



**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 2022**

Remerciements

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

- L'ensemble des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins qui ont une nouvelle fois participé à l'enquête nationale sur la PDSA et ainsi rendu possible ce travail ;
- L'ensemble des membres de la Commission PDSA qui par leur participation aux réflexions et discussions ont permis d'enrichir ce rapport ;
- La CNAM, dont les données précieuses permettent chaque année d'enrichir l'état des lieux ;
- Les Agences régionales de santé et les délégations territoriales ayant répondu aux diverses sollicitations et ayant permis d'enrichir, de vérifier et/ou d'objectiver certaines des données du présent rapport ;
- L'association comtoise de régulation libérale (ACORELI) qui, comme les années précédentes, a bien voulu communiquer ses données d'activité et qui a ainsi permis d'enrichir cet état des lieux.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Remerciements | 2 |
| I. Méthodologie..... | 6 |
| Enquête menée auprès des CDOM | 6 |
| 1.1. Conception de l'enquête | 6 |
| 1.2. Recueil des données | 6 |
| 1.3. Limites de l'enquête | 7 |
| Exploitation de données existantes..... | 7 |
| 1.4. Données exploitées | 7 |
| 1.5. Calcul du taux de participation des médecins à la PDSA..... | 7 |
| 1.6. Limites des données présentées | 8 |
| a. Données CNAM..... | 8 |
| b. Données Ordigard | 8 |
| II. Introduction | 9 |
| III. Résultats de l'enquête | 10 |
| 1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2022 | 10 |
| 1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM | 10 |
| 1.2. Révisions des cahiers des charges : une évolution pour 4 régions | 13 |
| 2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2022 | 16 |
| 2.1. La régulation médicale..... | 16 |
| a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA | 16 |
| b. Régulation déportée et visio-régulation | 17 |
| c. Déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA : le point de vue des CDOM | 17 |
| d. Déploiement d'un numéro unique consacré à la PDSA : peu d'évolutions en 2022 | 19 |
| e. La part des actes non-régulés..... | 19 |
| f. La participation des médecins libéraux à la régulation médicale | 23 |
| g. Front de garde de la régulation libérale..... | 26 |
| h. Données d'activité de la régulation libérale | 27 |
| i. Rémunération de la régulation | 28 |
| 2.2. L'effectif | 30 |
| a. Une tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA | 30 |
| b. Prévalence des « zones blanches »..... | 31 |

| | | |
|------|--|----|
| c. | Effectation fixe : poursuite du développement des sites dédiés | 36 |
| d. | Développement des systèmes d'acheminement des patients vers l'effecteur fixe 38 | |
| e. | Effectation mobile et prise en charge des visites incompressibles | 39 |
| f. | Rémunération de l'effectation | 41 |
| g. | Effectation et téléconsultation | 44 |
| 2.3. | Modification des horaires de permanence des soins..... | 45 |
| a. | Extension des horaires de PDSA au samedi matin | 45 |
| b. | Horaires adaptés en soirées | 48 |
| 2.4. | La participation des médecins à la permanence des soins | 49 |
| a. | Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA..... | 49 |
| b. | Couverture des territoires de PDSA | 51 |
| c. | Profils des médecins de garde..... | 53 |
| d. | Remplacement | 57 |
| e. | Exemptions et réquisitions | 58 |
| 2.5. | Mise en place du Service d'accès aux soins et PDSA..... | 59 |
| 3. | Prises en charge en EHPAD et réalisation des actes médico-administratifs dans le cadre de la PDSA | 60 |
| 3.1. | La PDSA en EHPAD..... | 60 |
| 3.2. | Etablissement des certificats de décès | 61 |
| 3.3. | Examen des gardés à vue | 63 |
| 4. | Rôle et activité des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins | 65 |
| 4.1. | Tableau de garde..... | 65 |
| a. | Élaboration | 65 |
| b. | Utilisation des logiciels Ordigard et PGarde | 67 |
| 4.2. | Plaintes et courriers reçus | 69 |
| 4.3. | Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins et participation des CPTS à l'organisation de la PDSA..... | 70 |
| a. | Associations de PDSA..... | 70 |
| b. | Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) | 70 |
| 5. | Permanence des soins ambulatoires spécialisée hors médecins générale | 71 |
| 6. | Partenariat ville-hôpital | 72 |
| 7. | Constats et perspectives..... | 73 |
| 7.1. | Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux | 73 |
| 7.2. | Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux | 77 |
| 7.3. | Initiatives et expérimentations..... | 79 |

| | | |
|------|---|-----|
| IV. | Conclusion..... | 82 |
| V. | Index des illustrations..... | 83 |
| 1. | Index des graphiques..... | 83 |
| 2. | Index des tableaux..... | 84 |
| 3. | Index des cartographies..... | 84 |
| VI. | Glossaire | 85 |
| VII. | Annexes..... | 87 |
| 1. | Tableau du front de garde de régulation libérale réalisé à partir des dernières versions des cahiers des charges régionaux de la PDSA | 87 |
| 2. | Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA..... | 92 |
| 3. | Questionnaire PDSA 2022 soumis aux CDOM | 95 |
| | Synthèse des principaux résultats..... | 108 |

I. Méthodologie

L'état des lieux national sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été réalisé à partir de l'enquête transversale récurrente menée auprès des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), de l'exploitation de données existantes (Ordigard, Ordinal, Caisse Nationale d'Assurance Maladie), de l'exploitation des données fournies par l'association comtoise de régulation libérale (ACORELI) ainsi que l'étude des cahiers des charges régionaux de la PDSA complétée par des contacts auprès de l'ensemble des Agences Régionales de Santé (ARS).

Enquête menée auprès des CDOM

1.1. Conception de l'enquête

L'état des lieux s'appuie en grande partie sur les résultats de la 20ème édition 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 88 items (dont 48 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 2022 ;
- La PDSA et le fonctionnement du conseil départemental de l'Ordre des médecins ;
- Les aspects qualitatifs et prospectifs de la PDSA.

1.2. Recueil des données

L'enquête a été diffusée par courriel le 30 novembre 2022 auprès de l'ensemble des présidents des CDOM sous forme de questionnaire auto-administré accessible en ligne via un accès individuel. Le délai pour y répondre était initialement fixé au 16 décembre 2022. Une relance a été réalisée auprès des non-répondants le 19 décembre et un délai supplémentaire a été accordé, repoussant la clôture de l'enquête au 30 décembre. Au total, 103 CDOM¹ ont participé.

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

1.3. Limites de l'enquête

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

Pour limiter au maximum les erreurs de remplissage, les questionnaires ont fait l'objet d'un contrôle de cohérence des informations recueillies suivi d'un contact avec les conseils départementaux. Ces contacts permettent également d'affiner ou de préciser certains points et contribuent à un traitement fiable et homogène de l'information recueillie. Il est par ailleurs important de rappeler qu'il s'agit d'une enquête déclarative. Dans la mesure du possible, des données externes ont été intégrées à l'analyse de manière à objectiver certains constats.

Exploitation de données existantes

1.4. Données exploitées

En sus des données recueillies auprès des CDOM, certains points ont été complétés par des données issues des bases de l'assurance maladie (SNIIRAM), de la DREES (Direction de la recherche des études, de l'évaluation des statistiques), de l'ACORELI et du CNOM.

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

1.5. 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 2022. Elles permettent également d'établir un taux de participation à partir de données homogènes et comparables au niveau national. La limite reste cependant le manque d'exhaustivité de ces données puisqu'elles portent sur 95 départements.

Le mode de calcul défini a été le suivant :

Médecins ayant participé à la PDSA en 2022 (numérateur) : médecins ayant été inscrits à au moins une garde (effectif et/ou régulation) au cours de l'année 2022 en tant que titulaire ou remplaçant et ayant ou non réalisé une garde ;

Médecins susceptibles de participer à la PDSA en 2022 (dénominateur) : ensemble des médecins généralistes ayant une activité libérale de titulaire de cabinet, de collaborateur ou d'associé de Société d'exercice libéral (SEL) ou de Société civile professionnelle (SCP), de régulateur, une activité de remplacement libéral, une activité en centre de santé. Les médecins exemptés sur l'ensemble de la période apparaissant dans cette base ont été exclus.

1.6. Limites des données présentées

a. Données CNAM

Les données de la CNAM ne portent pas sur l'année 2022 mais sur l'année 2021. Ce décalage temporel ne permet pas la mise en regard à un instant t des données de l'enquête et des données issues de cette base. Elles permettent cependant d'établir un ordre de grandeur de référence, sachant que le type de données présentées reste relativement stable d'une année sur l'autre.

b. Données Ordigard

Le CNOM a développé Ordigard en 2006, un logiciel de gestion des tableaux de garde à destination des CDOM couplé au logiciel PGarde qui facilite et accélère la procédure de paiement des forfaits d'astreintes par les caisses primaires d'assurance maladie. Les données d'activité recueillies par ces logiciels et exploitées dans ce rapport permettent notamment d'établir le profil des médecins de garde. Utilisées pour le financement du dispositif, elles peuvent être considérées comme particulièrement fiables. Cependant, bien qu'une grande majorité des CDOM y ait adhéré, elles présentent la limite de ne pas être exhaustives. Au 31 décembre 2022, 94 conseils départementaux sur 101 ont utilisé Ordigard couplé à PGarde² sur l'année complète. A noter qu'il est également possible que l'utilisation de ces logiciels ne soit pas effective pour la totalité des territoires de garde d'un département, la part des territoires inactifs³ comptabilisés dans le système étant de 10%.

² En 2022, sur 101 départements : 6 n'utilisaient aucun des deux logiciels, 95 utilisaient Ordigard et 94 utilisaient Ordigard couplé à PGarde. Les 6 départements non représentés par la base Ordigard/PGarde pour l'ensemble de l'année 2022 sont : le Calvados, la Loire-Atlantique, la Mayenne, la Seine-Maritime, la Guadeloupe et Mayotte.

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

II. Introduction

Ce rapport présente la 20^e édition de l'état des lieux relatif à la permanence des soins ambulatoires en médecine générale réalisé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Cette enquête nationale a pu être réalisée grâce aux retours fournis par l'ensemble des conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) quant à l'organisation de la permanence des soins mise en place sur leurs territoires, son organisation, ainsi que les problématiques qu'ils rencontrent sur le terrain. Ces données déclaratives ont été consolidées avec des données objectivantes, telles que les cahiers des charges régionaux de la permanence des soins et autres données externes en provenance notamment de la caisse nationale d'assurance maladie, d'associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins ou encore l'association comtoise de régulation libérale.

Les évolutions de l'organisation de la PDSA ont été assez marquées en 2022, surtout en termes de modalités de rémunérations, des revalorisations ayant été impulsées par les mesures dites Braun pour la régulation, et par un arrêté national fixant un nouveau seuil minimum pour l'effectif.

On continue d'observer en 2022 une diminution du nombre de territoires de PDSA par resectorisations, surtout en soirées, ainsi que la poursuite du développement de sites dédiés à la PDSA depuis la mise en œuvre du Pacte de refondation des urgences en 2019. On observe également une poursuite de l'extension de la PDSA au samedi matin dans certains territoires, bien qu'elle reste une attente forte dans les départements qui n'en bénéficient pas encore. En ce qui concerne l'organisation de la PDSA en EHPAD, le CNOM déplore une nouvelle fois l'absence d'évolution à ce sujet malgré les constats alarmistes formulés dans les précédents rapports, de même que pour l'absence d'organisation efficiente relative à certains actes médico-administratifs observée dans de nombreux départements, tels que l'établissement des certificats de décès.

La participation globale des médecins à la PDSA est restée relativement stable après la baisse observée en 2021, tandis que la participation des médecins à la régulation médicale a poursuivi sa hausse, surtout grâce à la participation des médecins salariés, remplaçants et étudiants, et ce malgré une baisse de la participation des médecins libéraux installés ayant une activité régulière. On note également une amélioration de l'un des indicateurs du bon fonctionnement de la PDSA en 2022, avec la baisse du nombre de territoires couverts par moins de 10 ou 5 volontaires.

Les sources de difficultés de fonctionnement de la PDSA évoquées par les CDOM qui en rencontrent restent les mêmes que celles citées les années passées : elles sont principalement liées au déclin de la démographie médicale, à un problème de désengagement des médecins, et à des problématiques organisationnelles liées à des facteurs géographiques compliquant les déplacements ou à une insuffisance de moyens dédiés alloués par les ARS. Les pistes d'améliorations envisagées par les CDOM visent principalement des mesures financières incitatives, la mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables, des actions de communication à mettre en place auprès du grand public et des médecins libéraux, et le renforcement de la participation des étudiants et médecins salariés.

III. Résultats de l'enquête

1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2022

1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM

En 2022, 86% des conseils départementaux ont déclaré avoir connu des modifications de l'organisation de la PDSA, contre seulement 46% en 2021. La forte hausse de ce chiffre s'explique notamment par l'arrêté national⁴ paru le 4 janvier 2022 au « Journal Officiel », concrétisant la majoration de la rémunération des astreintes d'effectif. La revalorisation des forfaits d'astreinte d'effectif a ainsi été la modification de l'organisation de la PDSA la plus citée en 2022, et a concerné 74 départements, soit 72% des CDOM.

Parmi les modifications de l'organisation de la PDSA les plus citées en 2022, on retrouve également, par ordre d'importance :

- Des modifications des forfaits d'astreinte de régulation ;
- La baisse du nombre de médecins effecteurs volontaires à la PDSA ;
- Les modifications de plages horaires de PDSA ;
- Les resectorisations ;
- L'augmentation des moyens alloués pour la régulation des appels en horaires de PDSA ;
- L'ouverture de sites dédiés ;
- La baisse du nombre de médecins régulateurs à la PDSA ;
- La hausse du nombre de médecins régulateurs à la PDSA ;
- La hausse du nombre de médecins retraités ayant participé à la régulation des appels en horaires de PDSA ;
- La modification des conditions d'accès en MMG ;
- La hausse du nombre de médecins effecteurs ;
- D'autres modifications non citées dans les options du questionnaire, telles que la mise en place de la téléconsultation assistée ou le remboursement des taxis permettant d'acheminer les patients vers les maisons médicales de garde ;
- Le développement de la visio-régulation en horaires de PDSA ;
- La fermeture de sites dédiés.

