regard des lignes de gardes dédiées à la MMG. Bien souvent, la problématique tient au report de demandes provenant de secteurs non couverts initialement. En effet, dans la réalité le bassin de population couvert peut varier en fonction de l'organisation de la PDSA des secteurs alentours. Si, comme cela a été évoqué par plusieurs MMG, les gardes en soirées de semaine ne sont plus assurées sur un secteur, les demandes se reportent de fait sur la MMG ouverte hors secteur. Ces déséquilibres causés par la suppression de plages de gardes sur les secteurs limitrophes impactent directement l'activité du point fixe sans ajustement de l'effectif des médecins de garde. Il semble important que ces reports de demandes soient estimés et pris en compte lors de l'attribution des lignes de garde, ce qui n'est généralement pas le cas selon le témoignage des médecins interrogés. Lorsque le niveau d'activité du point fixe est difficilement gérable, certaines MMG ont mis en place, de manière officielle ou non, une ligne d'astreinte qui permet un renfort en cas d'afflux de demandes.

Certains médecins interrogés ont cependant fait part d'une autre problématique : même si une nouvelle ligne de garde était accordée, il est possible qu'elle ne puisse pas être assurée par manque de médecins volontaires. Dans ce cas, la solution semble être la fusion des secteurs considérés qui permettrait l'augmentation du nombre de médecins volontaires en intégrant au dispositif l'ensemble des médecins du territoire réellement couvert par la MMG.

---

<sup>23</sup> Cf. *Infra*

### ***Système facilitant la continuité de l'information entre médecins de garde et médecins traitants***

Selon le Code de déontologie médicale (article R.4127-59 du code de la santé publique) : « le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en en informant le malade. Il en conserve le double ». Certaines MMG ont évoqué la mise en place un transfert d'information systématisé entre médecin de garde et médecins traitants, retraçant motif de la consultation et traitements prescrits. Le système basique consiste en une lettre adressée au médecin traitant et remise au patient en fin de consultation. Dans une MMG, un autre système a été développé : le médecin de garde envoie un compte-rendu de la consultation par courriel direct au médecin traitant à l'issue de chaque acte réalisé. Cet échange est rendu possible grâce à une messagerie médicale cryptée au sein de laquelle toutes les adresses e-mails des médecins des secteurs couverts sont enregistrées.

### ***Sécurisation du point de garde***

La problématique de la sécurité des gardes au sein des points fixes a été mentionnée à plusieurs reprises par les médecins interrogés. Cette question est souvent évoquée de manière concomitante à la féminisation des gardes. Face à ce constat, un protocole de sécurité en lien avec la gendarmerie a été mis en place au sein d'une des MMG. Un bouton d'appel relié à une caméra a été installé dans le cabinet de consultation : celle-ci se met en route si le médecin de garde presse le bouton et une liaison est directement établie avec une société de surveillance connectée à la gendarmerie. Au sein de la MMG où le système est en place, le recrutement de remplaçants s'en est trouvé facilité. Selon d'autres médecins interrogés, la localisation du point fixe au sein d'une enceinte hospitalière permet également une amélioration de la sécurité de la prise de garde par la présence du personnel hospitaliers et/ou d'un agent de sécurité à l'entrée du bâtiment.

### ***Le rôle facilitant de la secrétaire d'accueil et problématique liée à l'embauche***

Lorsque le niveau d'activité du point fixe est important, la présence d'une secrétaire/agent d'accueil semble faciliter l'accueil et la gestion des flux, la collecte et la synthèse des données d'activité demandées par l'ARS dans le cadre du renouvellement de la dotation et la réalisation des tâches administratives, qui peuvent être assez fastidieuses pour les médecins de garde (notamment en cas de tiers payant avec mutuelle).

Selon un des médecins interrogé, leur présence est absolument indispensable au bon fonctionnement de la MMG. Leur statut peut être variable : détachée de l'hôpital lorsque la MMG sous-loue ses locaux à l'établissement hospitalier, salariée ou intérimaire.

La secrétaire d'accueil est utile à plusieurs niveaux : elle décharge les médecins de garde et le médecin responsable ou coordonnateur en réalisant les tâches administratives, elle veille sur les locaux et offrent plus de sécurité pour les médecins de garde (notamment avec la féminisation de la profession) et pour les patients en salle d'attente dans le cas où il arriverait quelque chose. La présence d'une secrétaire d'accueil permet également au médecin de rester chez lui lorsqu'il n'y a personne et de venir sur son appel. Un des médecins interrogé a cependant mentionné la problématique concernant l'embauche de ce type de personnel du fait de l'absence de statut et du flou juridique pour la réalisation du contrat de travail : les horaires de travail sont très brefs (1 ou 2 heures), morcelés, irréguliers, variables, atteignent difficilement les 35 heures pour une semaine et incluent le travail de nuit et le week-end.

Dans le département du Rhône, la création d'un groupement d'employeurs pour les personnels d'accueil a permis de résoudre le problème. Cette association travaille actuellement en partenariat avec l'ensemble des MMG de l'agglomération lyonnaise et déborde également sur des départements limitrophes (en Haute-Savoie notamment). Chaque MMG adhère au groupement et paye ce qu'il consomme au service. L'association gère ainsi l'emploi du personnel et leur formation professionnelle, des démarches lourdes et complexes qu'une MMG seule peut difficilement gérer. Par ailleurs, le fait de ne pas passer par une secrétaire détachée du service des urgences permet une certaine autonomie vis-à-vis des structures hospitalières. L'intérêt repose également sur l'adhésion à une convention collective par le groupement, obligatoire pour toute structure ayant des salariés. Ce système facilite ainsi le travail de gestion lié à la création et au bon fonctionnement d'une MMG, relativement importante dans le contexte actuel, comme l'a souligné le président du groupement d'employeurs : « *la notion de l'emploi est capitale à l'heure où on demande aux MMG un effort d'efficience* ».

#### **e. Système d'acheminement des patients vers l'effecteur fixe**

La mise en place de transports dédiés permettant d'acheminer le patient vers l'effecteur de la garde est régulièrement évoquée comme un axe d'amélioration de l'organisation de la PDSA. Selon le rapport sur l'organisation des soins non programmés<sup>24</sup> : « *dès lors que le centre de régulation l'estime justifié, il semblerait logique [...] de rembourser les transports sanitaires, non seulement vers les urgences hospitalières, mais également vers les structures de soins non programmés, à la condition qu'elles aient contractualisé avec l'ARS* ». La mise en place d'un tel dispositif est de nouveau mentionnée dans le cadre du Pacte de refondation des urgences. Selon le rapport remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé sur le sujet en décembre 2019 : « *les enjeux de l'amont [des urgences] portent aussi sur les transports sanitaires, dont le cadre devrait être assoupli pour transporter le patient de son domicile jusqu'à une consultation non programmée. Concrètement, il faudrait permettre à la régulation médicale de solliciter un transport sanitaire pour des patients n'étant pas en mesure de se déplacer et qui sont orientés vers les maisons et centres de santé ou les MMG* »<sup>25</sup>. L'absence d'un tel dispositif peut également être problématique pour les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) comme cela a pu être soulevé par un de ces représentants lors des premières assises de la PDSA : « *Il nous faut également pouvoir transporter plus de victimes vers les Maisons Médicales de Garde, plutôt que d'immobiliser un pompier durant plusieurs heures aux urgences, quand cela est possible* »<sup>26</sup>. En 2019, le CNOM a mené des discussions qui n'ont pas encore abouti avec la CNAM pour la mise en place et le remboursement de transports dédiés dans le cadre de la PDSA.

Selon l'enquête menée auprès des CDOM, ce type de dispositif est très peu développé sur le territoire bien qu'il soit largement évoqué dans le cadre de l'amélioration de l'organisation de la PDSA. Sur les 87 départements disposant de sites dédiés de consultation, seuls 13% (soit 11 départements) ont un système d'acheminement des patients vers une partie ou l'ensemble des points de consultation (ambulances mises à disposition

<sup>24</sup> Meunier T., *Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires*, Paris, 2018.

<sup>25</sup> Mesnier T, Carli P., *Pour un pacte de refondation des urgences*, Paris, 2019.

<sup>26</sup> Compte-rendu de séminaire des premières assises de la PDSA, 2019, Nantes.

sur demande du régulateur ou convention avec des sociétés de taxis). Parallèlement, sur les 80 CDOM estimant que la PDSA ne fonctionnait pas bien sur tout ou partie du département, 50 (soit 63%) ont estimé que la mise à disposition de transports dédiés était une des pistes à envisager pour améliorer la situation.

Ce système semble avant tout nécessaire au sein de secteurs où l'effectif mobile n'est pas assurée. La présence d'un effecteur mobile (qu'il s'agisse du médecin posté en point fixe ou en cabinet, d'effecteurs mobiles exclusifs ou d'une association SOS Médecins) permet en effet la consultation à domicile du patient ne disposant pas de moyen de transport. C'est donc en l'absence d'effecteur mobile que la mise en place de transports vers le point fixe semble être réellement justifiée.

En Vendée, l'expérimentation d'un tel dispositif initiée en 2018 a été stoppée en 2019, car jugé très coûteuse et non-cohérente avec l'organisation déjà en place sur le territoire où des visites étaient également assurées. À contrario, en Mayenne, ce système a été mis en place depuis plusieurs années au sein d'un secteur assurant également des visites. Il est jugé utile et n'est pas remis en question car il permet, sur un territoire très vaste, que le médecin de garde n'ait pas à se déplacer auprès du patient lorsque le temps de transport est jugé trop important, lui permettant par ailleurs de se rendre disponible pour d'autres patients sur ce temps dégagé.

#### ***f. Effectif mobile et prise en charge des visites incompressibles***

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

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

- Elle peut être réalisée de manière « informelle » (sans forfait d'astreinte dédié) : c'est le cas des départements où l'effectif mobile n'est pas prévue par le cahier des charges mais est réalisée par certains médecins de garde. La réalisation des visites est, dans ce type de configuration, soumise à la bonne volonté des médecins et donc variable d'un médecin/d'une garde à l'autre. Ce type d'organisation est observé dans 38 départements (dont 19 comme modalité exclusive de l'effectif mobile – notamment en Charente, en Ardèche ou dans l'Allier – et 19 en cumul avec d'autres modalités, comme dans l'Ain, la Somme ou le Puy-de-Dôme).
- Dans 34 départements, les médecins assurant les gardes ont un rôle mixte d'effectif fixe et mobile. Dans ce type de configuration les médecins de garde assurent les visites à la fin des gardes postées ou de manière intermittente grâce à des plages horaires

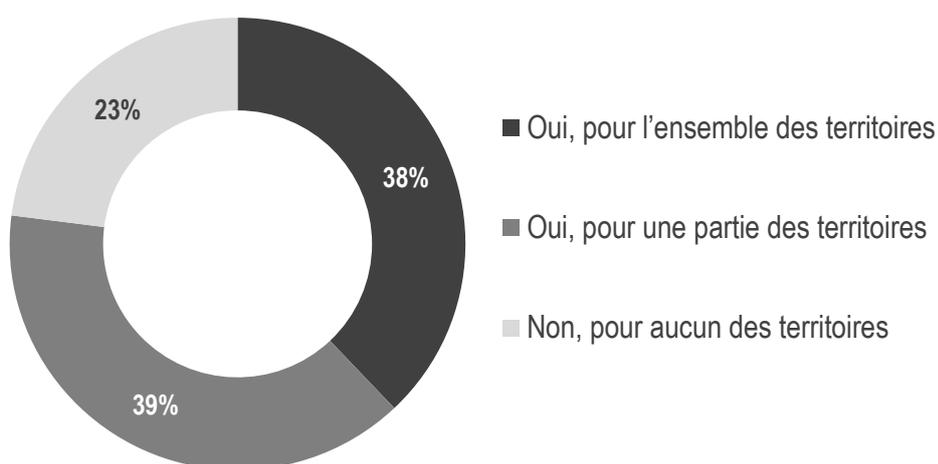
dédiées tout au long de la garde (voir à ce sujet l'ajustement des plages horaires en MMG p.40). C'est notamment le cas en Loire-Atlantique, dans le Cantal ou le Calvados.

- Pour 51 départements, l'effectif mobile est assurée par l'association SOS Médecins sur une partie du territoire, en complémentarité avec d'autres effecteurs dans 90% des cas. Ils apparaissent comme les seuls effecteurs mobiles pour 5 départements (la Charente-Maritime, la Seine-et-Marne, la Manche, la Savoie et l'Essonne).
- Enfin, 32 départements ont opté pour la mise en place d'effecteurs mobiles exclusifs. Généralement, cela s'accompagne d'un redimensionnement des secteurs pour l'effectif mobile (le nombre de secteurs diffère alors selon l'effectif fixe ou mobile), les secteurs d'effectif mobile se superposent aux secteurs de l'effectif fixe et couvrent l'ensemble du territoire. Ces « grands effecteurs mobiles » ont notamment été mis en place dans le Finistère ou en Loire-Atlantique. En 2019, de nouveaux départements ont opté pour cette double organisation de la garde, c'est notamment le cas du Lot pour les week-ends et jours fériés et du Loir-et-Cher.

Concernant l'effectif au sein de secteurs couverts par un site dédié, il apparaît que parmi les 87 départements disposant de telles structures, 19 n'étaient pas dotés d'un dispositif de prise en charge des visites dites incompressibles sur ces secteurs (c'est 8% de moins qu'en 2018) et qu'il était effectif pour une partie seulement des territoires couverts par un site dédié pour 39% des départements (Cf. Graphique 12).

**Graphique 12** – Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés (N = 87)

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



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

*Source : CNOM, Enquête PDSA 2019*

En 2019, en l'absence d'effecteur mobile en mesure de se rendre auprès du patient, 2 départements disposaient d'un système d'acheminement vers l'effecteur fixe. Autrement dit, pour 17 départements, la PDSA était effective pour une partie seulement de la population, puisqu'aucune solution alternative au site dédié n'était proposée aux patients dans l'incapacité de se déplacer, le SMUR, les pompiers ou une ambulance privée restant alors l'unique solution. À une hétérogénéité d'accès à la PDSA entre départements, entre secteurs de PDSA, s'ajoute ainsi une disparité d'accès au sein même d'un secteur, entre les patients en mesure de se rendre au point fixe de garde et ceux qui ne disposent pas de moyen de transport ou qui ne sont pas mobilisables de par leur état de santé.

#### g. Rémunération de l'effectif

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

En 2019, les forfaits d'effectif ont été revalorisés pour 18 départements. Ils varient aussi bien au niveau régional que départemental. Ils étaient compris, pour une garde de 4 heures, entre 50€ à 200€ pour l'effectif fixe et entre 50€ et 420€ pour l'effectif mobile, tous créneaux confondus (Cf. Tableau 4).