⁴ Arrêté du [24 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 20 avril 2011](#) relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire - Légifrance

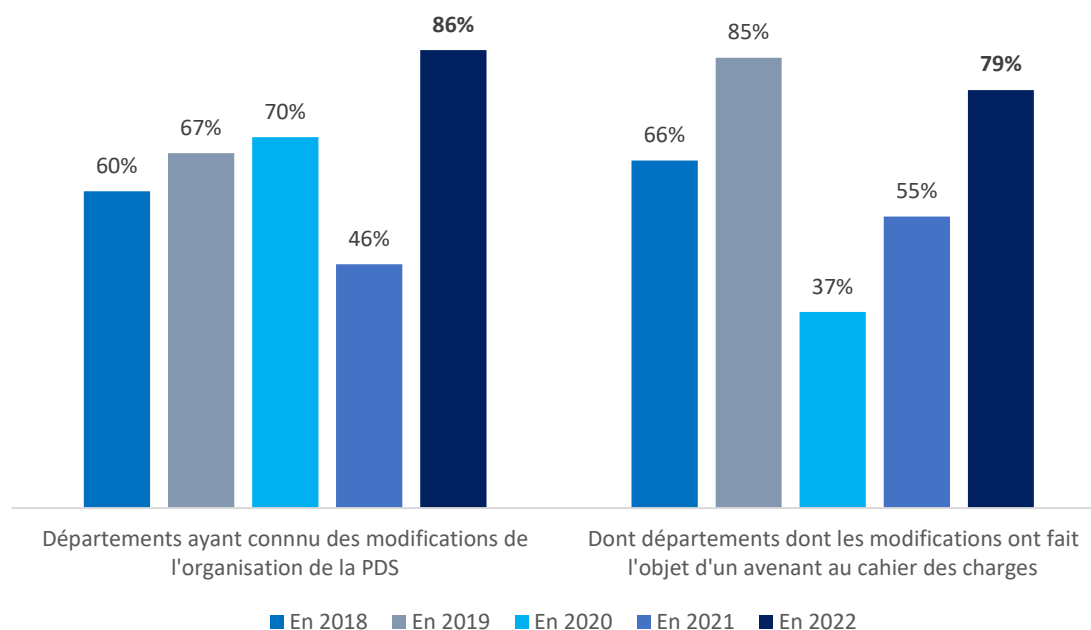
Graphique 1 – Modifications de l'organisation de la PDSA déclarés par les CDOM en 2022 (N=103)



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

Parmi les départements ayant déclaré avoir connu des modifications de l'organisation de la PDSA en 2022, ces modifications ont fait l'objet d'un avenant au cahier des charges de l'ARS dans 79% d'entre eux, contre 55% l'an dernier.

Graphique 2 – Evolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2020 et 2022



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2020, 2021, 2022

En 2022, 12% des CDOM ont déclaré que l'organisation de la PDSA telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges et ses avenants n'était pas réellement mise en œuvre dans leur département. Ce chiffre est en légère baisse en comparaison des chiffres constatés en 2021 (15%) et en nette baisse en comparaison des chiffres de 2020 (29%). Cette tendance illustre un retour à une organisation de la PDSA plus stable après la crise sanitaire qui était propice à un plus grand nombre de modifications exceptionnelles et ponctuelles mises en œuvre pour faire face au contexte épidémique.

Parmi les départements ayant déclaré que l'organisation de la PDSA telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges et ses avenants n'était pas réellement mise en œuvre dans leur département, on retrouve naturellement les départements qui ne disposent pas d'un cahier des charges formalisé, comme la Polynésie Française ou Mayotte, et principalement des départements qui ont dû réduire certaines plages de PDSA ou qui subissent une couverture incomplète par manque de médecins effecteurs volontaires.

En 2022, 29% des CDOM ayant connu des évolutions de l'organisation de la PDSA ont déclaré ne pas y avoir été associés par l'ARS, soit 5% de plus qu'en 2021. Cette hausse peut notamment s'expliquer par le fait que le changement le plus cité en 2022 concerne une revalorisation des forfaits d'astreinte d'effectif décrété à la suite d'un arrêté national, et que les conseils départementaux n'ont donc pas été systématiquement sollicités dans le cadre de sa mise en œuvre.

1.2. Révisions des cahiers des charges : une évolution pour 4 régions

Au cours de l'année 2022, 4 régions ont publié un nouveau cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires : la Corse, l'Île-de-France, la Réunion et la Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- En **Île-de-France**, un nouveau cahier des charges a été publié en 2022 pour acter notamment :
 - o L'ouverture de sites dédiés dans les Yvelines, en Seine-Saint-Denis, à Paris, dans le Val-d'Oise, en Seine-et-Marne et dans les Hauts-de-Seine ;
 - o La suppression de lignes de gardes d'effectif mobile de SOS Médecins dans le Val-d'Oise.

Par ailleurs, en réponse aux recommandations de la Mission Braun⁵, de nombreux renforcements de l'effectif et de la régulation de la PDSA, ainsi que des extensions des horaires d'ouvertures de points fixes de consultation ont été mis en place durant la période estivale et les périodes de forte tension afin d'atténuer l'affluence vers les services d'accueil des urgences en redirigeant les patients vers la PDSA, et afin d'améliorer les conditions de travail des médecins en MMG.

- En **Corse**, le cahier des charges a été refondu au cours de l'année 2022 afin d'y intégrer 2 nouveaux avenants qui portaient sur la revalorisation des forfaits d'astreinte d'effectif, et les modifications des plages horaires d'ouverture de la MMG de Porto-Vecchio en Corse-du-Sud.
- En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le cahier des charges régional de la PDSA a été révisé en 2022, comme il est prévu qu'il le soit tous les ans. Ce nouveau cahier des charges a notamment intégré les modifications suivantes :
 - o L'intégration de la PDSA dentaire en plus de la PDSA en médecine générale dans le cahier des charges ;
 - o Des resectorisations dans le Vaucluse, le Var et les Alpes-Maritimes ;
 - o Des ouvertures de sites dédiés à la PDSA dans le Vaucluse et le Var ;
 - o Une fermeture de MMG dans les Bouches-du-Rhône ;
 - o Une revalorisation des forfaits d'astreinte d'effectif et de régulation pour l'ensemble des départements de la région.

Au cours de l'année 2022, l'ARS a également autorisé des extensions de PDSA sur des créneaux de jours de semaine durant les périodes où l'augmentation de l'activité le justifiait, notamment en période estivale.

- A **la Réunion**, le cahier des charges a été révisé dans sa globalité et publié en fin d'année 2022 pour une application en janvier 2023. Ce nouveau cahier des charges a notamment intégré les modifications suivantes :

⁵ [Mission flash sur les urgences et soins non programmés](https://solidarites-sante.gouv.fr/missions-et-operations/missions-et-operations-urgences-et-soins-non-programmes), Solidarites-santé.gouv.fr

- L'avancement des plages horaires des gardes d'effecton à 19h les soirées de semaine et à 12h les samedis après-midi au lieu de 14h précédemment ;
- La revalorisation des forfaits d'astreinte d'effecton et de régulation ;
- Des resectorisations impliquant la division de certains secteurs précédemment plus étendus ;
- L'extension de l'effecton mobile à la semaine ;
- L'autorisation du doublement du front de garde dans les structures à forte activité en cas de forte affluence ;
- L'adossement de maisons médicales de garde à l'ensemble des services d'accueil des urgences de La Réunion.

Dans 10 autres régions, le cahier des charges n'a pas été révisé dans sa globalité, mais des modifications de l'organisation de la PDSA ont été appliquées en 2022 : en Bourgogne-Franche-Comté, en Nouvelle-Aquitaine, en Bretagne, en Normandie, en Occitanie, en Guadeloupe, dans les Hauts-de-France, dans le Grand-Est, en Auvergne-Rhône-Alpes et dans le Centre-Val de Loire :

- En **Bourgogne-Franche-Comté**, des avenants ont été publiés au cours de l'année 2022 afin d'acter :
 - Des revalorisations des forfaits d'astreinte en effecton et en régulation ;
 - Des modifications de plages horaires de PDSA en Côte-d'Or et dans le Jura ;
 - Des resectorisations en Haute-Saône et dans le Jura.
- En **Nouvelle-Aquitaine**, le cahier des charges n'a pas été révisé dans sa globalité au cours de l'année 2022, mais des avenants au cahier des charges ont été publiés pour acter les modifications suivantes :
 - La revalorisation à la hausse des forfaits d'astreinte d'effecton et de régulation dans tous les départements de la région ;
 - Des resectorisations en Haute-Vienne et Dordogne ;
 - L'ouverture d'une maison médicale de garde dans le Lot-et-Garonne.

L'ouverture d'une MMG supplémentaire en Lot-et-Garonne et d'une nouvelle MMG dans les Landes sont également en projet.

- En **Bretagne**, un avenant a été publié pour acter les revalorisations des forfaits d'astreinte d'effecton fixe pour l'ensemble des départements du territoire.
- En **Normandie**, les forfaits d'astreinte d'effecton ont été revalorisés pour l'ensemble des départements de la région à la suite de l'arrêté national de janvier 2022.
- En **Occitanie**, le cahier des charges n'a pas été révisé dans sa globalité en 2022 mais celui-ci est en cours de révision et la publication d'une nouvelle version être prévue pour 2023. Un avenant a tout de même été publié au cours de l'année 2022 pour acter la revalorisation des forfaits d'astreinte de régulation pour accompagner les mesures Braun et ainsi harmoniser les tarifs horaires de jour (100€/heure) et les tarifs des astreintes en horaires de PDSA.

- En **Guadeloupe**, le cahier des charges n'a pas été révisé au cours de l'année 2022, mais il fait actuellement l'objet d'une évaluation qualitative de la part de l'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSAG). Des arrêtés ont toutefois été publiés en 2022 pour acter la revalorisations des forfaits d'astreinte d'effecton et de régulation.
- Dans les **Hauts-de-France**, 2 avenants ont été publiés au cours de l'année 2022 pour acter la revalorisation des forfaits d'astreinte de régulation et l'ouverture des plages horaires de soirées en effecton dans 2 secteurs de l'Oise.
- Dans le **Grand-Est**, le cahier des charges de la PDSA n'a pas été révisé en 2022 mais un arrêté a été publié au cours de l'année afin d'acter la revalorisation du forfait horaire de régulation en horaires de PDSA dans le but de s'aligner au forfait horaire de 100€ décrété dans le cadre de la Mission Braun. L'arrêté national de janvier 2022 relatif à la majoration des forfaits d'astreinte d'effecton a également été appliqué pour les départements au sein desquels le tarif horaire appliqué était inférieur au seuil national. Une révision du cahier des charges régional de la PDSA est prévue pour 2023.
- En **Auvergne-Rhône-Alpes**, le cahier des charges n'a pas été révisé en 2022 mais plusieurs modifications de l'organisation de la PDSA ont été effectuées :
 - o Des modifications de plages horaires et de définition de secteurs dans plusieurs départements à la demande des associations d'effecteurs ;
 - o La fermeture d'une MMG dans le Puy-de-Dôme ;
 - o La mise en place de renforts des lignes de garde d'effecton et de régulation durant les périodes de fortes tensions ;
 - o Une revalorisation des forfaits d'astreinte d'effecton et de régulation.
- Dans le **Centre-Val de Loire**, le cahier des charges de la PDSA n'a pas été révisé en 2022, mais une revalorisation des forfaits d'astreinte d'effecton et de régulation a été appliquée à l'ensemble des départements de la région.

Aucune modification ou publication d'avenant au cahier des charges régional n'est à noter en Guyane, en Martinique et dans le Pays-de-la-Loire, mais certains points méritent d'être soulignés :

- En **Guyane**, une révision du cahier des charges régional est en cours pour procéder à une modification spécifique au contexte local, pour que les gardes les jours « gras chômés » en Guyane puissent être rémunérées au même tarif que les jours fériés.
- En **Martinique**, la publication d'un nouveau cahier des charges est prévu au cours de l'année 2023 afin d'intégrer la revalorisation des forfaits d'astreinte de régulation de la PDSA ainsi que la modification des plages horaires de PDSA afin de s'adapter aux horaires et tarifs horaires de régulation du service d'accès aux soins (SAS).
- Dans le **Pays de la Loire**, aucune modification de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale n'a été réalisée au cours de l'année 2022, mais le cahier des charges de la PDSA a fait l'objet d'un avenant concernant l'évolution

des conditions d'organisation départementales de la permanence des soins dentaires en Mayenne et en Sarthe.

Quant à la région de Mayotte, elle ne dispose pas de cahier des charges régional relative à l'organisation de la PDSA.

2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2022

2.1. La régulation médicale

Selon le Code de la santé publique, « *L'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation **médicale** téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national.* »⁶. Il s'agit donc du point d'entrée du patient dans le dispositif de la permanence des soins dont le bon fonctionnement est directement lié à cette activité essentielle.

a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA

En 2022, la grande majorité des départements interrogés, à savoir 92% d'entre eux, ont déclaré que l'organisation de la régulation de la permanence des soins dépend exclusivement d'une organisation départementale. Dans les autres cas, la régulation dépend d'une organisation régionale (5%) ou d'une organisation interdépartementale (3%).

Les modalités d'accès à la régulation médicale de la permanence des soins peuvent être spécifiques pour la PDSA ou identiques à la régulation de l'aide médicale urgente. Dans tous les cas, l'accès à la régulation doit être gratuit sur l'ensemble du territoire et défini par l'ARS selon le Code de la Santé Publique⁷ : « *La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins.* ».

Les modalités d'accès à la régulation médicale de la PDSA recensées en 2022 varient d'un département à l'autre :

- Tout comme l'an dernier, le **15** reste en 2022 le numéro d'accès privilégié à la régulation médicale en horaires de PDSA, étant le numéro d'accès à la régulation pour 79 départements, et le numéro d'accès **unique** pour 51 d'entre eux.
- Le **116-117**, qui aboutit vers un dispositif de régulation propre à la PDSA, est quant à lui utilisé dans 13 départements, notamment en Normandie et dans le Pays de la Loire.

⁶ Article [R6315-3](#) du Code de la Santé Publique - Légifrance

⁷ Article [L6314-1](#) du Code de la Santé Publique – Légifrance

- Un **numéro départemental ou régional spécifique**, tel que le 3966, permet d'accéder à la régulation médicale en horaires de PDSA pour 27 départements, et constitue un numéro d'accès unique pour 18 d'entre eux.

Les numéros d'accès à la régulation des appels de PDSA peuvent se cumuler pour un même département, bien qu'il s'agisse d'un numéro unique pour 73 départements. 30 départements ont quant à eux déclaré cumuler 2 à 3 numéros d'accès distincts à la régulation.

b. Régulation déportée et visio-régulation

Les médecins régulateurs ont la possibilité, en vertu de la réglementation, d'être joignables depuis leur cabinet ou leur domicile, on parle alors de « régulation déportée ». En 2022, seuls 17 départements ont déclaré que cette option était utilisée en pratique, alors que cette organisation semble pouvoir permettre une plus grande participation des médecins, notamment en cas de contraintes géographiques particulière (lieux difficiles d'accès, secteurs vastes, etc.) ou en appoint de pics prévisibles d'appels (fermeture de services d'urgence en été, grèves, etc.). Dans la Manche par exemple, deux médecins régulateurs ont pu être équipés d'une licence du logiciel *RAMU* (logiciel de gestion et régulation des appels utilisé par le SAMU) sur leurs ordinateurs personnels, leur permettant ainsi de pouvoir recevoir des appels de régulation directement depuis leur domicile ou leur cabinet

Parmi les départements n'ayant pas mis en place la régulation déportée, 28% d'entre eux déclarent que ce mode de pratique n'a pas été développé en raison de l'absence de demande de la part des médecins régulateurs.

Nous avons également interrogé les départements quant à l'utilisation de la visio-régulation au sein de leur territoire, et 15 d'entre eux ont déclaré en avoir bénéficié. Cette pratique permet au médecin régulateur de recourir à un échange vidéo avec le patient s'il le juge utile. La visio-régulation est utilisée notamment dans la Vienne, où les médecins libéraux régulent les appels dans les mêmes conditions en horaires de PDSA, qu'en journée dans le cadre du SAS, au sein des locaux du centre de réception et de régulation des appels provenant du 15 (CRRA15) du CHU de Poitiers. Les médecins généralistes qui pratiquent la régulation des appels de PDSA bénéficient ainsi des mêmes outils que les médecins urgentistes qui régulent les appels de l'aide médicale d'urgence (AMU), parmi lesquels le logiciel *Nomadeec*. Quand il le juge nécessaire, le médecin régulateur peut adresser au patient, via ce logiciel, un SMS contenant un lien. Une fois ce lien activé par le patient, le logiciel peut ensuite accéder à la caméra du smartphone du patient, permettant ainsi au médecin de visualiser des éléments qui l'aideront à orienter le patient de manière optimale, tels que l'aspect d'une plaie, ou le comportement d'un enfant par exemple.

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

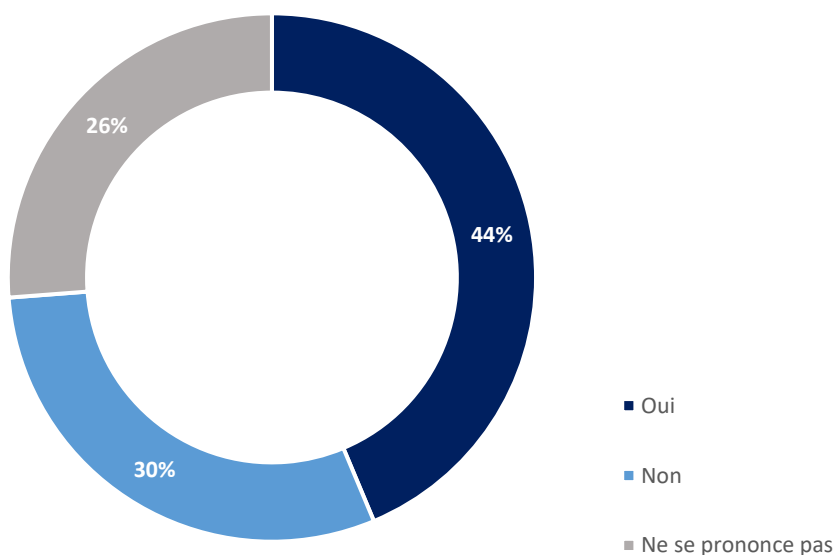
Nous avons interrogé l'ensemble des départements du territoire quant à la mise en place d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA, qu'il s'agisse du 116-117, d'un numéro unique dans le cadre de la mise en place du SAS ou d'un numéro départemental ou régional, et 44% d'entre eux se sont déclarés favorables à une telle mesure, soit 1% de plus qu'en 2021. Les CDOM se déclarant favorables à la mise en place d'un numéro spécifique à la régulation de la PDSA souhaitent principalement réserver le 15 pour les urgences vitales et ainsi éviter d'emboliser les appels au SAMU. Une différenciation par le patient des appels

relevant des urgences vitales des urgences relevant de la médecine générale permettrait de désencombrer les lignes dédiées du 15 et donc de réduire les délais de prise en charge des appels. Les départements en faveur d'une telle mesure souhaiteraient également faciliter l'accès des patients à la régulation de la PDSA avec un numéro spécifique qui serait facile à mémoriser et moins générique que le 112. Les départements qui sont actuellement expérimentateurs du 116-117 sont majoritairement favorables à la généralisation d'un numéro spécifique à la régulation des appels de PDSA pour les raisons précédemment citées, même si certains d'entre eux déplorent le manque de connaissance et de visibilité de ce numéro auprès du grand public.

On note en 2022 une légère augmentation de la part des départements défavorables à la mise en place d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA. Ils représentent désormais 31% des départements interrogés contre 29% en 2021. Pour ces départements, le 15 est un numéro bien connu de la population, facile à retenir pour les patients, efficace et largement utilisé. Certains départements défavorables à cette mesure craignent également que la multiplicité des numéros génère de la confusion auprès des patients, complique leur accès aux soins, et génère des pertes d'informations et d'efficacité. D'autres départements, comme la Manche, évoquent également la nécessité de garder un numéro commun étant donné que la médecine générale et l'AMU sont étroitement liés : « *La régulation SAMU et la médecine générale sont liées, et chacune peut déborder sur l'autre. Un lien fort doit donc exister entre ces deux exercices, avec un numéro commun.* ».

26% des départements interrogés ont préféré ne pas se prononcer quant à la mise en place d'un numéro spécifique d'accès à la régulation.

Graphique 3 – Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA en 2022



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

d. Déploiement d'un numéro unique consacré à la PDSA : peu d'évolutions en 2022

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

- Un rapprochement de l'ensemble des services d'urgence ;
- Un rassemblement sans « Police-secours » ;
- Un simple regroupement du SAMU (15) et des médecins de garde de la PDSA⁸.

Pour le CNOM, cette dernière configuration est la seule cohérente avec la mise en place du SAS. La configuration sans « Police Secours » ne semble pas être expérimentée.

La mise en place de cette mesure avait été annoncée par le président de la République Emmanuel Macron en clôture du Congrès national des sapeurs-pompiers en octobre 2021, et devait être mise en place dès le début de l'année 2022 sans pour autant signifier la suppression des autres numéros d'urgence. Bien que cette loi ne fasse en aucun cas mention du 116-117⁹, dont le déploiement a été remis en question par l'adoption de la loi Matras, on constate que ce numéro continue d'être utilisé dans plusieurs régions et qu'il continue même de faire l'objet de campagnes de communications récentes, notamment dans le Pays-de-la-Loire ou encore en Corse, afin d'inciter le grand public à appeler ce numéro pour joindre un médecin généraliste de garde.

Pour ce qui concerne l'accès au SAS, le ministère de la Santé et de la Prévention a présenté dans l'édition du 16 janvier 2023 du Bulletin officiel¹⁰ une instruction fixant le cadre et les outils nécessaires à la généralisation de ce service sur tout le territoire. Ce cadre prévoit notamment que le numéro d'accès à la régulation doit « préférentiellement » reposer sur un numéro commun entre la médecine générale et la médecine d'urgence, en l'occurrence le 15, tout en prévoyant que les numéros utilisés localement pour l'accès aux soins non programmés puissent « perdurer en parallèle ».

e. La part des actes non-régulés

Les actes médicaux réalisés en horaires de PDSA sont censés être précédés d'une régulation médicale, mais l'absence de celle-ci demeure une réalité sur le terrain pour diverses raisons.

Tout d'abord, on constate qu'en horaires de PDSA de nombreux médecins acceptent de recevoir leurs patients, qui les sollicitent habituellement sur leur ligne directe, en dehors de l'organisation établie dans le cahier des charges régional, et donc sans régulation médicale.

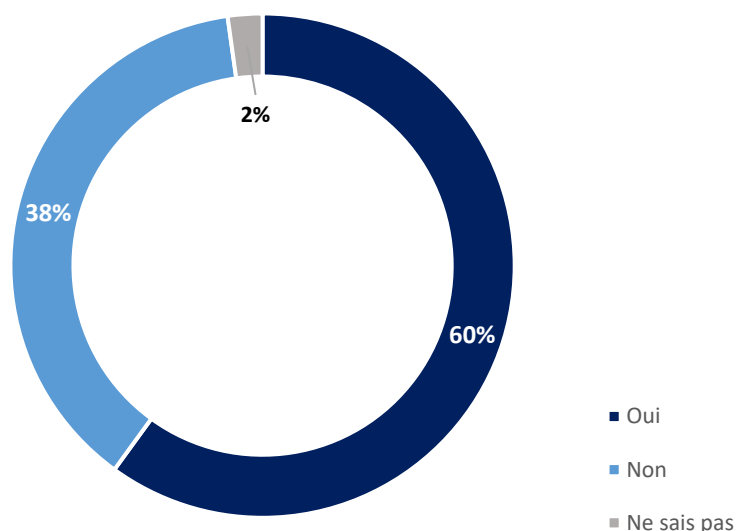
⁸ [Loi n° 2021-1520 du 25 novembre 2021](#) - Légifrance

⁹ 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](#). - Légifrance

¹⁰ Bulletin officiel Santé - [Protection sociale - Solidarité n° 2023/1 du 16 janvier 2023](#) – ministère de la Santé et de la Prévention

D'autre part, il peut arriver que l'organisation prévue dans le cahier des charges de la PDSA prévoie la réalisation d'actes sans régulation médicale, notamment dans les territoires où les patients ont la possibilité de se rendre de manière autonome aux MMG ou autres sites dédiés à la PDSA. Parmi les départements au sein desquels il existe des sites dédiés identifiés comme assurant la PDSA, 60% des CDOM ont déclaré que ceux-ci étaient accessibles pour les patients sans régulation préalable. Ce chiffre a baissé de 6% par rapport à l'an dernier.

Graphique 4 - Proportion de départements au sein desquels les patients ont la possibilité d'accéder aux sites dédiés à la PDSA sans régulation préalable



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

En effet, la circulaire définissant l'organisation des MMG tempère le principe légal imposant la régulation médicale comme préalable à tout acte d'effectation en horaire de PDSA et précise que « l'accès de la MMG doit être de préférence régulé préalablement par la régulation des appels de PDS mentionnée à l'article R. 6315-3 CSP. Le 15 doit être privilégié comme numéro d'appel. Un accès direct peut toutefois être accepté au vu de la situation locale »¹¹. Il se peut donc que des actes soient cotés comme étant régulés alors qu'ils ne le sont pas dans les faits, notamment dans les cas où les patients ont la possibilité d'accéder à des sites dédiés identifiés comme assurant la PDSA, sans régulation préalable.

Les données fournies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) indiquent que plus d'un quart des actes réalisés en horaires de PDSA étaient non-régulés sur l'année 2021¹² (29%) au niveau national, un chiffre identique à celui présenté l'an dernier. En revanche, les variations des chiffres sont plus marquées au niveau départemental et semblent indiquer une tendance à la baisse de la part des actes cotés non-régulés, avec une baisse de cette part dans 40% des départements, alors qu'elle avait augmenté dans 72% des départements l'année précédente. Dans 10% des départements, cette baisse a été supérieure ou égale à

¹¹ 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.

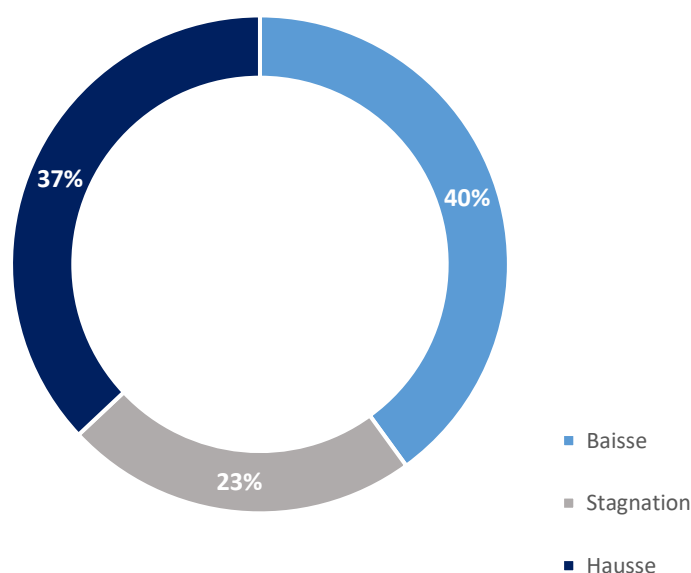
¹² Les données de la CNAM ont une année de décalage, se rapporter à la méthodologie pour davantage de précisions.