**Tableau 4 – Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effectif fixe et mobile en 2019**

Région		20h – 24h	Minuit – 8h	Sam. 12h-20h	Dimanche, fériés et ponts 8h-20h	Sam. 8h-12h
Auvergne-Rhône-Alpes		50€	100€	100€	150€	-
Bourgogne Franche-Comté	Fixe	50€ - 100€	100€	100€ - 150€	150€ - 200€	-
	<i>Les MMG bénéficient d'une indemnité de sujétion</i>					
	Mobile	150€	250€	200€	300€	-
Bretagne	Fixe	50€	100€	100€	150€	-
	Mobile	150€	350€	200€	250€	-
Centre Val de Loire	Fixe	50€	-	100€	150€	50€ + 26,5€ de majoration par acte régulé
	Mobile	400€ - 670€	300€	400€ - 840€	600€ - 1260€	200€
Corse		50€	100€	100€ - 150€	150€ - 250€	NC
Grand-Est		50 - 125€	100€ - 450€	100€ - 250€	150€ - 600€	NC
	<i>Majoration en cas de resectorisation, fonction du temps de déplacement entre les deux communes les plus éloignées du secteur</i>					

Région		20h – 24h	Minuit – 8h	Sam. 12h-20h	Dimanche, fériés et ponts 8h-20h	Sam. 8h-12h
Hauts-de-France		100€	200€	200€	300€	-
Ile-de-France	Fixe	60€ - 200€	120€ - 400€	120€ - 400€	180€ - 600€	-
		<i>Tarifs dégressifs à partir du 2<sup>ème</sup> acte réalisé</i>				
	Mobile	50€ - 60€	100€ - 450€	100€ - 120€	150€ - 300€	-
		<i>Majoration pour les effecteurs en territoires à caractère rural</i>				
Normandie		56€ <i>Montant pouvant être modulé selon certains critères</i>				-
Nouvelle-Aquitaine	Fixe	50€	100€	100€	150€	-
	Mobile	150€	300€	150€	225€	
Occitanie	Fixe	50€ - 75€	120€	100€	150€	
	Mobile	50€ - 300€	30€ - 120€	100€ - 368€	150€ - 552€	-
	Mixte	50€ - 75€	120€ - 300€	100€ - 340€	150€ - 510€	
Pays-de-la-Loire	Fixe	90€ - 150€	100€ - 450€	100€ - 300€	150€ - 450€	NC
		<i>Les plages horaires et les montants varient selon les départements</i>				
	Mobile	200€ - 276€	400€ - 552€	400€ - 552€	600€ - 828€	
		<i>Baisse du montant horaire si aucun acte n'est réalisé</i>				
Provence-Alpes-Côte d'Azur		50€	100€	100€	150€	NC
Martinique		135€	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

## 2.3. Modification des horaires de permanence des soins

### a. Extension des horaires de PDSA au samedi matin

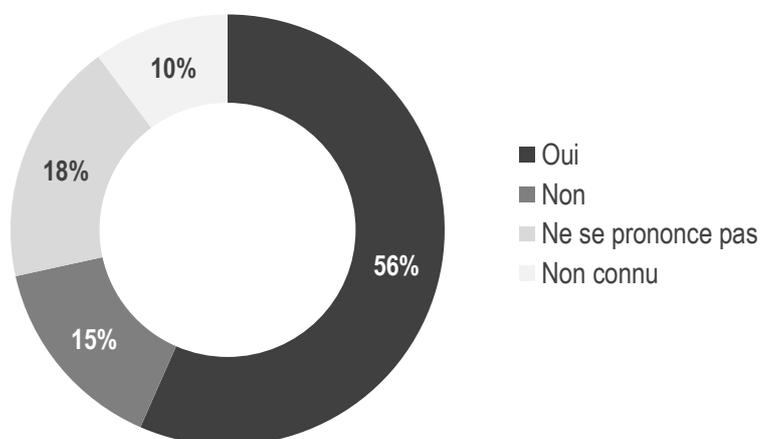
Légalement les horaires de PDSA ne couvrent pas le samedi matin (8h-12h)<sup>27</sup>, cependant l'organisation se met progressivement en place pour intégrer ce créneau pour la régulation libérale. Ce sujet apparaît comme un point de tension et une revendication forte des conseils départementaux, des représentants syndicaux du corps libéral. En effet, comme l'année passée, ce sujet est largement évoqué par les CDOM et apparaît comme une attente particulière dans le cadre du contexte actuel de fermeture des cabinets médicaux les samedis matins et du report de ces demandes sur les autres acteurs de l'offre de soins (urgences et SAMU notamment). Ainsi, en 2019, une grande majorité de CDOM pour

<sup>27</sup> Article R6315-1 du Code de la santé publique

lesquels les horaires de PDS n'ont pas été élargis au samedi matin (qu'il s'agisse de la régulation ou de l'effectif) se disaient favorables à ce qu'ils le soient (Cf. Graphique 11). À noter également qu'en 2019, le syndicat MG France, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et le Syndicat des médecins libéraux (SML) ont appelé les médecins libéraux à fermer leurs cabinets les samedis matins pour protester contre l'absence de prise en compte de ce créneau horaire dans la permanence des soins. La CSMF et la SML « exigent que tout le samedi soit inclus dans le système de garde et rémunéré en tant que tel » souhaitant ainsi que soit reconnue « l'implication professionnelle des médecins en dehors des heures ouvrées de leurs cabinets ».

**Graphique 13** – Avis des CDOM sur l'extension des horaires de PDS au samedi matin (N = 61)

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



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

Source : CNOM, Enquête PDSA 2019

Les CDOM se disent majoritairement favorables à cette évolution pour plusieurs raisons :

- Le constat grandement partagé de la fermeture des cabinets médicaux le samedi matin : « actuellement certains cabinets médicaux n'assurent pas la continuité des soins le samedi matin. Il en résulte une grande difficulté du Centre 15, appelé par carence, pour avoir accès à un médecin » ;
- Un report des demandes non prises en charge le matin sur le créneau de garde de l'après-midi : « le médecin qui prend la garde le samedi midi se retrouve souvent avec plusieurs visites à faire « tombées » le matin ». Une extension de la PDSA au samedi matin « permettrait d'éviter une surcharge de prises en charge des patients en fin de journée les samedis » ;
- Cela permettrait de libérer des médecins pour assurer la régulation libérale sur ce créneau : « pour avoir plus de médecins régulateurs disponibles, il faut pouvoir les décharger de leur activité dans le cabinet en passant le samedi matin en PDSA sur les MMG ».

Concernant les 9 CDOM qui se sont déclarés défavorables à l'extension des horaires de PDSA au samedi matin, les raisons suivantes ont été invoquées :

- Une organisation informelle est déjà en place et offre une plus grande latitude aux médecins concernant la manière dont ils souhaitent s'organiser : « *La plupart des médecins "en campagne" assurent des consultations le samedi matin (arrangement entre confrères au sein d'un cabinet de groupe ou avec des collègues voisins). Les Confrères veulent garder la liberté de consulter le samedi matin à leur convenance sans avoir en plus à assurer une PDSA certains samedis matins* » ;
- La difficulté à trouver un médecin traitant sur ce créneau n'est pas ressentie comme assez importante sur certains territoires pour justifier une extension des horaires de PDSA : « *Certes, un médecin effecteur pourrait désengorger les cabinets qui travaillent, mais ceci pourrait encourager des médecins qui travaillent le samedi matin à s'arrêter de le faire. Ils n'ont pas l'impression, et il n'y a pas de retour vers le conseil à ce sujet, qu'il y ait beaucoup de difficultés pour voir un médecin le samedi matin sur rendez-vous. En cas d'urgence, il arrive que lorsqu'un patient n'a pas pu joindre de médecin le samedi matin, à partir de 12 heures, il peut faire le 15 et être redirigé vers un médecin de garde* » ;
- Le décalage de rémunération entre les médecins dont les cabinets sont ouverts sur ce créneau et les médecins de garde pourrait également poser problème : « *Je ne vois comment les médecins de cabinets accepteraient de prendre un tarif de consultation habituel, alors qu'en même temps, d'autres médecins ont un tarif de garde* ».

Dans les faits, la mise en place d'une plage de régulation les samedis matins poursuit son développement et concerne plus de quatre départements sur dix en 2019. Effective en Côte-d'Or depuis 2015, elle a été inscrite aux cahiers des charges de la Corse, de la Normandie et de la Nouvelle-Aquitaine en 2019 et a été renforcée en Bourgogne-Franche-Comté et en Centre-Val-de-Loire. Il est cependant à noter que pour 8 départements les lignes de garde du samedi matin prévues dans le cahier des charges ne sont pas assurées (dans la Manche, l'Allier, le Cantal, les Alpes-de-Haute-Provence, le Vaucluse, les Bouches-du-Rhône, la Corrèze et la Vienne). Dans la Vienne, les médecins régulateurs contestent le montant alloué pour cette plage horaire. Dans la Manche l'expérimentation de la régulation libérale le samedi matin n'a pas pu être mise en place du fait de la difficulté pour trouver de nouveaux volontaires. Dans le Cantal, l'Association de régulation (AMBAC) a décidé de ne pas assurer la régulation sur ce créneau tant qu'il ne sera pas inclus aux horaires de PDSA pour l'effectif également.

De manière générale, on observe que, lorsqu'elle est mise en place, la régulation s'accompagne rarement de l'élargissement des horaires de PDSA pour l'effectif et les patients nécessitant une consultation doivent généralement attendre le début de la prise de garde par le médecin de la PDSA lorsqu'aucun médecin généraliste n'est identifiable et disponible pour assurer la consultation. Ce point a été notamment soulevé par le CDOM de la Drôme : « *Il existe une régulation libérale le samedi matin dans la Drôme mais aucune effectif... La plupart des cabinets médicaux étant fermés le samedi matin, en particulier dans les grandes agglomérations, il est impossible d'adresser les patients ailleurs qu'aux urgences, ou bien ils doivent patienter jusqu'à l'après-midi. Une expérimentation d'ouverture de la MMG de Valence devait débiter au 1<sup>er</sup> septembre 2019 mais a été annulée au dernier moment du fait d'un blocage au niveau de la CNAM* ». Sur les 41 départements ayant étendu les horaires de PDSA au samedi matin pour la régulation, 6 les ont également élargis pour l'effectif : l'Indre, la Haute-Corse, le Var, la Charente-Maritime, la Mayenne et la Moselle. Dans le département de l'Indre par exemple, une effectif fixe et mobile relevant de forfaits spécifiques est assurée les samedis matins. Sur ce point, la région Auvergne-Rhône-

Alpes a annoncé dans son cahier des charges la mise en place d'une expérimentation avec la création d'une ligne de garde d'effectif le samedi matin sur deux secteurs (l'un plutôt urbain et l'autre rural) de manière à mesurer l'impact d'une telle mesure sur l'activité des services d'urgences. En Ardèche, une expérimentation d'ouverture d'une MMG à partir de 10h le samedi a été mise en place en 2019 et intégrée au dispositif de PDSA, elle ne concerne cependant que ce site et n'a pas été étendue au reste du département.

Il apparaît que des organisations informelles de prises en charge des demandes de soins non programmés les samedis matins sont mises en place dans certains départements à l'initiative des médecins libéraux.

À titre d'exemple, la MMG d'Alès, dans le Gard, a fait le choix d'étendre ses horaires d'ouverture au samedi matin, de manière à permettre aux confrères du secteur de ne pas travailler sur l'ensemble du week-end. Malgré la demande de soutien formulée par la MMG, les frais d'exercice (secrétariat notamment) ne sont cependant pas pris en charge par l'ARS sur ce créneau mais financés grâce aux cotisations des médecins volontaires adhérents à la MMG. Dans la Sarthe, les médecins volontaires se sont également organisés depuis plusieurs années pour assurer une permanence à tour de rôle les samedis matins. Suivant la tendance à la fermeture des cabinets médicaux les vendredis soirs soulevée par plusieurs CD, il est permis de penser qu'une organisation informelle de PDSA les samedis matins, non reconnue par les ARS, est mise en place sur plusieurs territoires, comme c'est le cas dans le Gard ou dans la Sarthe.

#### **b. Horaires adaptés en soirées**

Selon plusieurs CDOM, les horaires de PDSA en soirées de semaine ne sont pas en cohérence avec l'activité constatée.

Sur ce créneau les horaires normalement couverts vont de 20h à 24h, or les demandes de prises en charge non-programmées seraient plus importantes en début de soirée et bien moindres après 22h. Certains CDOM, comme le Lot, préconisent ainsi un décalage des horaires de PDSA de 18h/19h à 22h/23h : « *Le décalage des horaires de PDSA serait plus conforme à la pratique réelle de 19 à 23 h plutôt que de 20h à 24 h actuellement, ainsi que l'ouverture au samedi matin. Les deux demandés depuis des années !* ».

La mise en place de plages horaires adaptées est déjà effective au sein de plusieurs départements. À titre d'exemple, la Haute-Marne expérimente la mise en place d'une PDSA de 18h à 21h en soirées de semaine et limite les gardes à 21h également les week-ends ; dans le Gers, les gardes en première partie de nuit sont tenues jusqu'à 22h que ce soit en semaine ou les week-ends ; en Martinique, les gardes en soirées de semaine sont réalisées de 19h à 23h aussi bien pour l'effectif que la régulation ; dans les Landes, une expérimentation porte actuellement sur un élargissement des horaires de la régulation libérale en soirées avec une ligne assurée de 18h à 20h. Sur l'ensemble du territoire, certains points fixes de PDSA ont également aménagé leurs horaires d'ouverture au regard de l'activité constatée (Cf. page 40).

## 2.4. La participation des médecins à la permanence des soins

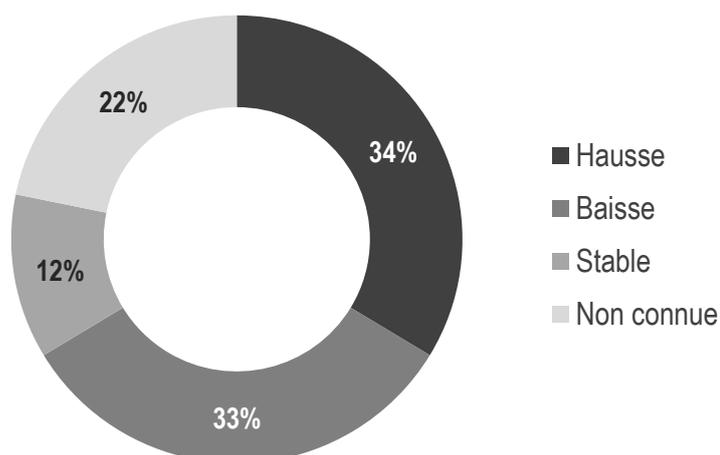
### a. Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA

Comme en 2018, un taux de participation a été construit à partir de données homogènes et comparables au niveau national, bien que certains départements n'aient pas pu être intégrés au calcul<sup>28</sup>.

Selon les données d'activité d'Ordigard, le taux de volontariat national s'élevait à 38,1% en 2019, soit une baisse de 0,5 points par rapport à 2018. On dénombrait ainsi 24 258 médecins volontaires<sup>29</sup> pour 63 551 médecins susceptibles de participer à la PDSA<sup>30</sup>. Une grande hétérogénéité est à noter au niveau départemental avec un minimum de 5% pour Paris et un maximum de 82% pour le département des Vosges (pour le détail départemental voir le tableau en annexe).

En termes de tendance d'évolution entre 2018 et 2019, le taux de participation a augmenté pour 34% des départements, a diminué pour 33% et est resté stable pour 12% (Cf. Graphique 14).

**Graphique 14 – Évolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2018 et 2019**



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

*Source : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2018-2019*

Il est important de noter que la baisse du taux de participation ne s'explique pas exclusivement par un désengagement des médecins libéraux. Elle peut également être liée à des facteurs conjoncturels tenant à la démographie médicale ainsi qu'à des facteurs

<sup>28</sup> Les données d'activité recueillies par Ordigard-P-Gard ne sont pas exhaustives ; elles couvrent 89 départements sur 101, se reporter à la méthodologie pour plus de détails.

<sup>29</sup> 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'effectif) en incluant les médecins titulaires n'ayant effectué aucune garde car remplacés.

<sup>30</sup> 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.

structurels tenant à l'organisation de la PDSA. En effet, la tendance à la réduction du nombre de territoires de garde peut conduire à une baisse de la mobilisation des médecins libéraux.

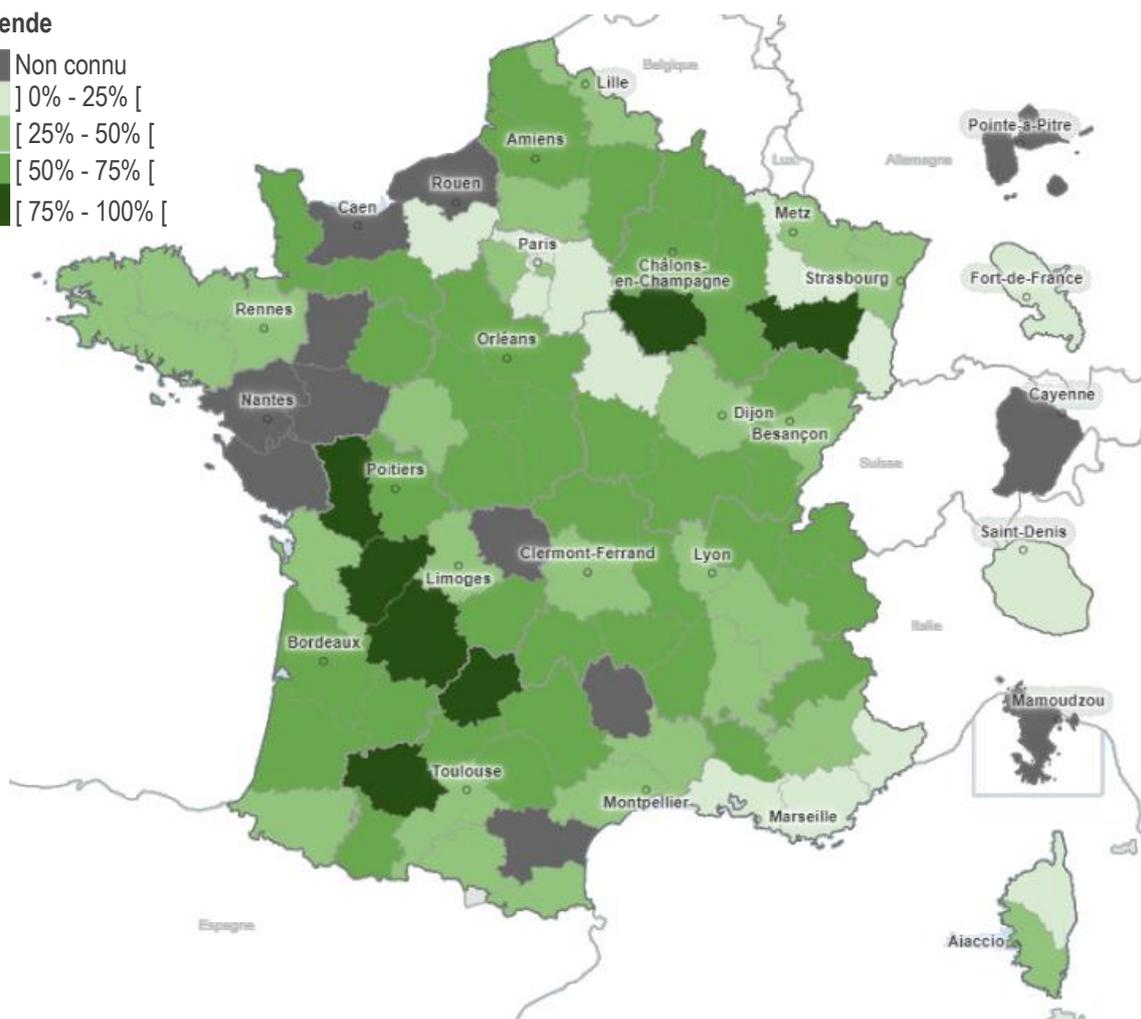
Par ailleurs, le taux de participation doit être interprété avec précaution car il ne renseigne pas, à lui seul, sur le bon fonctionnement de la PDSA. En effet, il peut être très satisfaisant au sein d'un territoire où le taux de participation est faible et inversement. C'est notamment le cas des départements 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 d'Eure-et-Loir et de Charente où des réquisitions préfectorales ont eu lieu de manière récurrentes en 2019 et dont les CDOM estiment que l'organisation de la PDS est fragile sur une partie de leur territoire malgré un taux de participation supérieur à 70%.

Il est également important de noter qu'un taux de participation départemental peut masquer des disparités entre les territoires ruraux et urbains. Comme cela a déjà été relevé, ces écarts sont en partie liés à la « professionnalisation » de la PDSA dans les centres urbains.

### Cartographie 6 – Taux participation des médecins à la PDSA en 2019

#### Légende

■	Non connu
■	] 0% - 25% [
■	] 25% - 50% [
■	] 50% - 75% [
■	] 75% - 100% [



Source : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2019

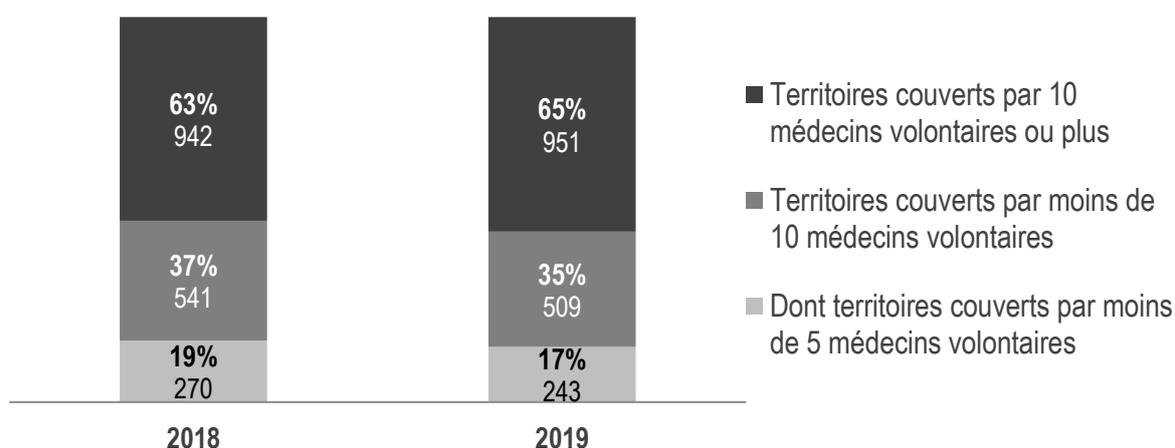
### b. Couverture des territoires de PDS

En 2019, selon les CDOM, 35% des territoires de PDSA (en prenant pour base le nombre de territoires les week-ends et jours fériés) étaient couverts par moins de 10 médecins volontaires et 17% par moins de 5 médecins volontaires, soit une baisse de 2% en un an (en 2018, ces proportions s'élevaient respectivement à 37% et 19%).

La baisse du nombre de territoires couverts par 5 médecins volontaires ou moins peut en partie s'expliquer par les resectorisations mises en œuvre en 2019 qui ont permis d'augmenter le pool de médecins participants par le regroupement de plusieurs territoires.

Sur certains territoires, la faiblesse du nombre de médecins volontaires, notamment en cas de départs à la retraite, peut fragiliser l'organisation de la PDSA. En effet, l'accroissement du nombre de gardes par médecin peut provoquer une baisse du volontariat par une suractivité difficilement supportable, et cela d'autant plus au regard du vieillissement de cette population. Le nombre moyen de gardes<sup>31</sup> est ainsi très hétérogène au niveau départemental et il est permis de penser qu'il peut également l'être au niveau des territoires de garde. Ainsi, au cours de l'année 2019, les médecins effecteurs (titulaires ou remplaçants) avaient chacun réalisé 30 gardes en moyenne (contre 31 en 2018), avec un minimum de 5 gardes annuelles en moyenne dans l'Orne et un maximum de 178 en Seine-et-Marne (Source : CNOM, Ordigard, 2019). Ce chiffre est cependant à nuancer car il intègre les médecins travaillant en associations de PDS de type SOS Médecins, dont les prises en charge en horaires de PDSA représentent le cœur de métier, contrairement aux médecins libéraux installés qui participent au dispositif en plus de 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 2019.

**Graphique 15** – 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 et 2019



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

Source : CNOM, Enquêtes PDSA 2018 et 2019

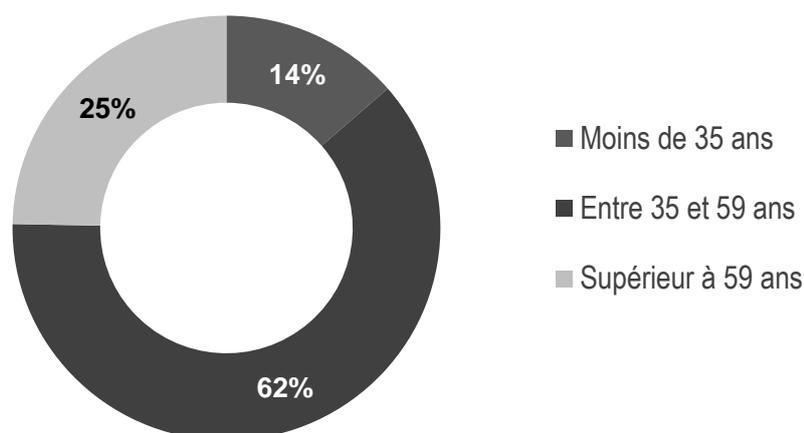
<sup>31</sup> Une garde correspond majoritairement à un créneau de 4 heures mais peut également correspondre à un créneau de 8 ou 12 heures les dimanches et jours fériés notamment.

### c. Profil des médecins de garde

Selon les données Ordigard, les médecins participants à la PDS sont majoritairement des hommes : à 69% pour les régulateurs et à 59% pour les effecteurs. La part des femmes assurant les gardes est cependant en augmentation : chiffre en hausse de 1% pour les médecins régulateurs et de 2% de plus pour les effecteurs entre 2018 et 2019.

La baisse de l'âge moyen<sup>32</sup> des effecteurs de garde déjà observée l'année passée, se poursuit avec un passage de 47,4 ans en 2018 à 47 ans en 2019 (avec un minimum de 41,6 ans en Indre-et-Loire et un maximum de 55,9 ans dans la Creuse). La grande majorité se situe entre 35 et 59 ans (Cf. Graphique 16). On note une légère augmentation de la part des médecins de moins de 35 ans et des médecins entre 35 et 59 ans (1 point de plus qu'en 2018). Comme en 2018, l'âge moyen des médecins régulateurs n'a pas évolué et reste donc à 55,4 ans en 2019 (minimum de 47,5 dans le Cantal et maximum de 67,3 dans le Tarn et Garonne)<sup>33</sup>.

**Graphique 16** – Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2019 selon la tranche d'âge



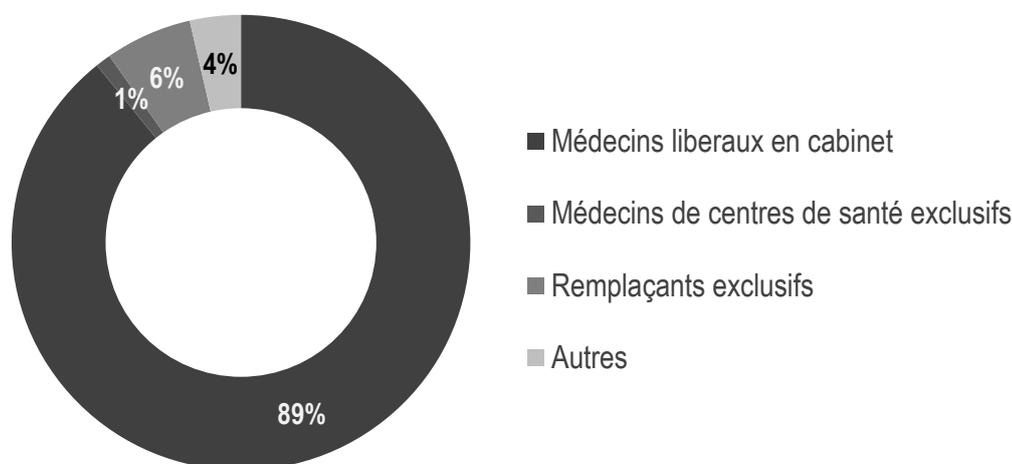
Source : CNOM, Ordigard, 2019.

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 89% des médecins participants à la PDSA. La part des médecins salariés exerçant en centres de santé participant à la PDSA était de 1% et celle des médecins remplaçants exclusifs de 6% (Cf. Graphique 17).

<sup>32</sup> 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).

<sup>33</sup> Non connu pour 33 départements.

**Graphique 17** – Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2019 selon le mode d'exercice



Source : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2019.

Bien que très minoritaires, les médecins salariés de centres de santé ont également vocation à s'inscrire dans l'organisation de la PDSA. L'accord national prévoit qu'ils puissent participer au dispositif, le centre de santé percevant alors une rémunération forfaitaire fixée dans le cadre du cahier des charges défini par l'ARS. Il est ainsi possible que des centres de santé se transforment en MMG aux horaires de la PDSA. Selon un rapport du Sénat de 2017<sup>34</sup>, 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).

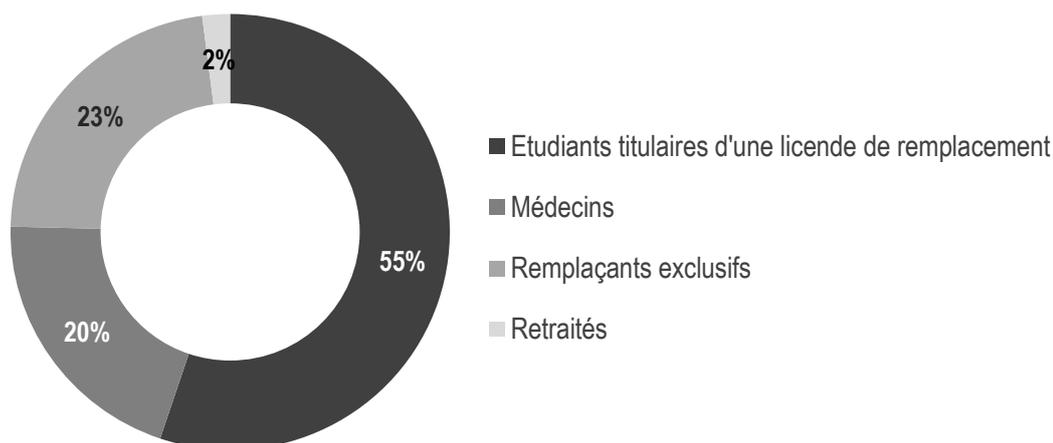
#### **d. Remplacement**

Selon les données issues d'Ordigard, le remplacement est une pratique relativement courante puisque plus d'un médecin effecteur sur quatre (26,7%) s'est fait remplacer au moins une fois au cours de l'année 2019 (aucune évolution constatée depuis 2018). Cette pratique est contrastée au niveau départemental avec un taux minimum de 0,4% dans le Doubs et un maximum de 70,6% dans l'Aube. La part des gardes remplacées reste cependant assez faible et s'établit à 8% du total des gardes effectuées cette même année (soit 1% de plus qu'en 2018). Là encore les disparités départementales sont importantes

<sup>34</sup> Sénat, 2017, Rapport d'information n°685 sur les urgences hospitalières.

avec un taux quasi-nul pour le Doubs et un maximum de 45,2% dans le Val-de-Marne. Ces chiffres sont cependant à interpréter avec précaution car il est possible que des médecins se fassent remplacer par un confrère sans mise à jour systématique du tableau de garde, situation qui ne saurait perdurer. Il doit donc être interprété comme la fourchette basse du taux de gardes remplacées au cours de l'année.

**Graphique 18** – Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2019 selon le statut



Source : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2019.

En 2019, les effecteurs remplaçants étaient majoritairement des étudiants (Cf. Graphique 18), suivaient les médecins libéraux installés et les médecins ayant le statut de remplaçants exclusifs (cette dernière catégorie a augmentée de 3 points par rapport à 2018).

En 2019, 24 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. Selon les CDOM, tous ont pu obtenir une Carte professionnel de santé (CPS) dans 6 départements, une partie seulement dans 3 départements et aucun dans 5 départements (10 CDOM n'ont pas su répondre). Le CNOM travaille depuis un certain temps avec la CNAM pour permettre que la CPS de ces professionnels contienne les données permettant la télétransmission. Actuellement, seuls les médecins libéraux installés disposent de cartes CPS facturantes. Étendre cette option aux médecins retraités, salariés ou remplaçants dans le cadre de la PDSA permettrait certainement d'élargir la base possible des volontaires. En termes de perspective, une expérimentation d'extension de la CPS aux médecins retraités, salariés ou remplaçants devrait débuter début 2020 dans un département.

#### **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 2019, les réquisitions préfectorales en rapport avec la PDSA ont eu lieu dans 15 départements, soit 7 de moins qu'en 2018. Pour 5 départements, les réquisitions relevaient d'un régime permanent : en Gironde, Charente, Marne, Eure-et-Loir et Pyrénées-Orientales. Pour les autres, il s'agissait de réquisitions ponctuelles, comme ça a pu être le cas en 2019 dans l'Oise, l'Hérault ou la Corrèze.