5% : l'Eure-et-Loir, le Doubs, la Seine-Maritime, la Marne, la Sarthe, l'Ain, la Corse-du-Sud, la Savoie ainsi que le Val-de-Marne et l'Ardèche pour lesquels la baisse a été plus marquée (19%).

La hausse de la part des actes cotés non-régulés a concerné 37% des départements. Dans 15 départements, cette part a augmenté de 5% ou plus : la Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Indre, le Jura, la Vendée, la Corrèze, la Vienne, l'Aude, le Gers, la Loire, la Haute-Loire, les Alpes-de-Haute-Provence, les Bouches-du-Rhône, la Guadeloupe, ainsi que le Loir-et-Cher pour lequel la hausse a été de 21%.

La part des actes cotés non-régulés a par ailleurs stagné entre 2020 et 2021 dans 23% des départements.

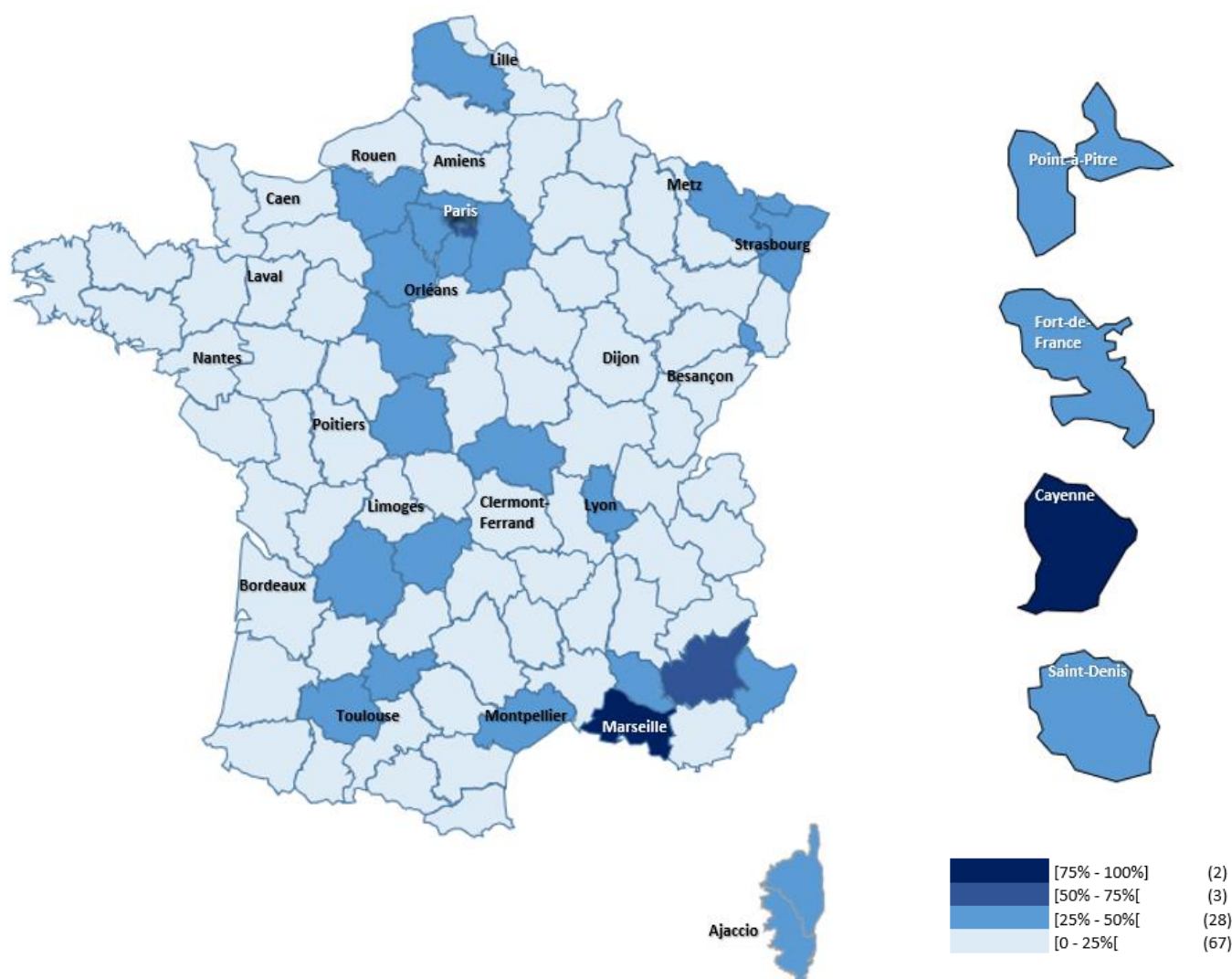
Graphique 5 - Proportions départementales en termes d'évolution de la part d'actes cotés non-régulés entre 2020 et 2021



Lecture : En 2021, 40% 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 2021, liquidation à fin mai 2022 - Traitement CNOM.

Cartographie 1 - Part des actes cotés non-régulés en 2022

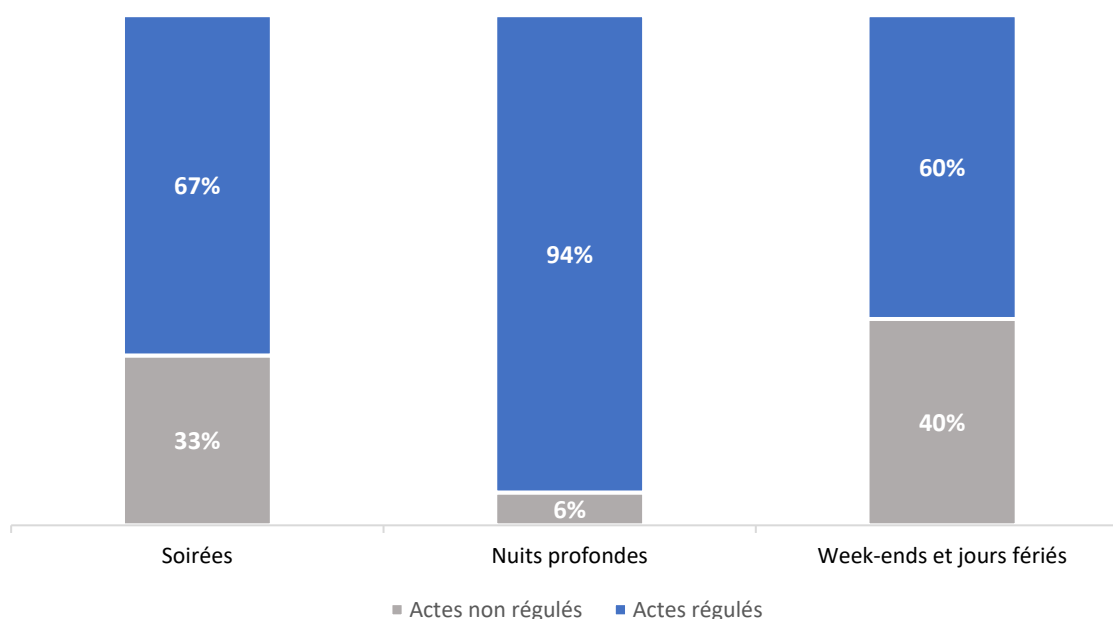


Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non-régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2021, liquidation à fin mai 2022 - Traitement CNOM.

Les données pour Mayotte n'ont pas été fournies pour 2022.

Il faut noter que la part des actes cotés non-régulés varie fortement selon le créneau horaire de PDSA : c'est en soirée qu'elle est la plus importante (33%) ainsi que les week-ends et jours fériés (40%) tandis qu'elle reste relativement faible en nuit profonde (6%). Pour les créneaux de soirée et nuits profondes, les proportions observées sont quasi-identiques à celles de l'année précédente (respectivement +1% et -1% par rapport à 2020). C'est durant les week-ends et jours fériés que la progression est la plus forte, avec une hausse de 9% des actes cotés non-régulés entre 2020 et 2021.

Graphique 6 – Part des actes cotés régulés et non-régulés selon le créneau horaire en 2021



Lecture : En 2021, 33% des actes en soirée n'ont pas été facturés avec la majoration de la régulation.

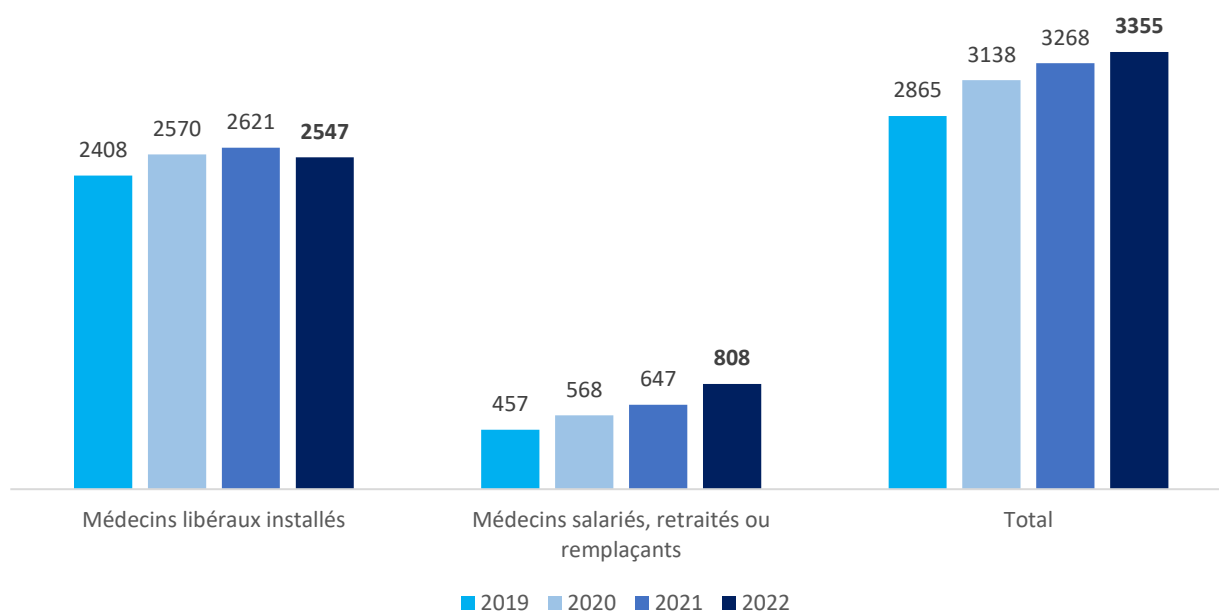
Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2020, liquidation à fin mai 2022 – Traitement CNOM.

f. La participation des médecins libéraux à la régulation médicale

En 2022, les médecins libéraux ont participé à la régulation médicale de la PDSA sur la quasi-totalité du territoire, à l'exception de 6 départements : les Ardennes, le territoire de Belfort, la Guyane, Mayotte, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie Française qui ne disposent pas de régulation libérale organisée.

Selon l'enquête menée auprès des CDOM, 2547 médecins libéraux installés en activité régulière ont participé à la régulation libérale en 2022, soit une baisse de 2,8% par rapport à 2021. Sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une activité régulière (46701 en 2022), 5,4% d'entre eux ont ainsi participé à la régulation de la PDSA, contre 5,6% en 2021. A ce chiffre, s'ajoutent 808 médecins retraités, salariés ou remplaçants qui ont participé à la régulation libérale en 2022, chiffre en hausse de 24,9% par rapport à 2021. Au total, ce sont donc 3355 médecins généralistes qui ont assuré le rôle de médecin régulateur en 2022, soit une hausse de 2,7% en comparaison des chiffres constatés en 2021.

Graphique 7 - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA en 2019, 2020, 2021 et 2022



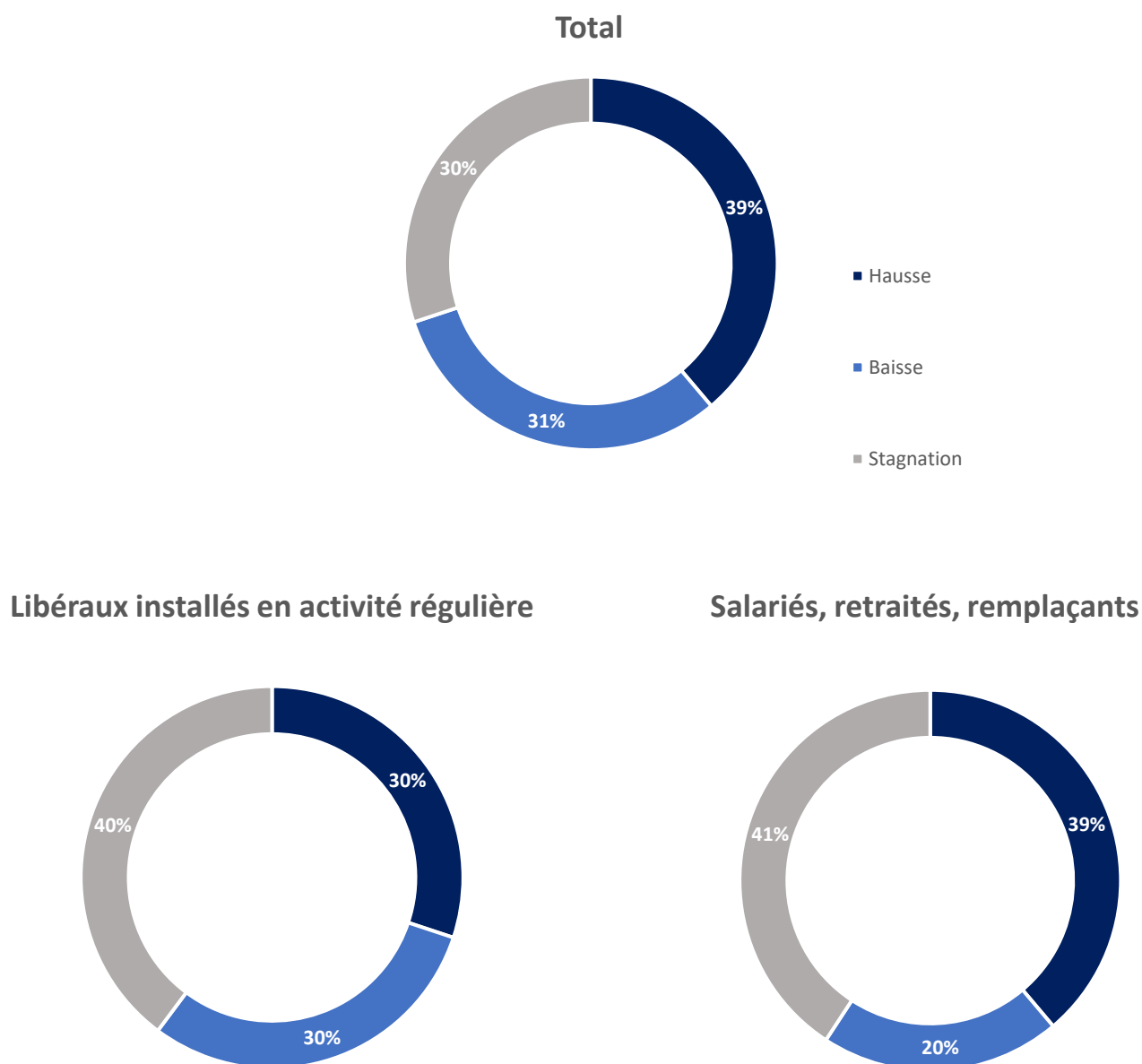
Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2019, 2020, 2021 et 2022

Le nombre de médecins régulateurs poursuit donc la hausse constatée les années précédentes, mais de manière moins significative. Cette évolution tient surtout de la hausse du nombre de médecins salariés, retraités et remplaçants qui participent à la régulation de la PDSA, étant donné que la participation des médecins libéraux installés a baissé pour la première fois depuis 2019.

A l'échelle départementale, nous pouvons observer :

- Une hausse du nombre total de médecins régulateurs (libéraux installés, salariés, retraités et remplaçants) pour 39% des départements, avec une hausse de 10 médecins régulateurs en moyenne (médiane=3) ;
- Une baisse du nombre total de médecins régulateurs libéraux pour 31% des départements, avec une baisse de 10 médecins régulateurs en moyenne (médiane=4) ;
- Une stagnation du nombre de médecins régulateurs entre 2021 et 2022 pour 30% des départements.

Graphique 8 - Évolutions départementales du nombre de médecins participant à la régulation médicale entre 2021 et 2022 – Évolution d'ensemble et déclinaisons pour les médecins libéraux installés et les médecins retraités, salariés et remplaçants



Lecture : Le nombre total de médecins participants à la régulation a augmenté pour 39% des départements entre 2021 et 2022.

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2021 et 2022

Selon les données issues d'Ordigard, les médecins ayant participé à la régulation de la PDSA ont effectué en moyenne 81 gardes au cours de l'année, et seuls 1,7% d'entre eux auraient été remplacés au moins une fois durant cette période.

g. Front de garde de la régulation libérale

En l'absence de données nationales permettant d'établir et de mesurer l'évolution du front de garde réel de régulation médicale en horaires de PDSA (soit le nombre de médecins affectés à la régulation par tranche horaire), un recensement a été réalisé à partir des dernières versions des annexes départementales des cahiers des charges de la PDSA (voir en annexe du présent rapport pour le détail au niveau départemental). Ces données présentent cependant certaines limites : les cahiers des charges ne sont pas tous à jour et contiennent des données possiblement non-actualisées ; le nombre de lignes de garde peut varier au sein d'un même créneau horaire ou tout au long de l'année selon la saison ou la survenue d'évènements particuliers, ce qui n'a pas toujours permis de comptabiliser un nombre arrêté de régulateurs. À défaut, il a été décidé d'établir les bornes hautes et basses des lignes de garde prévues sur les créneaux présentés (Cf. Tableau 1). A noter également que les lignes de gardes supplémentaires mises en place durant l'été en réponses aux recommandations de la Mission Braun¹³ pour faire face à la crise des urgences n'ont pas été recensées et intégrées au décompte.

Tableau 1 – Front de régulation libérale (France entière) selon les plages horaires de la PDSA entre 2020 et 2022

| Créneaux horaires | Front de régulation libérale en 2020 | Front de régulation libérale en 2021 | Front de régulation libérale en 2022 |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Samedi matin | 72 à 75 | 64 à 65 | 63 à 64 |
| Samedi après-midi et soirée | 172,5 à 217,5 | 182,5 à 215,5 | 181,5 à 220,5 |
| Dimanche et jours fériés | 166,5 à 239,5 | 177,5 à 235,5 | 180,5 à 242,5 |
| Soirée de semaine (20h – 24h) * | 135 à 161 | 138 à 160 | 146 à 168 |
| Nuit profonde (24h – 8h) | 75,5 à 97,5 | 79,5 à 94,5 | 88 à 104 |

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

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

L'étude des données issues des dernières versions des cahiers des charges régionaux de la PDSA nous permettent de constater une légère augmentation du nombre de médecins régulateurs inscrits sur les plages des soirs de semaine, de nuit profonde, des dimanches et jours fériés.

Bien que l'enquête de l'an dernier ait révélé que l'élargissement des horaires de PDSA au samedi matin était une revendication forte des CDOM, on note très peu d'évolution en 2022

¹³ [Mission flash sur les urgences et soins non programmés](#), Solidarites-santé.gouv.fr

concernant cette plage horaire, avec un nombre de médecins régulateurs inscrits quasiment identique à celui de l'an dernier. En 2022, 42 départements disposent d'au moins une ligne de régulation libérale le samedi matin, soit 1 de moins qu'en 2021.

On peut s'étonner de la faible dynamique du front de garde du samedi matin, mais il est probable que ces données en provenance des dernières versions des cahiers des charges régionaux ne reflètent pas encore les renforcements du front de régulation du samedi matin impulsés par la Mission Braun, et que ceux-ci seront visibles dans les prochaines versions des cahiers des charges de la PDSA.

Les créneaux de PDSA pour lesquels le front de garde de régulation est le plus important sont les samedis après-midi/début de soirée ainsi que les dimanches et jours fériés. Le front de garde de régulation est également conséquent, dans une moindre mesure, sur les créneaux des soirs de semaine, bien qu'aucune ligne de garde ne soit prévue sur cette plage horaire pour 4 départements : la Guyane, Mayotte, les Ardennes et la Lozère. Le front de régulation est beaucoup moins important en nuit profonde. Aucune ligne de régulation libérale n'est établie sur ce créneau pour 29 départements, soit 3 de moins qu'en 2021.

h. Données d'activité de la régulation libérale

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

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

L'Association ACORELI (Association Comtoise de régulation libérale) a pour objet de mettre en place la régulation libérale de la PDSA au sein de l'ancienne région Franche-Comté, soit dans les départements du Doubs, du Jura, de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort. Cette association est aujourd'hui relativement unique en son genre puisque, dans sa très large majorité, la régulation médicale en horaires de PDSA est organisée à l'échelle départementale.

En 2022, la plateforme a géré 131275 dossiers, un chiffre en hausse de 42% par rapport à l'année précédente.

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

- 50% de conseils médicaux ;
- 35% de consultations en points fixes (cabinet d'un médecin de garde ou site dédié) ;
- 9% d'envoi d'un transport sanitaire ;
- 2% de visites à domicile.

La majorité des appels (51%) ont eu lieu le week-end, 23% le samedi et 28% le dimanche. En jours de semaine la part des appels se situait entre 7% et 9%. Cette répartition n'a que très peu varié depuis 2014.

Les dossiers gérés par l'ACORELI en 2022 sont passés par le numéro de régulation dédié à la PDSA, le 3966, dans 41% des cas (-7% par rapport à 2021), ont été renvoyés par le CRRA 15 dans 53% des cas (+7%) et par la plateforme de régulation des sapeurs-pompiers, le 18, dans 6% des cas (+1%).

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.

En 2022, plus de la moitié des départements (57%) ont bénéficié de revalorisation des forfaits horaires de la participation à la régulation médicale en horaires de PDSA, et le tarif horaire minimum appliqué est désormais de 75€, contre 70€ en 2021.

L'augmentation des forfaits de régulation dans ces nombreux départements s'explique notamment par le fait que de nombreuses ARS ont souhaité aligner les tarifs horaires de régulation en horaires de PDSA avec ceux appliqués en journée dans le cadre de la Recommandation N°6 de la Mission Braun : *« Rémunérer les médecins régulateurs généralistes au forfait « brut » de 4G/heure [...] Objectif : Recruter plus de MRG en appliquant, à titre dérogatoire et temporaire cet été, un taux horaire de 100€ sans pris en charge des cotisations, sans surcoût pour l'assurance maladie. Cette rémunération sera défiscalisée au même titre que les dispositifs de rémunération des régulateurs en horaires de PDSA (avec conservation du même plafond global de 60 jours annuel). »*

Tableau 2 - Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2022

| Région | 20H – 24H | Minuit – 8H | Sam. 12H-20H | Dimanche, fériés et ponts 8H-20H | Samedi 8h-12h |
|----------------------------|---|--------------------------------|--------------|----------------------------------|---------------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 100 € | 150 € | 125 € | 125 € | 100 € |
| Bourgogne Franche-Comté | 75€ à 110€ | | | | - |
| Bretagne | 100 € | | | | - |
| Centre-Val de Loire | 100 € | - | 100 € | 100 € | 100 € |
| | <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 | 100 € | | | | |
| Grand-Est | 100€ à 125€ <i>Majoration en cas de mutualisation interdépartementale</i> | | | | - |
| Hauts-de-France | 100 € | 120 € | 100 € | 100 € | 100 € |
| Ile-de-France | 90 € | 110 € | 90 € | 90 € | 90 € |
| Normandie | 100 € | | | | |
| Nouvelle-Aquitaine | 100 € | 115 € <i>(De 00h à 06h)</i> | 100 € | 100 € | 100 € |
| Occitanie | 100 € | | | | - |
| Pays-de-la-Loire | 90€ à 125€ | | | | NC |
| PACA | 100 € | 110 € | 100 € | 100 € | 100 € |
| Martinique | 76 € | - | 80 € | 80€ - 100€ | - |
| Guadeloupe | <i>Forfait de 88,8€ 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 | 120 € | | | | - |

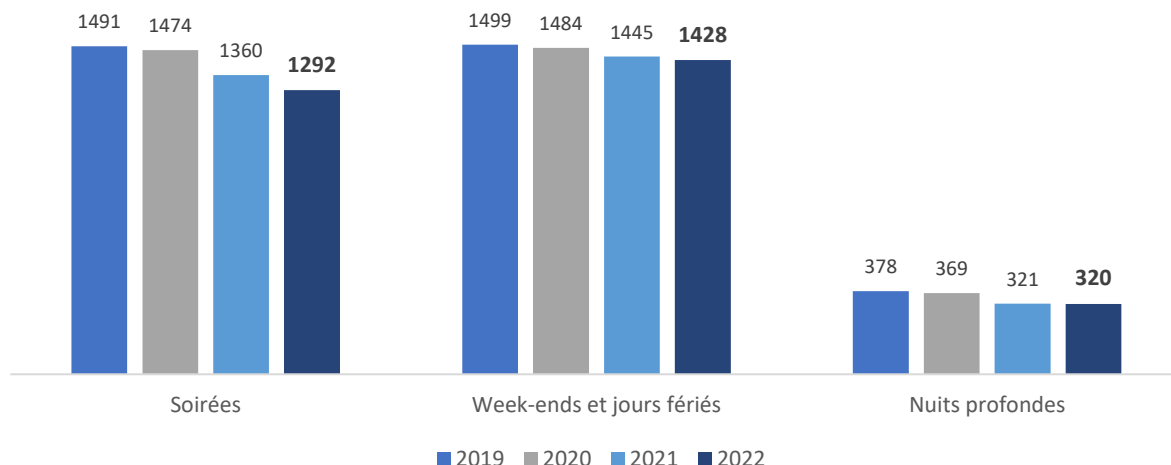
Source : Cahiers des charges régionaux de permanence des soins et entretiens ARS

2.2. L'effectif

a. Une tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA¹⁴

La tendance de réduction du nombre de secteurs observée depuis plusieurs années se poursuit en 2022, surtout en soirées. On observe ainsi entre 2021 et 2022 une diminution de 5% du nombre de territoires en soirées, de 1,2% les week-ends et jours fériés, et de 0,3% en nuit profondes.

Graphique 9 - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire entre 2019 et 2022



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

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2019, 2020, 2021 et 2022

De manière générale, un territoire ou secteur de PDSA correspond à une ligne de garde dans le cahier des charges de la PDSA (ou à aucune ligne en cas de « zone blanche », voir à ce sujet la partie 2.2.b), bien que certains secteurs puissent être couverts par plusieurs médecins en réponse à des périodes de forte affluence ou parce que le bassin de population couvert nécessite plus d'une ligne de garde pour répondre à toutes les demandes de prise en charge.

En 2022, la part des créneaux de gardes qui comportaient au moins 2 effecteurs sur une tranche horaire était de 8,6% sur l'ensemble des créneaux de garde, contre 7,9% en 2021.