## 2.5. Initiatives innovantes en 2019

---

### *a. Le « MOLDU » : structurer l'offre de soins entre les urgences et la ville*

L'hôpital d'Annemasse, en Haute-Savoie, est confronté, comme beaucoup d'autres sur le territoire, à un flux important de demandes de soins de premiers recours difficiles à absorber et pour lesquelles une prise en charge par un médecin libéral serait plus adaptée. Face à cette problématique, un dispositif innovant vise à « éduquer » le patient au bon usage des urgences et à réduire ainsi le nombre de demandes en structurant l'offre de soins vers les médecins de ville. Le modèle organisationnel repose sur la présence d'un médecin libéral qui tient le rôle de médecin « répartiteur » ou « régulateur » au sein des urgences les soirs de semaine : le Médecin d'orientation libéral des urgences, dit « MOLDU ». Ce médecin intervient après l'arrivée du patient aux urgences pour le réorienter vers la médecine de ville lorsque cela paraît justifié. Ce système suppose la présence d'effecteurs en aval. Pour cela il s'articule au dispositif de PDSA en place grâce à la collaboration avec les médecins de garde en ville qui libèrent des plages dédiées pour les patients qui sont envoyés par le MOLDU. Cela permet de structurer l'offre existante de manière plus opérante et justifiée en récupérant des niches disponibles pour répondre aux soins de premiers recours. L'idée de la création d'une MMG au sein de l'hôpital a été volontairement écartée pour ne pas provoquer un flux supplémentaire de demandes.

Techniquement le dispositif s'appuie sur un système d'information dédié permettant traçabilité, sécurité et garantie de la prise en charge du patient : le MOLDU a accès à un agenda partagé de l'ensemble des médecins de ville participants lui permettant de visualiser les créneaux disponibles, la localisation et le domaine opérationnel des médecins. L'effecteur est instantanément informé du rendez-vous et le patient reçoit un courriel et un SMS avec l'ensemble des informations utiles. Lorsque la consultation a eu lieu, l'effecteur le notifie en renseignant les éléments de diagnostics.

Le financement repose sur une enveloppe mixte URPS médecins de la région, hôpital et ARS. Si le dispositif a été mis en place en septembre 2018, les premières discussions autour de sa création ont été initiées trois ans auparavant. Le temps nécessaire à son développement s'explique par le changement de mentalités sur lequel médecins de ville et l'hôpital ont dû travailler : l'hôpital renonçant aux forfaits des patients renvoyés vers les médecins libéraux et les médecins libéraux se mettant au service des patients de l'hôpital.

Avec le recul, il apparaît qu'il a favorisé une discussion plus sereine entre les médecins libéraux, la direction hospitalière et les médecins urgentistes en créant un espace d'échange et un bon sens commun. Il a permis une compréhension réciproque et une valorisation du rôle de chacun. Face à la crise des urgences, il a été consenti par l'administration et par les médecins urgentistes qu'un tel dispositif représentait une partie de la solution.

#### ***b. Enquête de notoriété sur la PDSA : questionner la population pour améliorer l'organisation de la PDSA***

L'ARS Pays-de-la-Loire a un système de PDSA original en ce sens qu'il s'adosse entièrement (en dehors des agglomérations de Nantes et de Saint-Nazaire où la PDSA est assurée par l'association SOS Médecins) sur les Associations départementales de PDS (ADOPS), non seulement pour la sectorisation, le fonctionnement des MMG, l'organisation des gardes d'effectif et de régulation, mais également pour la négociation et la gestion de l'enveloppe budgétaire dédiée aux paiements des forfaits et des actes réalisés. De manière à évaluer les bénéfices d'une telle organisation et à réajuster, au besoin, le dispositif de PDSA, l'ARS a réalisé, en 2015, une enquête de notoriété/utilisation/satisfaction sur la PDSA auprès de la population générale et l'a renouvelée en 2019.

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

---

#### **3.1. La PDSA en EHPAD : une problématique qui demeure peu traitée**

---

Comme cela a déjà été souligné les années précédentes, la prise en charge des soins non programmés en EHPAD est une problématique constante en et hors horaires de PDSA. Les demandes de soins non programmés des résidents d'EHPAD en horaires de PDS sont souvent assimilées à la notion de visites dites incompressibles puisqu'il est aujourd'hui communément admis qu'il est préférable de procéder à des visites à domicile plutôt qu'à l'acheminement de ces patients vers le point de consultation (au mieux le point fixe de PDS, au pire le service des urgences).

L'intervention des médecins de garde au sein des EHPAD suppose la mise à disposition de moyens (chariots de soins type notamment), la présence de personnels en horaires de PDSA ainsi que l'accès au dossier médical des patients. Lorsqu'à l'absence de personnel soignant s'ajoute un manque d'information disponible 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 à intervenir au sein de ces établissements.

L'enquête auprès des CDOM ne permet d'observer aucune évolution en 2019 sur l'organisation de la PDS pour les résidents d'EHPAD. Seulement 9 CDOM ont déclaré qu'une organisation spécifique avait été mise en place au niveau de leur département. Cela prend notamment la forme de conventions passées entre EHPAD et associations de PDSA (comme c'est le cas pour la Seine-et-Marne, l'Orne, l'Isère et la Gironde).

À un niveau plus large, la région Pays-de-la-Loire a initié une expérimentation pour le développement des prises en charge en EHPAD dépassant le seul cadre de la PDSA. Une visio-régulation entre le SAMU et plusieurs établissements en Loire-Atlantique a été mise en place dans l'objectif d'éviter le passage aux urgences et le déplacement de transports sanitaires. Cette expérimentation est encore au stade de test avec un groupe d'établissements et devrait être généralisée dans le cadre du pacte de refondation des

urgences. Selon l'ARS, la région travaille également au développement d'une politique régionale au long-court pour généraliser les astreintes infirmières en EHPAD et rendre systématique l'application du protocole de recours au 15 et au 116-117. Sur ce point, le pacte de refondation des urgences prévoit de « *donner aux ARS les moyens d'organiser d'ici 2020 une généralisation de la présence d'infirmières en EHPAD la nuit, sous forme d'une mutualisation entre EHPAD* »<sup>35</sup>.

Au sein d'autres régions, l'évocation des interventions en EHPAD se limite à la question des certificats de décès (c'est notamment le cas pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou Auvergne-Rhône-Alpes).

En termes de perspective, le pacte de refondation des urgences prévoit « *la mise en relation du guichet unique santé avec le parcours de soins gériatriques, tout particulièrement avec les EHPAD, par le biais de la téléconsultation ou de la télé-visio-décisions* »<sup>36</sup> et prévoit pour cela que l'ensemble des EHPAD soient équipés pour développer les téléconsultations. Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes notait par ailleurs : « *Les passages aux urgences et les hospitalisations sont reconnues comme étant une source d'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées. La priorité doit être de les éviter, par une meilleure prise en charge à domicile ainsi qu'en EHPAD. Plusieurs actions en ce sens, initiées ces dernières années, mériteraient d'être renforcées : présence d'infirmières de nuit pour permettre une réponse médicale de premier niveau, télémédecine, développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), assouplissement des conditions d'intervention du médecin coordonnateur et généralisation du dossier de liaison d'urgence (DLU)* »<sup>37</sup>.

### 3.2. Élaboration des certificats de décès

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

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 2019, 82% des CDOM ont déclaré qu'elle reposait sur le médecin de la PDSA pour tout ou partie du département (contre 85% en 2018).

Sans résoudre la question de l'organisation de ces prises en charges, le décret n°2017-1002<sup>38</sup> du 11 mai 2017 et l'arrêté du 10 mai 2017<sup>39</sup> ont traité la question de son financement en fixant à 100€ le montant du forfait en horaires de PDSA ainsi qu'hors horaires de PDSA pour les zones officiellement désignées comme fragiles en termes d'offre de soins<sup>40</sup>.

<sup>35</sup> Mesnier T, Carli P., Pour un pacte de refondation des urgences, Paris, 2019.

<sup>36</sup> Mesnier T, Carli P., Pour un pacte de refondation des urgences, Paris, 2019.

<sup>37</sup> Cour des comptes, Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, février 2019, Paris.

<sup>38</sup> Décret n° 2017-1002 relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient.

<sup>39</sup> 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.

<sup>40</sup> Par arrêté du directeur général de l'ARS.

Pour autant, en 2019, 67% des CDOM pour lesquels la réalisation des certificats de décès reposait pour tout ou partie sur le médecin de garde ont déclaré que leur département rencontrait des difficultés particulières à ce sujet. C'est notamment le cas en Seine-Maritime, où le CDOM explique que « *quand le médecin traitant n'est pas disponible (ou qu'il n'y en a pas), il n'y a aucun moyen de trouver un médecin pour faire un certificat de décès, ce qui engendre des situations dramatiques pour la famille, les gendarmes ou les policiers* ».

En 2019, l'Article 12 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a porté modification de l'article L2223-42 du code général des collectivités territoriales concernant l'établissement des certificats de décès. Un décret doit préciser les éléments favorisant la prise en charge de la réalisation des certificats de décès par les médecins retraités non exerçants et le CNOM a insisté sur les questions d'assurance en RCP et de prise en charge des cotisations sociales qui aujourd'hui freinent leur participation.

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). La création d'une liste de médecins volontaires pour la réalisation des certificats de décès est une des solutions mise en place, comme c'est le cas dans le département de l'Hérault. En Martinique, une astreinte spécifique pour la réalisation de ces actes en horaires de PDSA a été entérinée en 2019. Certains cahiers des charges intègrent explicitement cet acte dans les missions du médecin de garde, c'est notamment le cas pour la région Bretagne où il fait partie des visites dites incompressibles. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur l'intègre au regard du décret précité tout en précisant qu'en EHPAD sa réalisation reste sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

### 3.3. 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 précaire<sup>41</sup>.

La réforme de 2010<sup>42</sup> 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 2019, la prise en charge exclusive de ces examens par les UMJ était effective pour seulement 7 départements selon les CDOM répondants, dont la Haute-Loire, les Yvelines, la Vienne ou encore le Calvados. Il est cependant à noter que les prises en charges de ces

---

<sup>41</sup> Direction des affaires criminelles et des grâces, 2009, *Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue*

<sup>42</sup> Circulaire NOR : JUSD1033099C et NOR : JUSD1033764C relatives à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale

examens par les UMJ est faite en commun avec d'autres acteurs (SAMU, urgences, médecins de garde) dans 22 départements.

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 soins<sup>43</sup>, ce qui devait être l'exception est, dans les faits, resté la norme dans de nombreux départements et, dans de nombreux cas, sans qu'une convention n'ait été établie.

Cela est confirmé par l'enquête menée auprès des CDOM qui ont déclaré qu'au cours de l'année 2019 l'examen des gardés à vue était assuré pour tout ou partie par les médecins de la PDSA pour 71% des départements. Selon les CDOM, le mode d'organisation en place a fait l'objet d'une convention pour seulement 13%<sup>44</sup> d'entre eux. C'est notamment le cas dans le Haut-Rhin où une convention a été établie entre une MMG et le service d'accueil des urgences (les libéraux se chargent des examens des gardés à vue jusqu'à 23h et le service des urgences prends le relai en nuit profonde), dans les Alpes-Maritimes où une convention a été passée entre l'association SOS Médecins de Nice, la Police et la Maison d'Arrêt ou dans le Lot-et-Garonne entre les médecins de garde et la Police.

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

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

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

---

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

En 2019, 41 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. Ils interviennent également en instruisant les plaintes relatives à la PDSA.

---

<sup>43</sup> Assemblée Nationale, *Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins*, 2015.

<sup>44</sup> 64% « Non » et 23% « Ne sais pas ».

## 4.1. Tableau de garde

### a. *Élaboration*

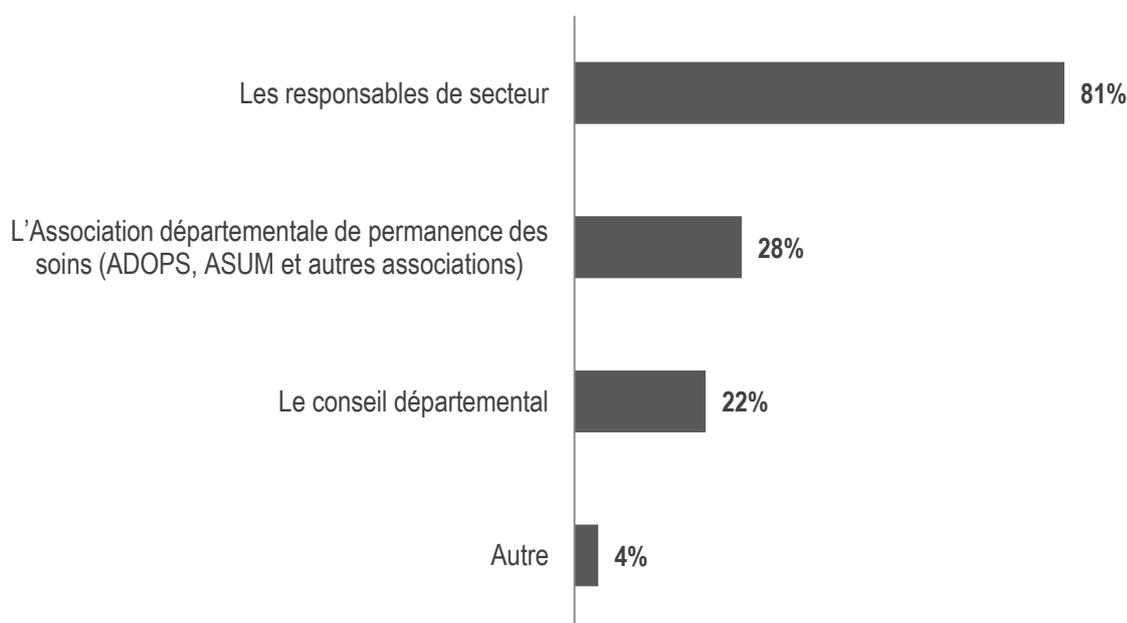
Selon l'organisation en place, les tableaux de garde de PDSA peuvent être élaborés par les responsables de secteurs, le CDOM, l'ADOPS ou l'AMRL ou encore de manière conjointe par le CDOM et l'ADOPS/AMRL. Il est important de préciser que les tableaux de gardes doivent être validés par les CDOM quelle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

Pour l'effectation, les tableaux sont principalement élaborés par les responsables de secteurs (pour 81% des départements) et dans une moindre mesure par les associations départementales de PDS (ADOPS, ASUM, etc. pour 28%) pour être compilés et validés ensuite par les CDOM au niveau du département. Près d'un quart des CDOM interrogés participent à l'élaboration de ces tableaux, soit seuls (dans 4 départements seulement), soit en collaboration avec les responsables de secteurs et/ l'association départementale de PDS.

Concernant la régulation, les tableaux de garde sont majoritairement gérés par les associations de médecins régulateurs libéraux (dans 59% des départements) et par les associations départementales de PDS (dans 36% des départements). Les CDOM participent beaucoup moins à leur élaboration que pour l'effectation (dans seulement 2 départements, seuls ou en collaboration avec l'AMRL). Dans certains départements, l'élaboration des tableaux de garde de la régulation est gérée, pour tout ou partie, par le centre hospitalier et le médecin coordonnateur du Centre 15 (c'est notamment le cas en Haute-Corse ou en Martinique).