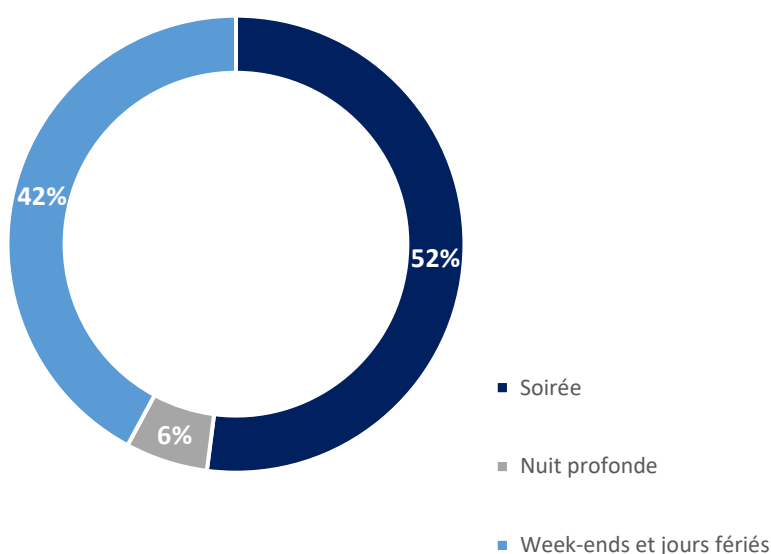
Un territoire de PDSA doit être défini selon les besoins observés en s'assurant que les distances à parcourir ne soient pas trop importantes pour le médecin de garde, ce qui pourrait représenter un frein à la prise en charge. En termes d'adaptation organisationnelle, une forte demande en soins non programmés pourrait se traduire par un nombre important de territoires ou par une augmentation du nombre de lignes de garde. À l'inverse, lorsque la demande est très faible, voire quasi-inexistante, cela peut conduire à une baisse du nombre de territoires par resectorisation ou à la suppression de lignes de garde. L'importance relative du nombre

¹⁴ 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.

de secteurs de garde les week-ends et jours fériés pourrait ainsi s'expliquer par une demande accrue sur ces créneaux tandis qu'en nuit profonde au contraire, elle est relativement faible, ce qui expliquerait la réduction du nombre de territoires observée sur ce créneau depuis plusieurs années.

Les données d'activité de la CNAM confirment bien que la majorité des actes de PDSA, régulés ou non, étaient réalisées durant les soirées, week-ends et jours fériés. En effet, 52% des actes de PDSA étaient réalisés en soirées, 42% étaient réalisés durant les week-ends et jours fériés, et seulement 6% étaient réalisés en nuit profonde.

Graphique 10 - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2021 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 2021, liquidation à fin mai 2022 - Traitement CNOM.

b. Prévalence des « zones blanches »

Le nombre de territoires de garde ne nous renseigne pas, à lui seul, sur l'organisation de la PDSA. Il est important d'identifier combien de territoires sont effectivement couverts par une prise en charge ambulatoire. En 2022, leur part s'élevait à 95% en soirées et durant les week-ends et jours fériés, et à 24% en nuits profondes, proportion en légère hausse par rapport à 2021 (Cf. Tableau 3). Pour les autres territoires non couverts par une prise en charge ambulatoire, l'effectif était assuré par les services de l'aide médicale d'urgence (AMU) faute de ligne de garde prévue dans le cahier des charges de la PDSA, on parle alors de « zones blanches ».

C'est donc en nuits profondes que la part des « zones blanches » est la plus importante. En 2022, plus aucun territoire n'est couvert sur cette plage horaire dans 38 départements, soit 3 départements de plus qu'en 2021. Les raisons évoquées en ce qui concerne l'arrêt de la

couverture de ces territoires en nuit profonde sont principalement la faible activité rencontrée sur ces secteurs, mais également la difficulté à mobiliser des volontaires sur ce créneau.

Tableau 3 - Organisation de l'effectif en fonction du créneau horaire en 2022

| | Territoires où l'effectif est assurée par des médecins de la PDSA et taux de couverture | | Territoires où l'effectif est assurée par les services de l'AMU (« zones blanches ») | | Départements où il existe des « zones blanches » | |
|---|---|------------|--|------------|--|------------|
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| Week-ends et jours fériés (2022) | 1353 | 95% | 75 | 5% | 11 | 11% |
| <i>En 2021</i> | 1389 | 96% | 56 | 4% | 14 | 14% |
| Soirées (20h – 24h) (2022) | 1221 | 95% | 71 | 5% | 17 | 16% |
| <i>En 2021</i> | 1288 | 95% | 72 | 5% | 14 | 14% |
| Nuits profondes* (2022) | 313 | 24% | 979 | 76% | 93 | 90% |
| <i>En 2021</i> | 307 | 23% | 1053 | 77% | 90 | 87% |

Lecture : En 2022, l'effectif était assurée par des médecins de la PDSA pour 95% 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 (pour donner suite à une resectorisation) couverts par une offre ambulatoire, le taux de couverture sera de 100%. Dans le cas où seuls 5 des 10 secteurs de soirée seraient couverts en nuit profonde, le taux serait alors de 50%.

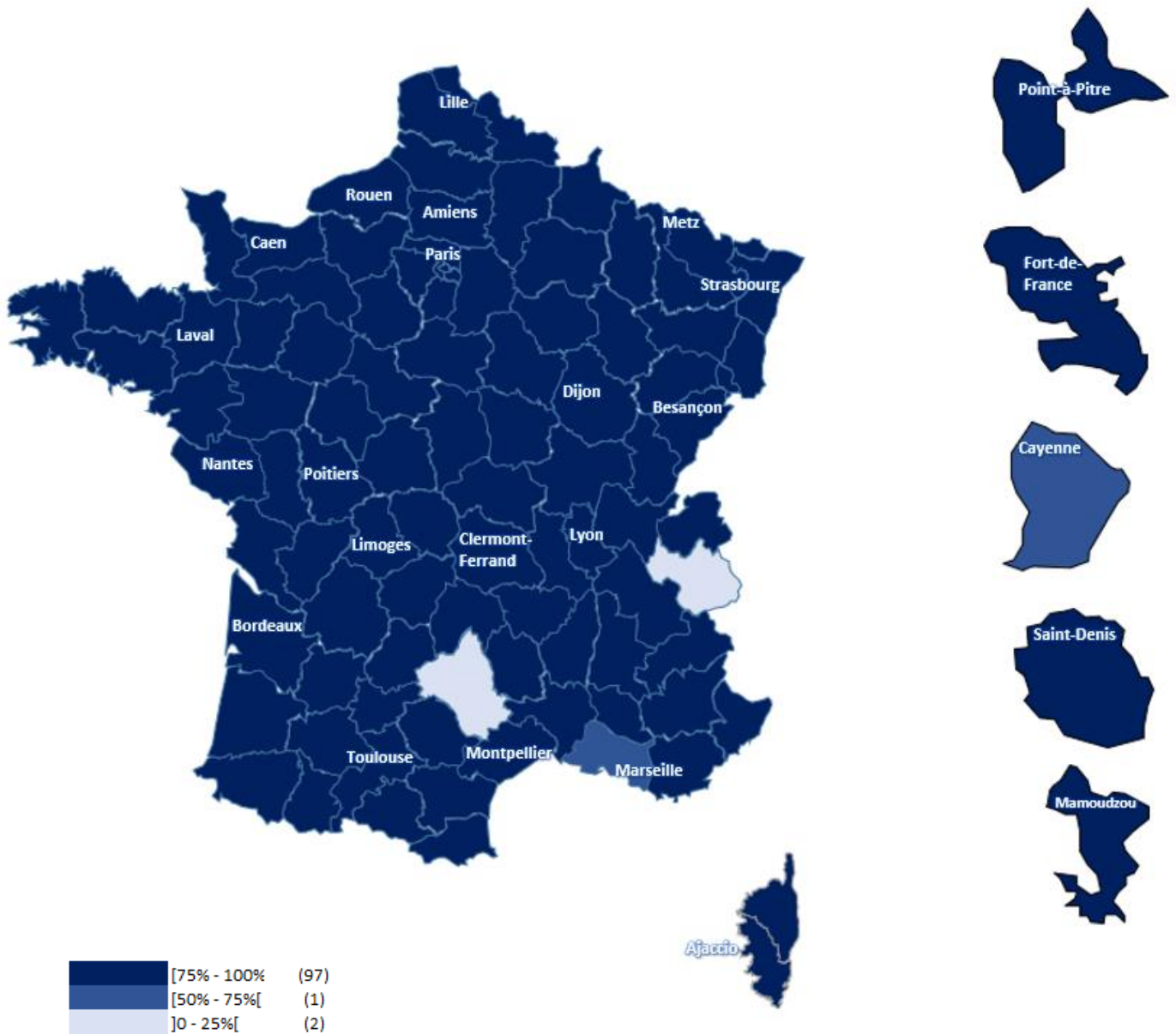
Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2021 et 2022

En soirées de semaine, 5% des territoires ne sont pas couverts par une offre ambulatoire. Cette part de « zones blanches » est identique à l'an dernier, mais malgré cette stabilité, les gardes en soirées de semaine semblent être remises en question par une partie des médecins de la PDSA. En effet, 75% des CDOM déclarent craindre un désengagement à venir des médecins volontaires en soirées sur un ou plusieurs territoires de PDSA. Pour certains départements, c'est déjà une réalité puisque plus aucun territoire de PDSA n'est couvert sur ce créneau en Polynésie, en Guyane, dans l'Orne et le Gers.

Interrogés sur ce point, les CDOM évoquent deux grandes tendances qui expliqueraient ce phénomène : un désengagement de fait, lié à l'évolution de la démographie médicale et, plus précisément, au vieillissement des médecins en exercice, souvent non-remplacés conduisant à la désertification médicale de certains territoires, comme cela a été évoqué par les CDOM de la Nouvelle-Calédonie, la Dordogne, l'Ariège ou le Val-de-Marne ; un désengagement « choisi » relevant de multiples facteurs pouvant se cumuler entre eux :

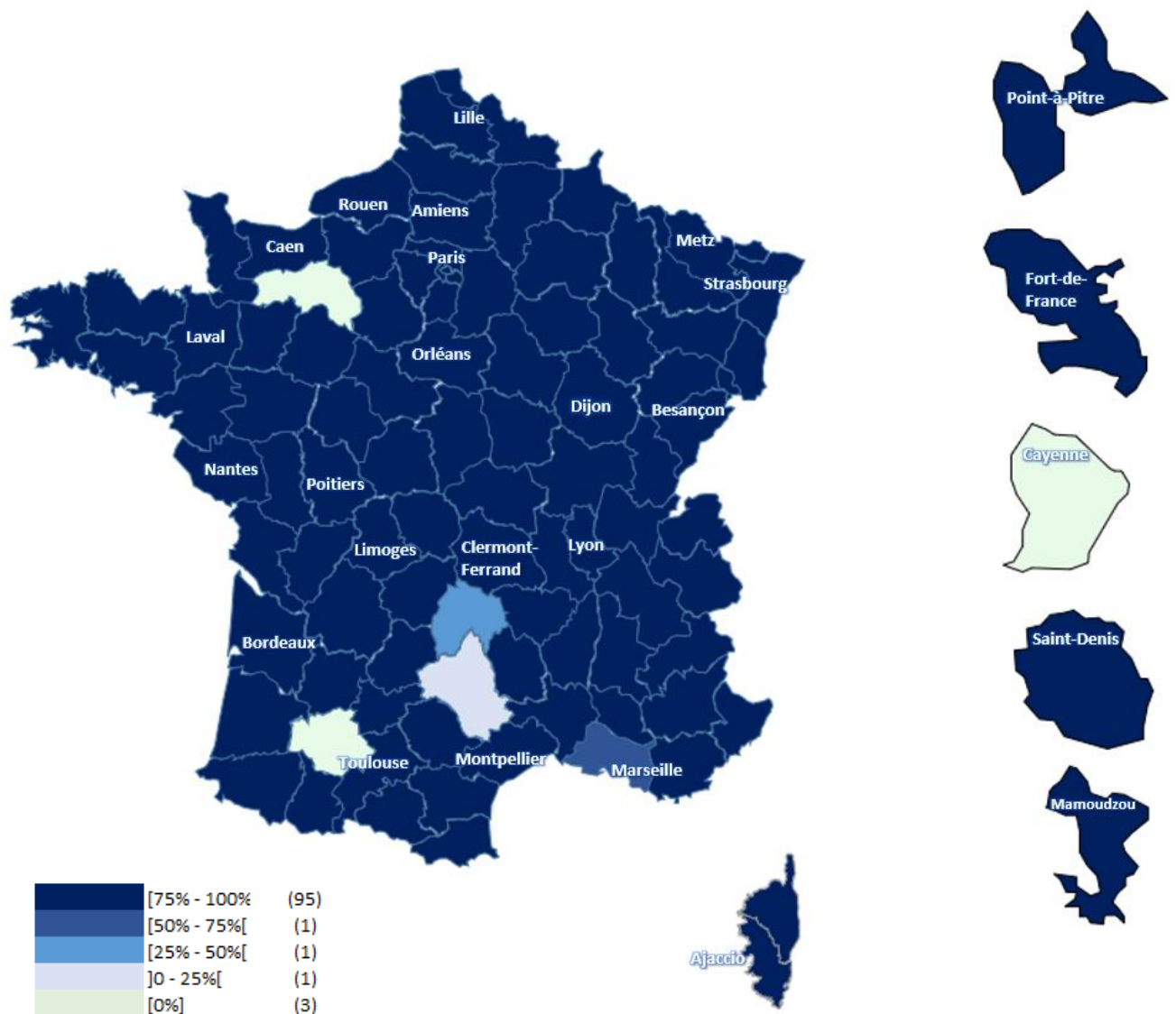
- L'épuisement des médecins, dont l'activité est déjà très intense en dehors des horaires de PDSA, et pour qui il est compliqué de poursuivre une activité en soirée. La surcharge de travail a ainsi été évoquée par de nombreux départements, dont le Vaucluse, le Haut-Rhin, le Rhône, la Gironde, le Tarn, le Gers, les Côtes-d'Armor, la Marne ou encore l'Eure ;
- La faible activité en soirée dans certains secteurs, comme cela a été mentionné notamment par les CDOM de l'Ardèche, du Nord, du Pas-de-Calais, de l'Indre et du Puy-de-Dôme ;
- L'extension des secteurs induisant de longues distances à parcourir pour les médecins, comme c'est le cas notamment dans le Tarn, le Finistère, la Haute-Loire ou encore le Loir-et-Cher : « *Le trajet entre le cabinet et la maison médicale de garde peut être très chronophage et freine le médecin.* » ;
- La valorisation des actes jugés trop basse par certains médecins ainsi que l'absence de mesures fiscales incitatives, comme cela a été évoqué par les CDOM de La Réunion, du Nord et de la Haute-Corse ;
- Le comportement des patients, dont certains médecins déplorent l'agressivité ou l'attitude consumériste à l'égard des soins pour des pathologies qui ne la justifient pas, comme cela a pu être observé dans le Haut-Rhin, le Tarn-et-Garonne, l'Isère et la Loire ;
- Une évolution sociétale induisant un moindre investissement pour les gardes de la part des nouvelles générations de médecins qui, pour certains, accordent une plus grande importance à la qualité de vie personnelle, comme cela a été mentionné par les CDOM des Pyrénées-Orientales, de la Seine-Maritime ou encore du Jura qui a évoqué « *les charges familiales aux horaires de PDSA.* ».

Cartographie 2 - Taux de couverture des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés en 2022



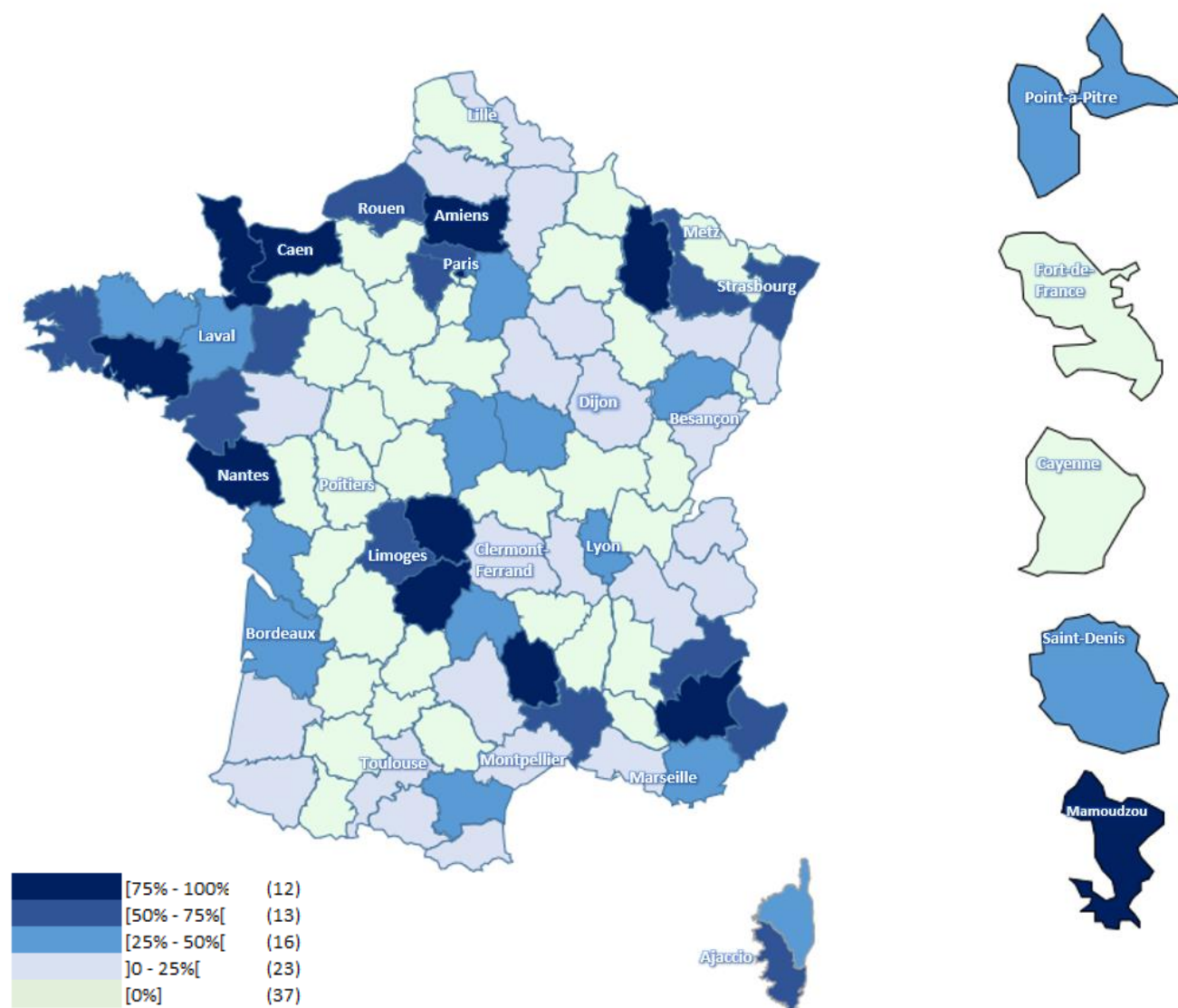
Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

Cartographie 3 - Taux de couverture des territoires de PDSA en soirée (de 20h à minuit) en 2022



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

Cartographie 4 - Taux de couverture des territoires de PDSA en nuit profonde en 2022



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

c. Effectif fixe : poursuite du développement des sites dédiés

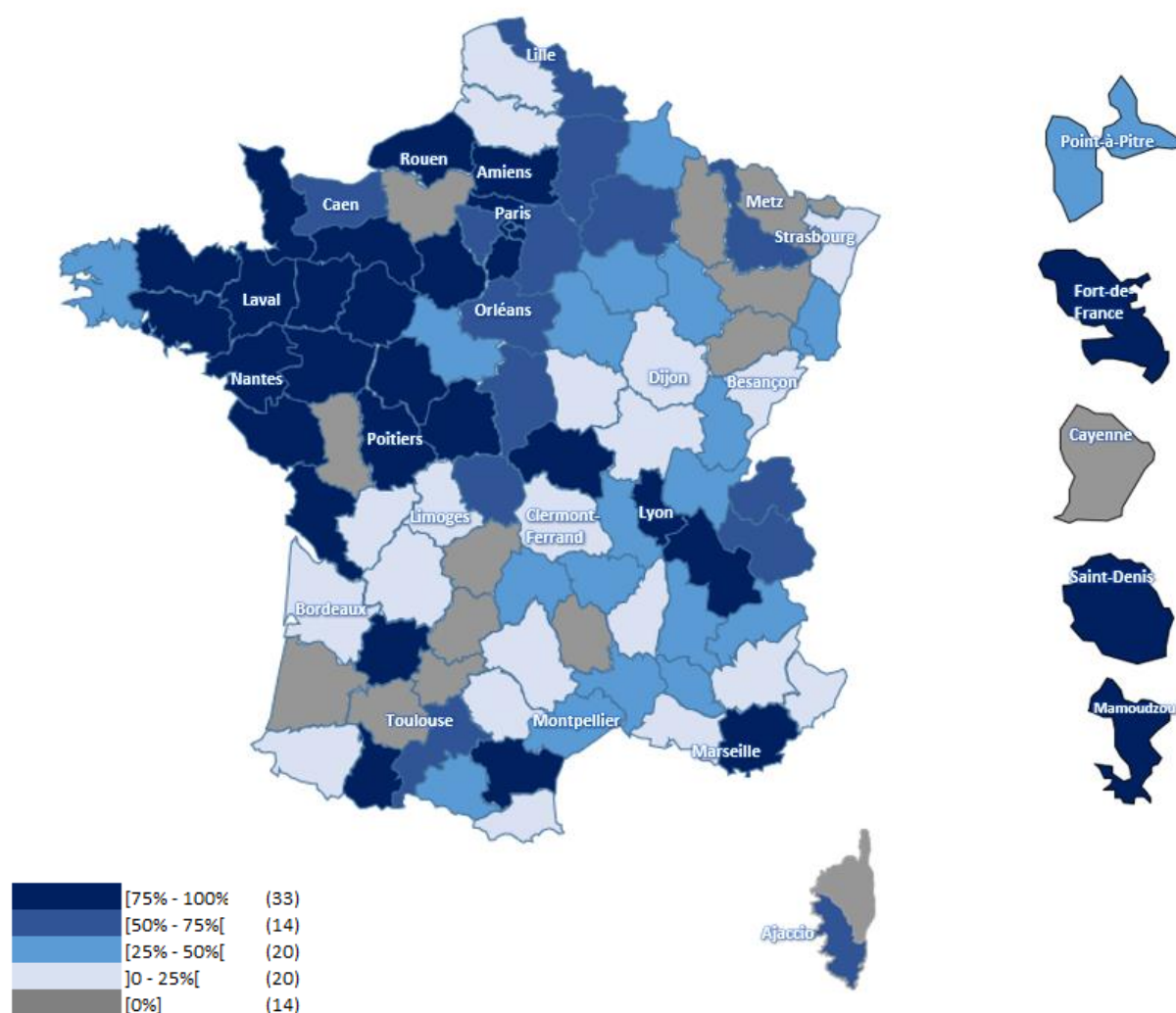
Les lieux d'effectif fixe sont ici entendus comme les lieux identifiés par le cahier des charges régional où la population peut se rendre aux horaires de la PDSA. Il peut s'agir de Maisons médicales de garde (MMG), de Centres d'accueil et de permanence des soins (CAPS) ou de centres de consultations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

En 2022, la majeure partie du territoire était couverte par des sites dédiés puisque 91 départements disposaient de ce type de structure, soit 2 de plus qu'en 2021. Notons que les prises en charge plus traditionnelles au cabinet du médecin traitant étaient toujours effectives pour 83% des départements, y compris les départements non-couverts par des sites dédiés.

Au 31 décembre 2022, on dénombrait 535 sites dédiés à la PDSA sur l'ensemble du territoire, soit 34 de plus qu'en 2021, ce qui correspond à un taux de croissance 6,8% entre 2021 et 2022, contre une hausse de 2,2% entre 2020 et 2021.

Au total, 43% des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés étaient couverts par un site dédié en 2022, soit un point de plus qu'en 2021. La création de nouveaux sites dédiés a concerné 12 départements en 2022, parmi lesquels la Seine-Saint-Denis, le Var, et le Lot-et-Garonne.

Cartographie 5 - Taux de secteurs de PDSA couverts par des sites dédiés en 2022



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

La mise en œuvre du pacte de refondation des urgences a bien conduit à amplifier le développement des sites dédiés puisqu'on est passé de 464 sites dédiés lors de la publication du rapport remis sur le sujet à la ministre des Solidarités et de la Santé en décembre 2019, à 535 au 31 décembre 2022, soit une augmentation de plus de 15% du nombre de sites dédiés sur cette période. Celui-ci prévoyait en effet la création de MMG à proximité de tous les services d'accueil d'urgences de plus de 50.000 passages par an : « *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* »¹⁵.

Cette volonté de développer la prise en charge des patients au sein de ces sites dédiés a à nouveau été soulignée dans le cadre de la publication de la « Mission flash » sur les urgences et soins non programmés en juin 2022¹⁶, notamment dans le cadre de la mesure N°2 : « *Installer une maison médicale de garde à proximité des plus importants services d'urgence.* » et de la mesure N°3 : « *Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences [...] Systématiser le tiers-payant pour les actes de PDSA en MMG sur part AMO : Une délégation financière de 5 m€ a été faite fin 2019 pour accompagner l'équipement des médecins libéraux en terminaux mobiles et permettre le dispositif. Une enquête des acteurs pour connaître l'état du déploiement est un préalable nécessaire à la généralisation, que la crise sanitaire n'a pas permis d'effectuer.* »

d. Développement des systèmes d'acheminement des patients vers l'effecteur fixe

A la question « *Quelles mesures pourraient-elles être envisagées pour améliorer la situation de la PDSA au sein de votre département ?* », la mise à disposition de transports dédiés pour les patients non mobilisables est l'un des axes d'amélioration les plus évoqués par les CDOM. Ce système est encore peu développé mais semble avant tout nécessaire au sein des secteurs où l'effecteur mobile n'est pas assurée. La présence d'un effecteur mobile permet en effet la consultation à domicile du patient ne disposant pas de moyen de transport. C'est donc en l'absence de ces derniers que la mise en place de transports vers le point fixe semble être plus pertinent.

Selon l'enquête menée auprès des CDOM, 88 d'entre eux ont déclaré qu'ils estimaient que la permanence des soins ne fonctionnait pas bien sur leur département ou que certaines zones étaient en difficulté en 2022. 60% d'entre eux ont estimé que la mise en place d'un dispositif de transport des patients était l'une des mesures à envisager pour améliorer la situation. Le développement de cette piste d'amélioration a d'ailleurs été encouragée par la « Mission flash » sur les urgences et soins non programmés, notamment dans le cadre de la Mesure 3 : « *Permettre au SAMU de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient à un rendez-vous en ville.* » ; et de la recommandation n° 14 : « *Autoriser, sur prescription de la régulation médicale, le transport sanitaire vers les cabinets médicaux et MMG.* ». La mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables a favorablement évolué entre 2021 et 2022. En effet, parmi les 91 CDOM ayant déclaré qu'il existait au moins un site dédié à la PDSA au sein de leur département, 12 ont déclaré bénéficier d'un système de transport dédié aux patients vers un lieu d'effecteur fixe, soit 3 fois plus qu'en 2021 : la Var, l'Ain, l'Ille-et-

¹⁵ Mesnier T, Carli P., Pour un pacte de refondation des urgences, Paris, 2019.