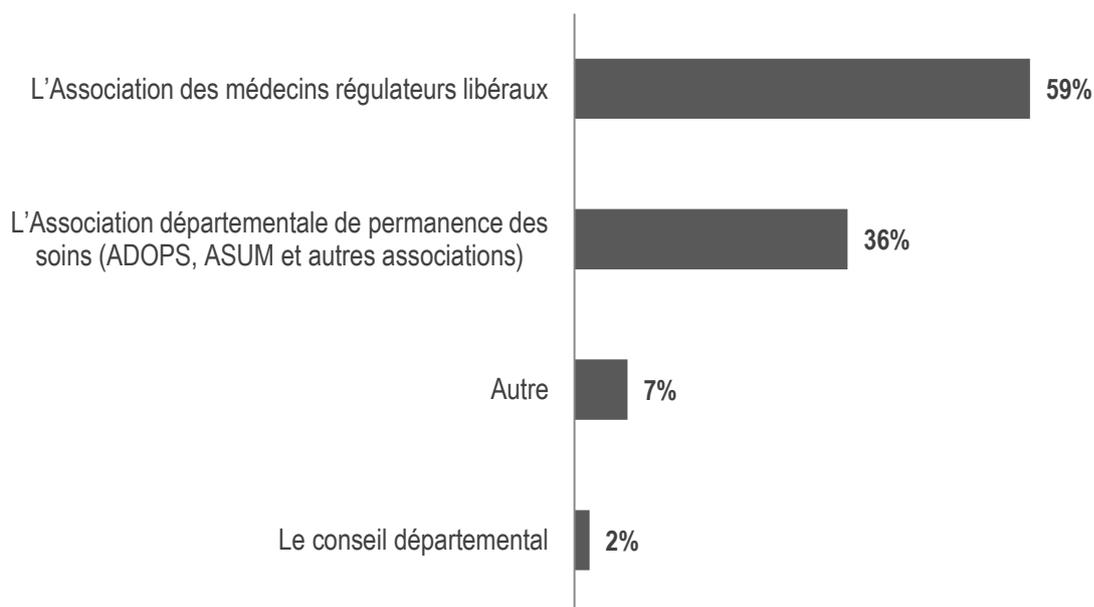
**Graphique 19** – Élaboration des tableaux de garde d'effectation en 2019

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



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2019.

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



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2019.

**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 2019, 95 départements utilisaient le logiciel de tableau de garde Ordigard créé par le CNOM, soit un de plus qu'en 2018. La connexion à P-Gard s'est quant à elle élargie à 5 nouveaux départements, soit 92 au total.

Ainsi, en 2019, au total sur 101 départements :

- 95 départements utilisaient Ordigard ;
- 92 départements utilisaient Ordigard et P-Gard ;
- 6 départements n'utilisaient aucun de ces deux logiciels.

**4.2. Plaintes et courriers reçus**

En 2019, 43 CDOM ont signalé des plaintes et des courriers provenant de médecins ou de patients concernant la PDSA (contre 37 en 2018).

Selon les déclarations des CDOM, 28 plaintes ou courriers provenaient de patients. Ils portaient principalement sur une réponse du régulateur jugée insatisfaisante, sur la qualité

de prise en charge, le refus de déplacement du médecin effecteur, le délai de réponse de la régulation, le remboursement de l'acte ou sur l'attitude du médecin de garde.

Par ailleurs, 10 départements ont signalé des plaintes ou courriers en provenance de médecins régulateurs à l'encontre de médecins effecteurs pour cause d'indisponibilité (médecin non joignable ou carence) et de refus de déplacement.

Enfin, 4 départements ont signalés des plaintes ou courriers en provenance de médecins effecteurs vis-à-vis des médecins régulateurs au sujet de difficultés relationnelles, de reports de demandes par carences sur d'autres secteurs et de prise en charge préconisée par le médecin régulateur jugée inadaptée. Un médecin effecteur a également formulé une plainte vis-à-vis d'un autre médecin effecteur concernant la rétrocession d'honoraires dans le cadre d'un remplacement.

Dans le rapport du sou médical publié en 2019 et reprenant les cas survenus en 2018, parmi les déclarations de sinistre des médecins généralistes sociétaires de la MACSF, on peut relever un cas relatif à la PDSA: « *Appel du SAMU pour une patiente suspecte d'accident vasculaire cérébral et probable inhalation. Envoi du médecin de garde, hospitalisation. Décès rapide. Mise en cause de tous les acteurs de la prise en charge* ».

#### **4.3. Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins**

---

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

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

Selon l'enquête menée auprès des CDOM en 2019, seuls 13% des départements ne disposaient d'aucune association de permanence des soins (qu'il s'agisse d'une ADOPS/ASSUM ou d'une AMRL), comme l'Yonne, le Loir-et-Cher, l'Aube ou le Haut-Rhin. Ces structures sont ainsi particulièrement développées sur le territoire et concourent grandement à l'organisation de la PDSA. Elles peuvent même être le socle de l'organisation de la PDS, comme c'est le cas au sein de la région Pays-de-la-Loire. Dans cette région, leur rôle est central puisqu'elles se voient confier, par convention pluriannuelle la gestion opérationnelle du dispositif de PDSA, y compris le volet financier.

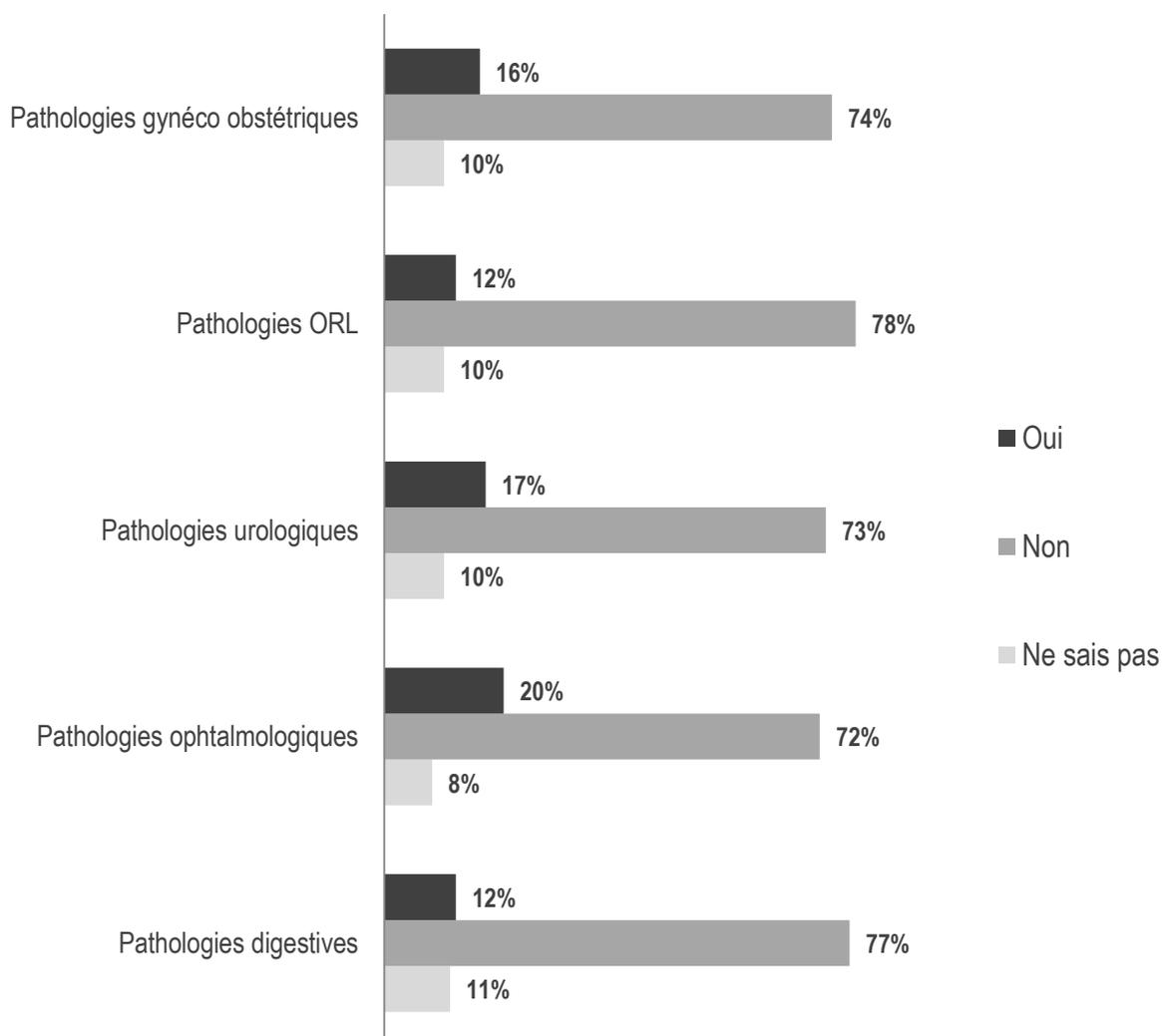
### **5. Permanence des soins spécialisés**

---

Cette année, l'enquête a intégré une question visant à identifier l'existence de PDS spécialisées. Selon les réponses des CDOM, les prises en charges spécialisées sont encore minoritairement organisées en horaires de PDSA. Ces chiffres seront affinés dans la prochaine enquête de manière à savoir s'il s'agit d'un accès dans le cadre d'une PDS en établissement de santé ou dans le cadre d'une PDSA.

La PDS spécialisée pour la prise en charge des pathologies ophtalmologiques apparaît comme la plus développée (existante pour 1 département sur 5), suivie par la prise en charge des pathologies urologiques et gynéco-obstétriques (respectivement dans 17% et 16% des départements) et encore plus minoritairement pour les pathologies ORL et digestives (12% des départements).

**Graphique 21 – Existence de PDS de soins spécialisés au sein des départements**



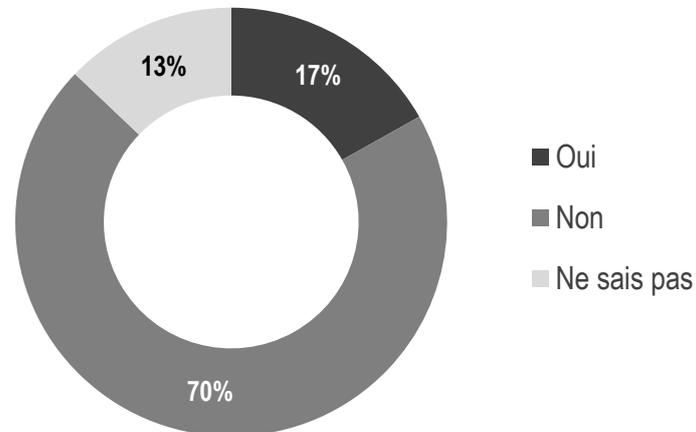
*Lecture : Selon les CDOM, 16% des départements disposeraient d'une PDS spécialisée pour les pathologies digestives en 2019.*

*Source : CNOM, Enquête PDSA, 2019.*

## **6. Partenariat ville-hôpital**

Il existe un partenariat et/ou une convention entre ADOPS, associations de type SOS Médecins et services des urgences des hôpitaux pour seulement 17% des départements. Ces conventions sont principalement établies entre les MMG et les services des urgences dans le cadre de la réorientation de patients (c'est notamment le cas dans le Nord, le Pas-de-Calais, la Corse-du-Sud, le Finistère le Loiret). Certaines conventions lient les associations SOS Médecins et les centres hospitaliers (comme en Gironde ou en Pyrénées-Orientales).

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



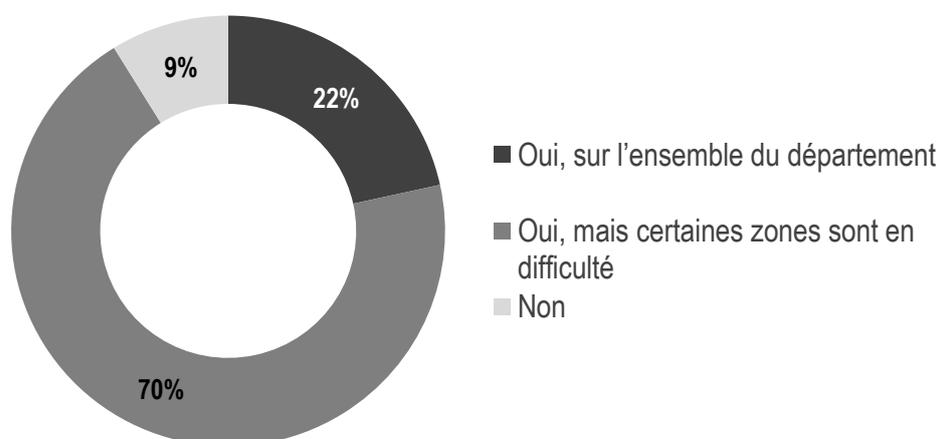
Source : CNOM, Enquête PDSA, 2019.

## 7. Constats et perspectives

En 2019, 22% des CDOM considèrent que la PDS fonctionne bien sur l'ensemble de leur département, 70% considèrent que la PDS fonctionne globalement bien mais que certaines zones sont en difficulté et 9% qu'elle ne fonctionne pas (Cf. Graphique 23).

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

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



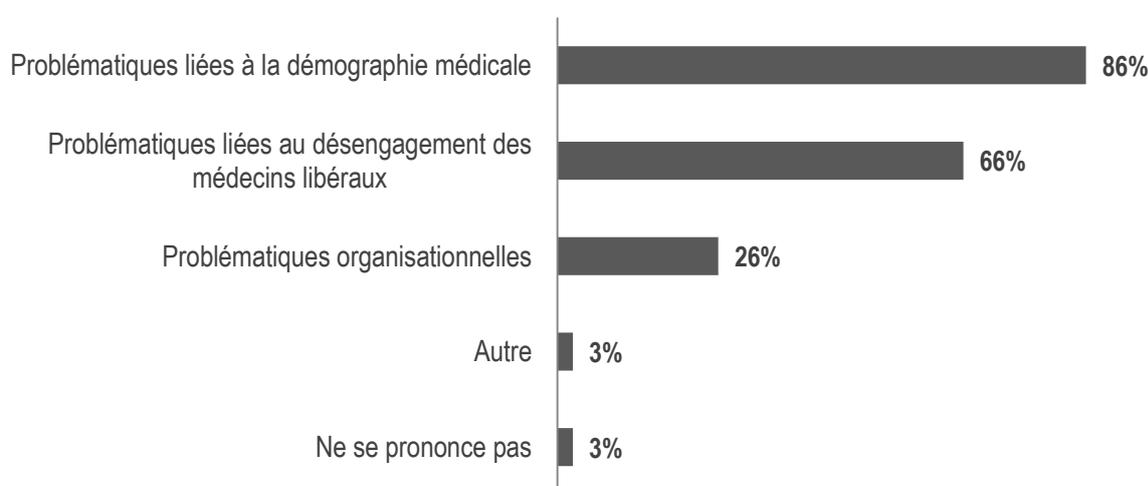
Source : CNOM, Enquête PDSA, 2019.

## 7.1. Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux

Le manque de médecins participants au dispositif apparaît comme la cause majoritairement évoquée par les 80 CDOM ayant déclaré que la PDSA ne fonctionnait pas pour tout ou partie de leur département, que cela soit lié à l'évolution de la démographie médicale (pour 86%) ou au désengagement des médecins libéraux (pour 66%). Les problématiques organisationnelles sont beaucoup moins évoquées comme causes de dysfonctionnements (à hauteur de 26%).

Graphique 24 – Causes des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM (N = 80)

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



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2019.

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

La problématique de désengagement des médecins libéraux, désignée par 66% des CDOM, est sous-tendue selon eux par :

- Une activité trop faible dans certains secteurs les rendant peu attractifs (à 53%) ;
- Un problème d'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (à 38%) ;
- Une activité trop importante sur certains secteurs conduisant à une suractivité des médecins volontaires (à 23%) ;
- Les conflits entre les différents acteurs de la PDSA (à 21%).

Par ailleurs, certains CDOM ont évoqué la surcharge professionnelle hors horaires de PDSA, notamment liée à l'évolution de la démographie médicale (baisse du nombre de médecins en exercice et avancée en âge), qui conduit à l'épuisement des médecins et à leur désengagement progressif. Certains ont également fait mention d'un désintérêt de fait, lié au sentiment que « *la garde ne sert à rien* ».

Les problématiques organisationnelles, désignée par 26% des CDOM, s'expliqueraient par :

- Les resectorisations (à 76%). La réduction injustifiée du nombre de territoires conduisant à des secteurs de gardes qui ne sont plus à taille humaine, mettant à mal les médecins volontaires et compliquant l'accès aux soins ;
- Des facteurs géographiques compliquant les déplacements (à 62%) ;
- Une insuffisance de moyens dédiés à la PDSA alloués par l'ARS (à 48%).

## 7.2. Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

Face à ces différents constats, les 80 CDOM ayant déclaré que la PDSA ne fonctionnait pas ou que certaines zones étaient en difficulté ont également été questionnés sur l'intérêt de certaines pistes d'amélioration.

**Graphique 25 – Pistes d'amélioration désignées par les CDOM (N = 80)**

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



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2019.

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

- La mise en place de mesures financières incitatives telles que l'élargissement de la défiscalisation à tous les territoires ou la valorisation de la rémunération des actes en visite (à 60%).
- Le renforcement de la participation des médecins étudiants et salariés à la PDSA (à 50%) ;
- La remise en question de la notion de volontariat (à 48%) ;
- Le renforcement de la sécurité (à 34%) ;
- La suppression des gardes sur certains créneaux horaires (à 33%).

Pour une amélioration du fonctionnement de la PDSA :

- Le développement des points fixes de consultation (à 41%) accompagné de la mise à disposition de transports dédiés pour que les patients non-mobilisables puissent s'y rendre (à 63%) ;
- Des actions de communication auprès du grand public pour une utilisation plus efficace du système ainsi qu'une communication institutionnelle à visée incitative auprès des médecins libéraux (à 49%) ;
- Une restructuration des secteurs de garde pour une organisation axée sur une mise en cohérence de la PDSA et des besoins constatés (à 30%) ;
- La mise en place d'aides à la création et au développement des ADOPS (à 13%).

## IV. Conclusion

Si l'organisation de la PDSA est considérée comme entièrement ou partiellement satisfaisante pour une majorité des CDOM, elle reste encore très fragile dans certains départements.

L'amélioration de son fonctionnement recouvre différentes dimensions : une évolution des dispositifs organisationnels qui lui sont propres, l'implication et le travail conjoint de l'ensemble des acteurs concernés pour la définition d'une organisation au plus près du terrain, le renforcement de la continuité des soins pour soulager la tension exercée sur la PDSA en cas de déficit d'offre de soins en journée et, enfin, l'« éducation » de la population au bon usage du système de santé.

En ce qui concerne le champ restreint des prises en charge en horaires de PDSA, il semble important de favoriser une couverture complète des secteurs par la mise en place conjointe de sites dédiés, de dispositifs de transports des patients vers ces structures et d'effecteurs mobiles assurant la prise en charge des patients non-mobilisables. Ces différents dispositifs devraient permettre de réduire les inégalités infra-départementales d'accès à la PDSA.

Comme les années passées, l'état des lieux sur la PDSA a permis d'observer une grande hétérogénéité d'organisations sous-tendue par les spécificités territoriales, l'historique de l'organisation en place et la nature des relations entre les différents acteurs engagés sur le sujet. Suivant ce constat, il semble primordial que son organisation soit établie au niveau local en partant des problématiques territoriales et en tenant compte de l'ensemble de ses composantes systémiques. 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. Établi au niveau de chaque territoire, il doit conduire à la définition d'une organisation convenant aux médecins et rendant service à la population.

La PDSA est liée la continuité des soins, et ce, d'autant plus au regard de l'évolution de la démographie médicale. En effet, selon certains professionnels interrogés dans le cadre de l'état des lieux, l'augmentation de la pression sur l'organisation de la PDSA s'expliquerait en partie par le report des demandes de soins des patients qui n'auraient pas réussi à trouver une réponse médicale aux heures ouvrables des cabinets. Dans un tel contexte, les réflexions liées à l'organisation de la PDSA semblent devoir faire l'objet d'un travail plus large sur la réponse à apporter aux soins non programmés 24 heures sur 24. En termes de perspectives la mise en place du service d'accès aux soins (SAS) semble aller vers une intégration de la PDSA et de l'organisation des soins non programmés en journée, avec, notamment, la mise en place d'une régulation libérale 24 heures sur 24. Par ailleurs, l'organisation d'une réponse aux demandes de soins non programmés en journée, dans le cadre de la création des CPTS notamment, pourrait permettre d'alléger la pression exercée sur la PDSA.

Enfin, pour éviter les éventuels mésusages du dispositif, il est nécessaire de mettre en place des actions de communication impulsées par les pouvoirs publics pour informer les patients sur la bonne utilisation du système. L'information des patients ne saurait uniquement reposer sur les médecins généralistes et devrait être initialement réalisée à un niveau plus large, une fois que le système choisi aura été fixé (choix du numéro d'accès à la régulation médicale notamment dans le cadre de la mise en place du SAS).

## V. Index des illustrations

### 1. Index des tableaux

<b>Tableau 1</b> - Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2019 .....	29
<b>Tableau 2</b> - Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2019 .....	32
<b>Tableau 3</b> - Organisation de l'effectif en fonction du créneau horaire en 2019 .....	35
<b>Tableau 4</b> - Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effectif fixe et mobile en 2019 .....	48

### 2. Index des graphiques

<b>Graphique 1</b> - Évolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2017 et 2019 .....	13
<b>Graphique 2</b> - Part des départements concernés par des changements organisationnels de la PDSA au cours de l'année 2019 .....	14
<b>Graphique 3</b> - Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA en dehors des 3 régions pilotes ( $N = 90$ ) .....	19
<b>Graphique 4</b> - Proportions départementales en termes d'évolution de la part d'actes cotés non-régulés entre 2017 et 2018 .....	24
<b>Graphique 5</b> - Part des actes cotés régulés et non-régulés selon le créneau horaire en 2018 .....	26
<b>Graphique 6</b> - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale en 2017, 2018 et 2019 .....	27
<b>Graphique 7</b> - Évolutions départementales du nombre de médecins participants à la régulation médicale entre 2018 et 2019 – Évolution d'ensemble et déclinaisons pour les médecins libéraux installés et les médecins retraités, salariés et remplaçants .....	28
<b>Graphique 8</b> - Soutien des régulateurs hospitaliers des CRRA 15 à la prise en charge des appels relevant de la PDSA selon le créneau horaire ( $N = 29$ ) .....	30
<b>Graphique 9</b> - Difficultés rencontrées à l'aval de la régulation ( $N = 32$ ) .....	30
<b>Graphique 10</b> - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire en 2018 et 2019 .....	33
<b>Graphique 11</b> - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2018 selon le créneau horaire .....	34
<b>Graphique 12</b> - Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés ( $N = 87$ ) .....	47
<b>Graphique 13</b> - Avis des CDOM sur l'extension des horaires de PDS au samedi matin ( $N = 61$ ) .....	50
<b>Graphique 14</b> - Évolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2018 et 2019 .....	53
<b>Graphique 15</b> - 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 et 2019 .....	55
<b>Graphique 16</b> - Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2019 selon la tranche d'âge .....	56
<b>Graphique 17</b> - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2019 selon le mode d'exercice .....	57
<b>Graphique 18</b> - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2019 selon le statut .....	58
<b>Graphique 19</b> - Élaboration des tableaux de garde d'effectif en 2019 .....	64
<b>Graphique 20</b> - Élaboration des tableaux de garde de régulation en 2019 .....	65
<b>Graphique 21</b> - Existence de PDS de soins spécialisés au sein des départements .....	67
<b>Graphique 22</b> - Existence d'un partenariat et/ou d'une convention entre ADOPS, associations de type SOS Médecins et services des urgences des hôpitaux pour faciliter l'accès aux soins aux horaires de PDS .....	68

<b>Graphique 23</b> - Sentiment des CDOM sur le fonctionnement de la PDSA au sein de leur département .....	68
<b>Graphique 24</b> - Causes des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM (N = 80).....	69
<b>Graphique 25</b> - Pistes d'amélioration désignées par les CDOM (N = 80) .....	70

### **3. Index des illustrations**

---

<b>Illustration 1</b> - Le service d'accès aux soins projeté .....	21
<b>Illustration 2</b> - Circuits de réponse aux besoins de soins ambulatoires non programmés dans le cadre du SAS.....	22

### **4. Index des cartographies**

---

<b>Cartographie 1</b> - Part des actes cotés non-régulés en 2018 .....	25
<b>Cartographie 2</b> - Taux de couverture des territoires de PDS les week-ends et jours fériés en 2019 .	36
<b>Cartographie 3</b> - Taux de couverture des territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) en 2019 ....	37
<b>Cartographie 4</b> - Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde (de minuit à 8h) en 2019 .....	38
<b>Cartographie 5</b> - Taux de secteurs de PDS couverts par des sites dédiés en 2019 .....	39
<b>Cartographie 6</b> -Taux participation des médecins à la PDSA en 2019 .....	54

## VI. Sigles utilisés

**ACORELI.** Association comtoise de régulation libérale

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

**AMRL.** Association des médecins régulateurs libéraux

**AMU.** Aide médicale d'urgence

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

**ARM.** Assistant de régulation médicale

**ARS.** Agence régionale de santé

**CAPS.** Centre d'accueil de permanence des soins

**CDOM.** Conseil départemental de l'ordre des médecins

**CNAM.** Caisse nationale de l'Assurance maladie

**CNOM.** Conseil national de l'ordre des médecins

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

**CPS.** Carte professionnelle de santé

**CRAA15.** Centre de réception et de régulation des appels

**CSMF.** Confédération des syndicats médicaux français

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

**DGOS.** Direction générale de l'offre de soins

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

**EHPAD.** Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**FIR.** Fonds d'intervention régional

**HAS.** Haute autorité de santé

**IGA.** Inspection générale de l'administration

**IGAS.** Inspection générale des affaires sociales

**MCS.** Médecin correspondant SAMU

**MMG.** Maison médicale de garde

**MSP.** Médecin sapeur-pompier

**PDS.** Permanence des soins

**PDSA.** Permanence des soins ambulatoires

**PLFSS.** Projet de loi de financement de la sécurité sociale

**SAS.** Service d'accès aux soins

**SAMU.** Service d'aide médicale urgente

**SCP.** Société civile professionnelle

**SDIS.** Services départementaux d'incendie et de secours

**SEL.** Société d'exercice libéral

**SML.** Syndicat des médecins libéraux

**SMU.** Service de médecine d'urgence

**SMUR.** Service mobile d'urgences et réanimation

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

**UMJ.** Unité médico-judiciaire

**URPS.** Union régionale des professionnels de santé

## VII. Annexes

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

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

AUVERGNE-RHONE-ALPES					
	2 à 3	2 à 3	2 à 4	2*	1 à 2*
AIN	Un régulateur salarié financé FIR de 8h à 19h en semaine, une ligne en semaine de 19h à 20h, 2 lignes en soirées de semaine de 20h à 23h, 1 ligne en nuit profonde de 23h à 7h et 2 lignes en nuit profonde de 7h à 8h les dimanches et jours fériés				
ALLIER	1*	2	1 à 2	1	1
	Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine ; Régulation libérale du samedi matin non effective				
ARDECHE	2	1 à 2	1 à 2	1	1
	Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine				
CANTAL	1*	1	1*	1*	0
	Un régulateur salarié par le CH financé FIR de 19h à 23h en semaine et de 20h à 23h les week-ends ; Régulation libérale du samedi matin non assurée				
DRÔME	1	1	1	1 à 2*	1
	Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine, passage de 2 à 1 ligne à partir de 22h en soirée de semaine				
ISERE	3 à 4	2 à 4	2 à 5	2 à 3	1 à 2
	Régulateur de médecine générale salarié présent en journée la semaine; régulation libérale à partir de 18h en soirée de semaine				
LOIRE	3	3	3	1 à 3	1
	2 CRRR 15 au sein du département ; régulation libérale à partir de 18h en soirée de semaine ; régulateur salarié présent de 8h à 20h en semaine				
HAUTE-LOIRE	0	1 à 2	1 à 2	1	0
PUY-DE-DÔME	2	3	3	2*	1
	Un régulateur salarié en semaine de 8h à 20h ; 2 lignes de régulation libérales à partir de 19h en soirée de semaine				
RHÔNE	4*	5	5	3 à 4	1 à 2
	2 régulateurs salariés en semaine de 8h à 20h ; 1 à 2 lignes de régulation libérales à partir de 18h en soirée de semaine ; 3 médecins salariés autofinancés par les HCL le samedi matin				
SAVOIE	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
	Un régulateur libéral de 8h à 10h en semaine, et 1 à 2 lignes de 16h à 20h en semaine				
HAUTE-SAVOIE	3	2 à 3	2 à 3	1 à 2	1 à 2
	Une ligne de régulation libérale de 8h à 19h en semaine au mois de février				
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR					
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	1*	1	1	1	1
	Régulation libérale du samedi matin non effective				
HAUTES-ALPES	0	1*	1	1	1
	Une ligne de régulation de 14h à 20h le samedi après-midi				
ALPES-MARITIMES	2	2	2	2	2
BOUCHES-DU-RHONE	1*	2 à 3	2 à 3	3	0 à 2*
	Absence de régulation libérale en nuit profonde la semaine ; Régulation libérale du samedi matin non effective				
VAR	1	2	2	2	2
VAUCLUSE	1*	2	1 à 2	2	2
	Régulation libérale du samedi matin non effective				

<b>BRETAGNE</b>					
CÔTES D'ARMOR	0	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
FINISTERE	0	2	1 à 2	1 à 2	1
ILLE ET VILAINE	0	2	2	2	2
MORBIHAN	0	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
<b>OCCITANIE</b>					
ARIEGE	0	1	1	0 à 1*	0
	<i>En soirée de semaine une ligne de régulation libérale de 20h à 23h le vendredi</i>				
AUDE	0	1	1 à 2	1	0
AVEYRON	0	1 à 2	1 à 2	1	1*
	<i>En nuit profonde régulation assurée par les médecins régulateurs du Tarn</i>				
GARD	0	2	1 à 2	1 à 2	1
HAUTE-GARONNE	0	3 à 5	3 à 6	3 à 4	2 à 3
GERS	0	1 à 2	0 à 2*	1	0
	<i>Absence de régulation libérale de 8h à 9h les dimanches et jours fériés</i>				
HERAULT	0	2 à 3	2 à 3	2 à 3	0 à 1*
	<i>Régulation libérale uniquement assurée de 00h à 1h en nuit profonde</i>				
LOT	0	1	1	1	0
LOZERE	0	0	0	0	0
HAUTES-PYRENEES	0	1	1	1	0
PYRENEES-ORIENTALES	0	1 à 2	1 à 2	1	1
TARN	0	2 à 3	1 à 3	1 à 2	1
TARN-ET-GARONNE	0	1 à 2	1 à 2	1	0
<b>CORSE</b>					
CORSE-DU-SUD	1	1	1	1	0
HAUTE-CORSE	1	1	1	1	0
<b>BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE</b>					
CÔTE D'OR	1	1 à 2	2	1	1
DOUBS	0	5 à 6	5 à 7	3 à 4	1 à 3
	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée avec les départements du Jura, de la Haute-Saône et du Territoire-de-Belfort</i>				
JURA	0	5 à 6	5 à 7	3 à 4	1 à 3
	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée avec les départements du Doubs, de la Haute-Saône et du Territoire-de-Belfort</i>				
NIEVRE	0	1	1	1	0
HAUTE-SAÔNE	0	5 à 6	5 à 7	3 à 4	1 à 3
	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée avec les départements du Doubs, du Jura et du Territoire-de-Belfort</i>				
SAÔNE-ET-LOIRE	1	1	1 à 2	1	1
YONNE	0	1	1	1	1
TERRITOIRE DE BELFORT	0	5 à 6	5 à 7	3 à 4	1 à 3
	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée avec les départements du Doubs du Jura et de la Haute-Saône</i>				
<b>PAYS-DE-LA-LOIRE</b>					
LOIRE-ATLANTIQUE	0	9	8	4 à 5	3 à 4

MAINE-ET-LOIRE	0	7	10	2 à 4	1 à 2
MAYENNE	2*	2	2	1	1
	<i>Lignes du samedi matin non officialisées dans le cahier des charges</i>				
SARTHE	0	4	4	2	1
	<i>Régulation mutualisée avec l'Orne pour certains secteurs</i>				
VENDEE	0	4	7	2	2
<b>NOUVELLE-AQUITAINE</b>					
CHARENTE	1	1 à 2	1 à 3	1	1
CHARENTE-MARITIME	2	2 à 3	1 à 4	1 à 2	1
	<i>Vacances scolaires : 3 lignes de régulation libérale de 8h à 14h et 2 lignes de 20h à 00h</i>				
CORREZE	1*	1 à 2	1 à 2	1	1
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine ; Régulation libérale du samedi matin non effective</i>				
CREUSE	1	1	1	1	0
DORDOGNE	0	1 à 3	1 à 3	1	0
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i>				
GIRONDE	3	2 à 4	2 à 4	2 à 3	1 à 2
	<i>Une à 3 lignes de régulation libérale en journée la semaine de 8h à 20h</i>				
LANDES	2 à 3	2 à 3	1 à 4	1	0 à 1*
	<i>Régulation libérale à partir de 18h en soirée de semaine ; Régulation en nuit profonde assurée en semaine et élargie les week-ends et jours fériés lors des fériés</i>				
LOT-ET-GARONNE	2	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1*
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine ; Régulation en nuit profonde assurée les week-ends et jours fériés uniquement</i>				
PYRENEES-ATLANTIQUES	1	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1*
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine ; Une ligne de régulation libérale assurée en nuit profonde uniquement les 5 samedis de fériés de Bayonne</i>				
DEUX-SEVRES	1	1	1 à 2	1	1
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i>				
VIENNE	1*	1 à 2	1 à 5	1	1
	<i>Ligne de régulation libérale du samedi matin non-assurée</i>				
HAUTE-VIENNE	1	1 à 2	1 à 2	1	1
	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i>				
<b>HAUTS-DE-FRANCE</b>					
AISNE	0	1	1 à 2	1	0 à 1*
	<i>En nuit profonde régulation libérale assurée de 00h à 2h en semaine et de 00h à 8h les dimanches et jours fériés</i>				
NORD	0	5 à 7	5 à 7	3 à 4	1
OISE	0	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1*
	<i>En nuit profonde régulation libérale assurée de 00h à 2h en semaine et le samedi de 00h à 8h les week-ends et jours fériés</i>				
PAS-DE-CALAIS	0	3 à 5	2 à 4	3	1
SOMME	0	2 à 1	2 à 1	1	0 à 1*
	<i>En nuit profonde régulation libérale assurée de 2h à 8h en semaine</i>				
<b>MARTINIQUE</b>	2	2	3	1	0

<b>GUADELOUPE</b>	1	1	1	1	1
<b>MAYOTTE</b>	0	0	0	0	0
<b>GUYANE</b>	0	0	0	0	0
<b>LA REUNION</b>	0	2	2	2	1
<b>FRANCE ENTIERE</b>	<b>60 à 70</b>	<b>397,5 à 510,5</b>	<b>182,5 à 258,5</b>	<b>141 à 169</b>	<b>78,5 à 106,5</b>

## Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA

Départements	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2018	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2019	Évolution 2018 - 2019
01 - Ain	69%	70%	+ 1%
02 - Aisne	65%	62%	- 3%
03 - Allier	—	71%	—
04 - Alpes de Hautes-Provence	47%	47%	0 %
05 - Hautes-Alpes	50%	52%	+ 2%
06 - Alpes-Maritimes	14%	15%	+ 1%
07 - Ardèche	64%	63%	- 1%
08 - Ardennes	74%	75%	+ 1%
09 - Ariège	—	47%	—
10 - Aube	72%	75%	+ 3%
12 - Aveyron	70%	72%	+ 2%
13 - Bouches-du-Rhône	25%	24%	- 1%
15 - Cantal	63%	57%	- 6%
16 - Charente	75%	75%	0%
17 - Charente-Maritime	44%	39%	- 5%
18 - Cher	55%	54%	- 1%
19 - Corrèze	71%	68%	- 3%
21 - Côte-d'Or	23%	26%	+ 3%
22 - Côtes d'Armor	47%	46%	- 1%
24 - Dordogne	77%	77%	0%
25 - Doubs	47%	46%	- 1%
26 - Drôme	36%	39%	+ 3%
28 - Eure-et-Loir	71%	72%	+ 1%
29 - Finistère	38%	39%	+ 1%
30 - Gard	36%	36%	0%
31 - Haute-Garonne	44%	44%	0%
32 - Gers	77%	77%	0%
33 - Gironde	55%	53%	- 2%
34 - Hérault	32%	29%	- 3%
35 - Ille-et-Vilaine	37%	36%	- 1%
36 - Indre	53%	53%	0%
37 - Indre-et-Loire	27%	27%	0%
38 - Isère	40%	40%	0%
39 - Jura	67%	63%	- 4%

40 - Landes	61%	62%	+ 1%
41 - Loir-et-Cher	54%	51%	- 3%
42 - Loire	56%	54%	- 2%
43 - Haute-Loire	71%	71%	0 %
45 - Loiret	57%	56%	- 1%
46 - Lot	76%	77%	+ 1%
47 - Lot-et-Garonne	71%	73%	+ 2%
50 - Manche	56%	59%	+ 3%
51 - Marne	58%	58%	0%
52 - Haute-Marne	–	63%	–
54 - Meurthe-et-Moselle	24%	24%	0%
55 - Meuse	76%	75%	- 1%
56 - Morbihan	52%	49%	- 3%
57 - Moselle	41%	33%	- 8%
58 - Nièvre	–	64%	–
59 - Nord	31%	33%	+ 2%
60 - Oise	31%	31%	0%
61 - Orne	–	55%	–
62 - Pas-de-Calais	70%	65%	- 5%
63 - Puy-de-Dôme	33%	35%	+ 2%
64 - Pyrénées-Atlantiques	41%	43%	+ 2%
65 - Hautes-Pyrénées	67%	65%	- 2%
66 - Pyrénées-Orientales	–	39%	–
67 - Bas-Rhin	31%	29%	- 2%
68 - Haut-Rhin	2%	9%	+ 7%
69 - Rhône	42%	42%	0%
70 - Haute-Saône	70%	69%	- 1%
71 - Saône-et-Loire	60%	64%	+ 4%
72 - Sarthe	–	52%	–
73 - Savoie	65%	66%	+ 1%
74 - Haute-Savoie	61%	62%	+ 1%
75 - Paris	5%	5%	0%
77 - Seine-et-Marne	9%	8%	- 1%
78 - Yvelines	43%	40%	- 3%
79 - Deux-Sèvres	78%	77%	- 1%
80 - Somme	50%	52%	+ 2%
81 - Tarn	67%	71%	+ 4%
82 - Tarn-et-Garonne	75%	71%	- 4%
83 - Var	11%	14%	+ 3%
84 - Vaucluse	50%	51%	+ 1%
86 - Vienne	66%	67%	+ 1%
87 - Haute-Vienne	47%	47%	0%
88 - Vosges	83%	82%	- 1%
89 - Yonne	–	14%	–
90 - Territoire-de-Belfort	53%	71%	+ 18%
91 - Essonne	4%	15%	+ 11%

92 - Hauts-de-Seine	13%	13%	0%
93 - Seine-Saint-Denis	15%	16%	+ 1%
94 - Val-de-Marne	39%	37%	- 2%
95 - Val-d'Oise	11%	12%	+ 1%
2A - Corse-du-Sud	25%	35%	+ 10%
2B - Haute-Corse	28%	25%	- 3%
972 - Martinique	29%	25%	- 4%
974 - La Réunion	–	10%	–
<b>France entière</b>	<b>38,6 %</b>	<b>38,1%</b>	<b>- 0,5%</b>

## Présentation intégrale du dispositif MOLDU

L'hôpital d'Annemasse, en Haute-Savoie, est confronté, comme beaucoup d'autres sur le territoire, à un flux important de demandes de soins de premiers recours difficile à absorber et pour lesquelles une prise en charge par un médecin libéral serait plus adaptée (CCMU 1 et 2). Face à cette problématique, le dispositif, porté par l'ASCOLL (Association de coordination des libéraux du Léman), mis en place en septembre 2018 vise « éduquer » le patient au bon usage des urgences et à réduire ainsi le nombre de demandes en structurant l'offre de soins vers les médecins de ville.

Le modèle organisationnel consiste en la présence d'un médecin libéral qui tient le rôle de médecin « répartiteur » ou « régulateur » au sein des urgences les soirs de semaine, de 19h à 22h, il s'agit du Médecin d'orientation libéral des urgences, dit « MOLDU ». Une salle lui est dédiée, près du secrétariat d'accueil et de la salle de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences. Il a également accès à la salle d'attente virtuelle qui lui permet de visualiser les motifs de consultation des patients non encore pris en charge. Le médecin peut donc intervenir à différents stades : après avoir entendu la conversation entre la secrétaire d'accueil et le patient, après renvoi du patient par l'IAO ou après avoir repéré, grâce à la salle d'attente virtuelle, les patients qui pourraient relever d'une prise en charge par un médecin de ville. Ainsi, il se place en supervision et occupe une position stratégique qui lui permet d'intervenir après l'arrivée du patient aux urgences pour le réorienter vers la médecine de ville lorsque cela paraît justifié. L'idée étant qu'il ne réalise pas de consultation mais réoriente le patient, après entretien, vers un médecin avec un délai de prise en charge de 40 minutes environ (au lieu de plusieurs heures pour une prise en charge aux urgences).

Ce système suppose la présence d'effecteurs en aval. Pour cela il s'articule au dispositif de PDSA en place grâce à la collaboration avec les médecins de garde en ville. Cela permet de structurer l'offre existante de manière plus opérante et justifiée. L'idée de la création d'une MMG a été écartée pour ne pas provoquer un flux supplémentaire de demandes. Les médecins de garde en ville qui participent à ce dispositif dégagent des plages horaires dédiées pour les patients qui sont envoyés du service des urgences par le MOLDU. Il s'agit ainsi de récupérer des niches disponibles auprès de ces médecins pour répondre aux soins de premiers recours. A noter que sur les 80 médecins généralistes volontaires pour la PDSA, 34 se sont également portés volontaires pour assurer les rôles de « répartiteur » aux urgences ou d'effecteur en aval. Depuis la création du dispositif, 1600 plages de soins en ville ont été libérées et plus de 840 patients ont été réorientés. Seuls 7 patients ont refusés la réorientation, rarement pour le motif de la gratuité des soins (les médecins de ville participants assurant tous le tiers payant).

Techniquement le dispositif s'appuie sur un système d'information dédié : le MOLDU a accès à un agenda partagé de l'ensemble des médecins de ville participants. Ces derniers disposent d'un accès sécurisé leur permettant d'ouvrir des plages de soins destinés aux patients des urgences. Le MOLDU peut ainsi visualiser l'ensemble des créneaux disponibles en ville ainsi que la localisation des médecins et leur domaine opérationnel en cas de prise en charge spécifique. Il peut ensuite bloquer un créneau auprès d'un médecin de garde en lui précisant les données relatives aux patients et le motif de consultation. Une fois que le rendez-vous est pris, le médecin effecteur est instantanément informé et le patient reçoit un courriel et un SMS indiquant l'identité du médecin, l'heure et le lieu de rendez-vous. Lorsque la consultation a eu lieu, l'effecteur le notifie en renseignant les éléments de diagnostics. Ce système permet ainsi traçabilité, sécurité et garantie de la prise en charge du patient.

Le financement du dispositif repose sur une enveloppe mixte : l'URPS médecins de la région le finance à hauteur de 10%, l'hôpital à hauteur de 40% et l'ARS à hauteur de 50%. Le budget permet de financer les heures de présence du MOLDU aux urgences, les réunions de coordination des médecins participants (2 réunions par an), la licence et le développement du logiciel, le service technique qui assure la maintenance et les ajustements informatiques, l'envoi des courriels et SMS aux patients et médecins effecteurs, une indépendante qui gère les versements aux médecins participants ainsi que la location d'un hébergement agréé données de santé.

Si le dispositif a été mis en place en septembre 2018, les premières discussions autour de sa création ont été initiées trois ans auparavant. Le temps nécessaire à son développement s'explique par le changement de mentalités sur lequel médecins de ville et l'hôpital ont dû travailler : l'hôpital renonçant aux forfaits des patients renvoyés vers les médecins libéraux et les médecins libéraux se mettant au service des patients de l'hôpital. Il s'agissait de comprendre que ce n'était pas l'hôpital qui avait besoin de l'aval des médecins de ville mais bien l'inverse, les médecins de ville réalisant qu'aider l'hôpital rendait service aux deux parties. L'hôpital s'est également investi de manière proactive, ce qui se traduit notamment par sa participation financière au dispositif. Le projet a ainsi été co-construit entre ces deux acteurs pendant un an et demi avant d'être présenté de manière conjointe à l'ARS au printemps 2018. L'immédiate validation de l'ARS a permis le déploiement du dispositif et son élargissement aux week-ends et jours fériés de 17h à 21h depuis le 16 novembre 2019. Sur le plus long terme, il est envisagé de proposer des créneaux de soins en ville hors horaires de PDSA. Avec le recul, il apparaît qu'il a favorisé une discussion plus sereine entre les médecins libéraux, la direction hospitalière et les médecins urgentistes en créant un espace d'échange et un bon sens commun. Il a permis une compréhension réciproque et une valorisation du rôle de chacun (le MOLDU, bien accueilli aux urgences y est même attendu et remercié). Face à la crise des urgences, il a été consenti par l'administration et par les médecins urgentistes qu'un tel dispositif représentait une partie de la solution.

### **Liste des MMG intégrées à l'enquête qualitative exploratoire**

---

Point fixe SOS Besançon – Doubs  
MMG Territoire de Belfort – Territoire-de-Belfort  
Point fixe EHPAD les oiseaux – Yvelines  
MMG La Rochelle-Ré-Aunis – Charente-Maritime  
Point fixe Chevreuse – Yvelines  
MMG Alès – Gard

MMG Bergerac – Dordogne  
MMG Tourcoing – Nord  
MMG Sartène – Corse-du-Sud  
Point fixe Saint-Germain - Yvelines  
MMG Lons le Saunier – Jura  
MMG Nevers – Nièvre  
MMG Cavaillon – Vaucluse (2 entretiens)  
MMG Saint-Girons – Ariège  
MMG Pays d’Aigues – Vaucluse  
MMG Aurillac – Cantal  
MMG d’Armentières – Nord  
MMG d’Albi – Tarn  
MMG Valence – Drôme  
MMG de Confolens - Charente

## Questionnaire PDSA 2019 soumis aux CDOM

### QUESTIONNAIRE - ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2019

Département : .....

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

#### Modification de l’organisation de la PDS en 2019

##### 1. Y a-t-il eu des modifications de l’organisation de la PDS en 2019 ?

- Oui
- Non

##### a. Si oui, lesquelles ?

*Question conditionnelle, uniquement si « oui » à 1.*

*Plusieurs réponses possibles*

- Modification des plages horaires de PDS
- Resectorisation(s)
- Fermeture de site(s) dédié(s)
- Ouverture de site(s) dédié(s)
- Modification des forfaits d’astreinte d’effectif
- Modification des forfaits d’astreinte de régulation
- Augmentation du nombre de régulateurs
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

##### b. Les modifications de l’organisation de la PDS en 2019 ont-elles fait l’objet d’une révision ou d’un avenant au cahier des charges par arrêté de l’ARS ?

*Question conditionnelle, uniquement si « oui » à 1.*

- Oui
- Non
- Ne sais pas\*

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

**b.1. L'ARS a-t-elle utilisé le cadre dérogatoire\* ?**

Question conditionnelle, uniquement pour les départements des régions Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, si « oui » à b.

\*Circulaire n° 2018-028 relative à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au Directeur Général de l'Agence régionale de Santé.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

**c. En 2019, votre conseil départemental a-t-il été associé par l'ARS à l'évolution de l'organisation de la PDS ?**

Question conditionnelle, uniquement si « oui » à 1.

- Oui
- Non

**c.1. Sur quels sujets et pour quels résultats ?**

Question conditionnelle, uniquement si « oui » à c.

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

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « non » à 2.

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

**La permanence des soins sur le terrain en 2019**

**L'organisation de la régulation médicale**

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

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

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

Plusieurs réponses possibles

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

5. Êtes-vous favorable à un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA (qu'il s'agisse du 116-117 ou d'un numéro départemental ou régional) ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

a. Pourquoi ?

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

.....

.....

.....

## La participation des médecins à la régulation médicale

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

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

- Oui
- Non

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

**d.1. Si oui, lesquels ?**

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en d.

---

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en d.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 9.

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

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

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en e.

*Plusieurs réponses possibles*

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

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 10.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

## L'effecton mobile

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

*Plusieurs réponses possibles*

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

## L'effecton en fonction du créneau horaire

### 12. Combien y-a-t-il de territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) au 31 décembre 2019 ?

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

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

### 13. Combien y-a-t-il de territoires de PDS les week-ends et jours fériés au 31 décembre 2019 ?

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

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

- Oui, c'était déjà le cas avant 2019
- Oui, depuis 2019
- Non
- Ne sais pas

**a. Sinon, combien y-a-t-il de territoires de PDS en nuit profonde au 31 décembre 2019 ?**

*Question conditionnelle, uniquement si « non » en 14.*

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

\_\_\_\_\_

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

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

**a. Si non, y seriez-vous favorable ?**

*Question conditionnelle, uniquement si « non » en 15.*

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

**b. Développez si nécessaire**

*Question conditionnelle, uniquement si « non » en 15.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Activité ou information connectées à la PDS

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

*Plusieurs réponses possibles*

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

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

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

**a.1. Si oui, précisez**

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

\_\_\_\_\_

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

- a. Si oui, votre département rencontre-t-il des difficultés particulières à ce sujet ?**
- Oui
  - Non
  - Ne sais pas

**18. Existe-t-il des dispositifs spécifiques à l'organisation de la permanence des soins dans les EHPAD au sein de votre département ?**

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 18.*

\_\_\_\_\_

**19. Existe-t-il un partenariat et/ou une convention entre les ADOPS, les associations de type SOS Médecins et les services des urgences des hôpitaux facilitant l'accès aux soins aux horaires de PDS au sein de votre département ?**

- Oui
- Non
- Ne sais pas

**a. Si oui, précisez-en la nature et le fonctionnement**

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 19.*

-----  
 -----  
 -----  
 -----

**20. Existe-t-il une PDS des soins de second recours au sein de votre département ?**

	Oui	Non	Ne sais pas
Une PDS spécialisée pour pathologies digestives			
Une PDS spécialisée pour pathologies ophtalmologiques			
Une PDS spécialisée pour pathologies urologiques			
Une PDS spécialisée pour pathologies ORL			
Une PDS spécialisée pour pathologies gynéco-obstétriques			

**21. A part les médecins libéraux installés, est-ce que des retraités, des salariés, ou des remplaçants participent à la PDS en leur nom, dans le cadre d'une convention avec l'ARS ?**

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 21.*

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

## Permanence des soins et fonctionnement du conseil départemental

### La participation des médecins à la permanence des soins

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

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

### Intervention du conseil départemental

**24. Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter des tableaux en 2019 dans le cadre de carences de couverture sur certains secteurs de permanence des soins ?**

- Oui
- Non
- Non concerné (pas de problèmes de carence en 2019)

**25. Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la permanence des soins en 2019 ?**

- Oui
- Non

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

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 25.*

- Ponctuelles
- Récurrentes

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

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

-----  
-----  
-----

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

- Oui
- Non

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

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 26.*

-----  
-----  
-----

### La communication au grand public

**27. Y-a-t-il eu, en 2019, des actions de communication auprès du grand public à propos de l'utilisation du dispositif de permanence des soins ?**

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 27.*

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

## Aspects qualitatifs et prospectifs

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

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

*Plusieurs réponses possibles*

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

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

*Plusieurs réponses possibles*

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

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

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

- a. **Merci de nous donner les noms et les coordonnées (e-mail et téléphone) des associations existantes au sein de votre département, cela nous permettra de les contacter pour affiner l'enquête.**

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

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

## Constats et perspectives

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

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

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui mais certaines zones sont en difficulté », « Non » en 31.

Plusieurs réponses possibles

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

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

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

Plusieurs réponses possibles

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

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

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

Plusieurs réponses possibles

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

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui, mais certaines zones sont en difficulté » et « Non » en 31.

Plusieurs réponses possibles

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

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

- Oui au cours de l'année 2019
- Oui, avant 2019
- Non
- Ne sais pas

**a. Si oui, lesquelles ?**

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 32.*

.....  
.....

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

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

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

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 33.*

.....  
.....

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

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

**35. Commentaire libre**

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

## ÉTAT DES LIEUX PDSA 2019

### Synthèse des principaux résultats

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



## 2019 : une nouvelle année de changements pour une majorité de départements

- 67% des départements ont connu des modifications de l'organisation de la PDS (contre 60% en 2018 et 26% en 2017). Elles ont principalement porté sur la modification des horaires de la PDSA, des resectorisations, l'augmentation des forfaits d'astreinte et le renforcement de la régulation.
- 10 cahiers des charges ont été révisés ou ont fait l'objet d'un avenant en 2019
- Toutes les nouvelles régions disposent d'un cahier des charges unique

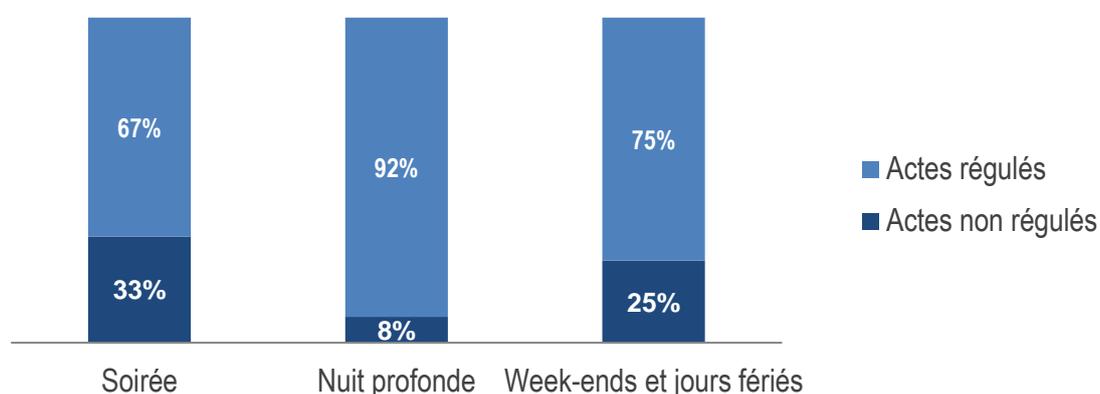
## La régulation médicale en 2019

### Le 116-117 : où en est-on en 2019 et quelles perspectives avec le SAS ?

- Le 116-117 : toujours limité aux 12 départements expérimentateurs
- Les autres départements ont un avis partagé sur le déploiement d'un numéro dédié à la PDSA : 43% y sont favorables (9% des plus qu'en 2018).
- Les différents travaux remis dans le cadre de la mise en place du SAS écartent le 116-117 en faveur de la création d'un « guichet unique santé » : le 113, intégrant AMU et PDS. Arbitrage gouvernemental attendu pour février 2020.

### Actes non-régulés : variable selon le département et le créneau horaire

- 27,3% des actes aux horaires de PDS n'ont pas été régulés en 2018 – baisse de 0,3% par rapport à 2017 (données CNAM), données très variables selon le département (max 88% et min 1%) et le créneau horaire : l'absence de régulation est davantage observée en soirées de semaine et le week-end, très peu en nuit profonde.

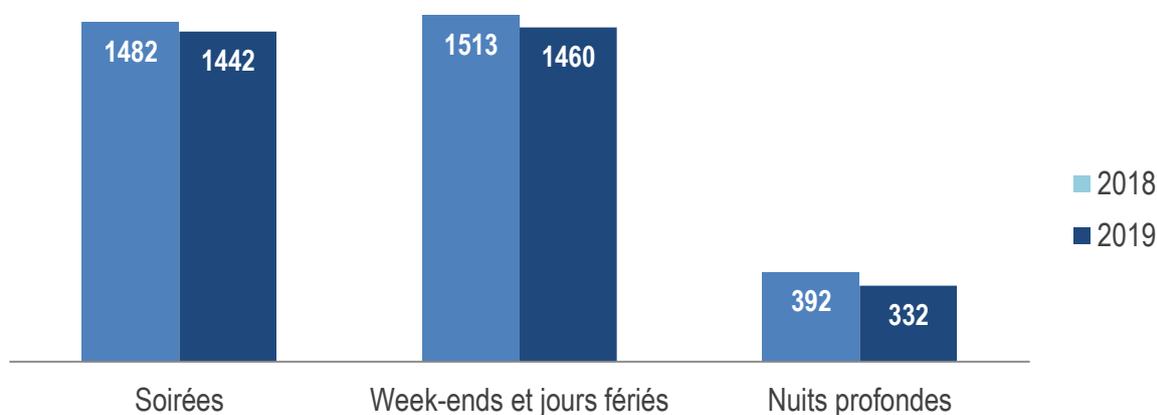


### Hausse précaire de la participation des médecins à la régulation médicale tenant exclusivement à la hausse du nombre de médecins retraités, salariés ou remplaçants

- Une légère évolution par rapport à 2018 (+ 0,6%) : hausse du nombre de médecins retraités, salariés ou remplaçants participants à la régulation (+29%) et poursuite de la tendance à la baisse du nombre de médecins libéraux installés participants (-3,8%).

## Effectation : resectorisations et effectation fixe

**Tendance affirmée à réduction des territoires pour tous les créneaux horaires en cohérence avec l'activité constatée**



### Prévalence des « zones blanches »

- 1% des territoires les week-ends et jours fériés (-2% p/r à 2018), 10% en soirées (+1%) et 73% des territoires en soirées non couverts en nuits profondes (-1%)

### Elargissement des horaires de PDSA au samedi matin : une demande renouvelée par les CDOM

- Une extension des horaires de PDSA au samedi matin en progression : dans 41 départements pour la régulation dont 6 départements pour l'effectation également
- Elle est souhaitée par 56% des CDOM des autres départements

### Effectation fixe : développement des sites dédiés

- Un dispositif généralisé : 85% des départements ont un ou plusieurs sites dédiés
- Une hausse de 2,4% du nombre de sites dédiés (soit 11 de plus) qui devrait se poursuivre (création MMG auprès de chaque service d'urgence totalisant plus de 50.000 passages par an dans le cadre du pacte de refondation des urgences)
- Gardes encore réalisée au cabinet du médecin traitant dans 81% des départements
- Des points encore à améliorer : Dispositifs spécifiques de transport des patients non-mobilisables encore très peu développés (11 départements, +2 p/r à 2018) une demande réitérée des CDOM et du CNOM et 22% des départements ne disposent pas de dispositifs de prise en charge des visites incompressibles (-10% p/r à 2018).

### Organisations et problématiques des MMG : une étude exploratoire

- Des modèles organisationnels d'une grande hétérogénéité, reflet de la notion de volontariat
- Des horaires d'ouverture variables en cohérence avec l'activité observée (fermetures en soirées, horaires adaptés)
- Une opinion partagée sur les bénéfices d'une implantation au sein d'un hôpital
- Modalité d'accès divers allant du tout-régulation à l'accès direct quasi-exclusif

- La problématique de l'absence de couverture de secteurs limitrophes conduisant à un report de demandes et à une suractivité des MMG non prise en charge lors de l'attribution des lignes de garde
- D'autres points observés : secrétaire d'accueil, sécurisation du point de garde, horaires discontinus, etc.

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

---

### ***Evolution mitigée du taux de participation***

- 38,1% en 2019 (vs 38,6% en 2018) : **soit une baisse de 0,5 %**
- 35% des territoires de PDS couverts par moins de 10 médecins volontaires et 17% par moins de 5 médecins, **soit une légère amélioration avec une baisse de 1% en un an.**

### ***Profil des médecins de garde***

- **Légère hausse de la part des femmes** : +1% effectif et +2% régulation
- **Poursuite de la baisse de l'âge moyen** des effecteurs de garde : passage de 47,4 ans à 47 ans
- PDS assurée à 89% par des médecins libéraux installés

### ***Remplacements***

- **Plus d'1/4 des médecins de garde remplacés au moins une fois en 2019**
- 8% des gardes remplacées au total
- Chiffres soumis à de grandes disparités départementales
- **Plus d'un remplaçant sur 2 est un étudiant**

### ***Réquisitions***

- **dans 15 départements** (7 de moins qu'en 2018), un régime permanent dans 5 départements

## **PDS en EHPAD : une non-organisation toujours observée en 2019**

---

### ***Aucune évolution favorable de l'organisation de la PDS en EHPAD en 2019 alors que la réponse aux demandes de soins non programmés des résidents en horaires de PDSA est alarmante***

- **Comme en 2018, seuls 9 CDOM ont déclaré qu'il existait un dispositif spécifique** pour les prises en charge en EHPAD en horaires de PDS

### ***Perspectives envisagées dans le cadre du Pacte de refondation des urgences***

- **Généralisation d'ici 2020 de la présence d'infirmières en EHPAD la nuit**, sous forme d'une mutualisation entre établissements
- En et hors horaires de PDSA, mise en relation du guichet unique santé avec les EHPAD, **par le biais de la téléconsultation ou de la télé-visio-décision**

## Actes médico-administratifs encore problématique pour de nombreux départements

---

### **La réalisation des certificats de décès reste majoritairement prise en charge par les médecins de la PDS (dans 82% des départements)**

- 67% de ces départements ont déclaré rencontrer des difficultés à ce sujet

### **L'organisation de l'examen des gardés à vue reste floue et reste encore majoritairement pris en charge par les médecins de garde**

- Pris en charge pour tout ou partie par le médecin de garde dans 71% des départements
- Une convention a été établie dans seulement 13% de ces départements

## Activité des CDOM

---

### **Tableaux de garde : l'importance du rôle des CD**

- CDOM participent à l'élaboration des tableaux de garde seuls ou en collaboration dans 22% des départements pour l'effectif et dans 2% des départements pour la régulation ; ils participent par ailleurs systématiquement à leur compilation et validation.

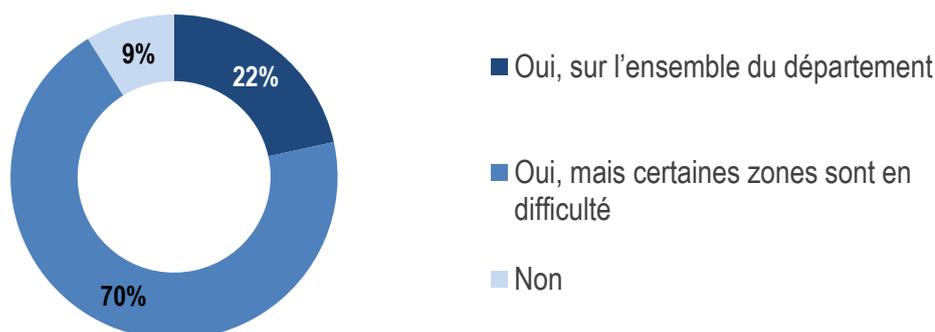
**43 CDOM ont reçus des plaintes et doléances (6 de plus qu'en 2018)**

## Constats et perspectives des CDOM

---

**70% considèrent que la PDS fonctionne globalement bien mais que certaines zones sont en difficulté et 9% qu'elle ne fonctionne pas.**

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



**Sur la base des 80 CD ayant fait part de difficultés :**

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

- Causé par l'évolution de la démographie médicale (selon 86% des CD)
- Causé par le désengagement des médecins libéraux (selon 66% des CD)

***...Mais également à des problématiques organisationnelles***

- Du fait de resectorisations, de la géographie des territoires ou du manque de moyens

***Principales pistes d'améliorations désignées par les CDOM concernés (N=80)***

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