¹⁶ [Mission flash sur les urgences et soins non programmés](#)

Vilaine, le Pas-de-Calais, la Loire-Atlantique, l'Orne, Paris, l'Isère, le Morbihan, la Mayenne, la Sarthe et la Loire. Dans 75% des cas, ce dispositif était opérationnel sur l'ensemble du département. En 2022, le système d'acheminement des patients vers un point dédié à la PDSA, généralement déclenché par la régulation, impliquait la mobilisation de véhicules sanitaires légers (VSL), d'ambulances, ou de taxis financés par le FIR.

e. Effection mobile et prise en charge des visites incompressibles

Face au développement de l'effection fixe et à l'essor des sites dédiés à la PDSA, l'effection mobile est différemment organisée sur le territoire. Elle a pour but de prendre en charge les visites dites incompressibles, comme le souligne la circulaire DGOS du 23 mars 2007¹⁷. Cette notion n'est pas définie dans les textes et est inégalement abordée dans les cahiers des charges régionaux. De manière générale, les visites dites incompressibles correspondent aux situations où les patients sont dans l'incapacité de se déplacer et pour lesquels il n'est pas opportun de mettre en œuvre un transport sanitaire ; il s'agit notamment des patients en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou de toute situation hors AMU pour laquelle le médecin régulateur juge nécessaire de solliciter le déplacement d'un médecin de garde.

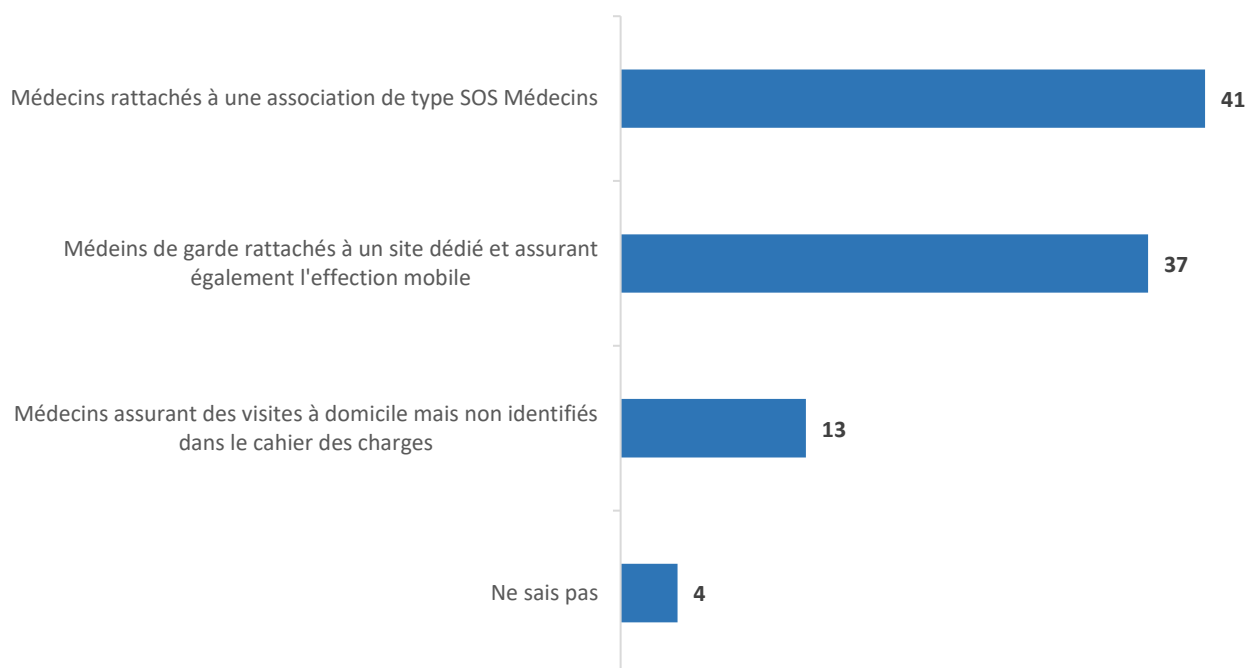
En 2022, 34 CDOM ont indiqué qu'aucune effection mobile n'était mise en place dans leur département, soit un de moins qu'en 2021. Parmi les départements ne disposant pas d'effection mobile, on retrouve notamment la Nièvre, la Somme, le Vaucluse, les Vosges ou encore les Alpes-de-Haute-Provence. Pour les autres départements, l'effection mobile est mise en œuvre selon différentes modalités :

- Dans 41 départements, l'effection mobile est assurée par une association de soins de type SOS Médecins, le plus souvent en complémentarité avec d'autres effecteurs mobiles, comme c'est le cas dans 64% des cas. Les associations de type SOS Médecins apparaissent comme les uniques effecteurs mobiles identifiés dans 16 départements, soit 36% des départements où ce type de structure est implanté, parmi lesquels la Manche, le Rhône, la Seine-Saint-Denis, Paris ou encore la Savoie.
- Dans 37 départements, les visites à domicile sont effectuées par des médecins de garde rattachés à un site dédié qui effectuent également l'effection mobile. C'est le cas notamment dans la Marne, le Doubs, la Guadeloupe, le Morbihan, le Cher et les Hautes-Alpes.
- L'effection mobile peut également être effectuée de manière « informelle » (sans forfait d'astreinte dédié). C'est le cas dans les départements où l'effection mobile n'est pas prévue par le cahier des charges mais tout de même réalisée par certains médecins de garde. La réalisation des visites est, dans ce type de configuration, soumise à la bonne volonté des médecins et donc variable d'un médecin/d'une garde à l'autre. Ce type d'organisation est observé dans 13 départements : dans les Yvelines, en Gironde, en Lozère, dans le Gers, dans le Pas-de-Calais, en Meurthe-et-Moselle, en Haute-

¹⁷ [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](#)

Corse, en Corse-du-Sud, en Indre-et-Loire, dans les Bouches-du-Rhône, dans la Drôme et les Pyrénées-Atlantiques.

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

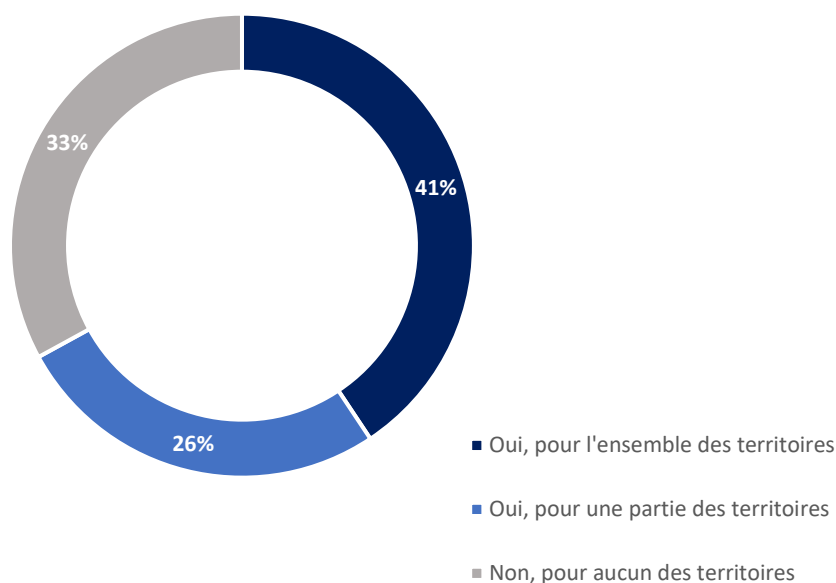


Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

Concernant la prise en charge des visites dites incompressibles, l'enquête menée auprès des CDOM révèle que parmi les 91 départements disposant de sites dédiés à la PDSA, 30 n'étaient pas dotés de dispositifs de prise en charge de ces visites sur l'ensemble des secteurs couverts par un site dédié, soit 5 de moins qu'en 2021.

Graphique 12 – Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés (N = 91)

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



Lecture : Pour 41% 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 2022

f. Rémunération de l'effecton

Comme pour la régulation, la rémunération des forfaits d'astreinte d'effecton est déterminée par les ARS. Avant 2022, le forfait d'astreinte d'effecton ne pouvait pas être fixé en deçà de **150€** les 12 heures¹⁸ (soit 12,50€/heure), mais ce montant a été revalorisé à **180€** les 12 heures (soit 15€/heure) à la suite de la publication de l'arrêté du 24 décembre 2021¹⁹ modifiant l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la PDSA, et dont l'application est effective depuis le 5 janvier 2022.

En 2022, 74 départements au sein desquels le précédent seuil minimum de 12,50€ était appliqué ont ainsi pu bénéficier de revalorisations des forfaits d'astreinte d'effecton.

Le cahier des charges régional peut également prévoir, dans le respect des limites fixées par l'article 2 du présent arrêté, une modulation de ces rémunérations forfaitaires en fonction des contraintes géographiques et des différentes sujétions attachées à l'exercice de la

¹⁸ [Article 2 de l'arrêté 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participants à la permanence des soins ambulatoires valable du 30 avril 2011 au 5 janvier 2022](#) - Legifrance

¹⁹ [Article 1 de l'Arrêté du 24 décembre 202119 modifiant l'arrêté du 20 avril 2011](#) - Legifrance

permanence des soins. Ces rémunérations forfaitaires et, le cas échéant, les modalités de leur modulation sont précisées dans le cahier des charges régional de la permanence des soins.²⁰

En 2022, les montants des forfaits d'astreinte d'effectation étaient compris entre 60€ et 250€ par tranche de 4 heures pour l'effectation fixe, et entre 60€ et 340€ par tranche de 4 heures pour l'effectation mobile, tous créneaux confondus.

²⁰ [Article 1 de l'arrêté 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participants à la permanence des soins ambulatoires](#) - Légifrance

Tableau 4 - Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effecton fixe et mobile en 2022

| Région | | 20h – 24h | Minuit – 8h | Sam. 12h-20h | Dimanche, fériés et ponts 8h-20h | Sam. 8h-12h |
|----------------------------|--------|---|-----------------------|---------------------|----------------------------------|-------------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | | 60 € | 120 € | 120 € | 180 € | - |
| Bourgogne Franche-Comté | Fixe | 60€ à 160€ | 120 € | 120€ à 170€ | 180€ à 230€ | - |
| | Mobile | <i>Les MMG bénéficient d'une indemnité de sujétion</i> | | | | - |
| Bretagne | Fixe | 60 € | 120 € | 120 € | 180 € | - |
| | Mobile | <i>L'effecton fixe en nuit profonde ne concerne que les îles</i> | | | | - |
| Centre-Val de Loire | Fixe | 60 € | - | 120 € | 180 € | - |
| | Mobile | 400 € | - | 400 € | 600 € | - |
| Corse | | 60 € | 120 € | 120€ à 150€ | 180€ à 250€ | NC |
| Grand-Est | | 60 à 135€ | 120€ à 270€ | 120€ à 270€ | 180€ à 405€ | - |
| | | <i>Majoration en cas de resectorisation, fonction du temps de déplacement entre les deux communes les plus éloignées du secteur</i> | | | | |
| Hauts-de-France | | 100 € | 200 € | 200 € | 300 € | - |
| Ile-de-France | Fixe | 60€ à 200€ | 120€ à 400€ | 120€ à 400€ | 180€ à 600€ | - |
| | Mobile | <i>Tarifs dégressifs à partir du 2^{ème} acte réalisé</i> | | | | - |
| | | 60€ à 150€ | 200€ à 300€ | 120 € | 180€ à 300€ | - |
| | | <i>Majoration pour les effecteurs en territoires à caractère rural</i> | | | | |
| Normandie | | 60 € | 120 € | 120 € | 180 € | - |
| Nouvelle-Aquitaine | Fixe | 65 € | 130 € | 130 € | 195 € | - |
| | Mobile | 150 € | 300 € | 150 € | 225 € | - |
| Occitanie | Fixe | 60 € à 100 € | 120 € à 250 € | 120 € à 320 € | 180 € à 480 € | - |
| | Mobile | 75 € à 300 € | 120 € à 200 € | 120 € à 680 € | 180 € à 1020 € | |
| | Mixte | 60 € à 100 € | 120 € à 250 € | 120 € à 320 € | 180 € à 480 € | |
| Pays-de-la-Loire | Fixe | 90€ à 150€ | 100€ à 450€ | 100€ à 300€ | 150€ à 450€ | NC |
| | Mobile | <i>Les plages horaires et les montants varient selon les départements</i> | | | | |
| | | 200€ à 276€ | 400€ à 552€ | 400€ à 552€ | 600€ à 828€ | |
| | | <i>Baisse du montant horaire si aucun acte n'est réalisé</i> | | | | |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | | 60 € | 120 € | 120 € | 180 € | 60 € |
| | | <i>Samedi matin uniquement si précédé d'un jour férié</i> | | | | |
| Martinique | | 135 € | 270 € | 210 € | 210€ - 270€ | - |
| | | <i>De 19h à 23h</i> | <i>24/12 et 31/12</i> | <i>De 13h à 23h</i> | | |
| Guadeloupe | | 70-110 € | 140 € | 140 € | 210 € | 70 € |
| | | <i>Samedi uniquement si précédé d'un vendredi férié</i> | | | | |
| Guyane | | 250 € | - | 510 € | 750 € | - |
| | | <i>Astreinte supplémentaire de 240€ pour les certificats de décès</i> | | | | |
| Réunion | Fixe | 89 € | 142 € | 124 € | 195 € | - |
| | | <i>19h - 24h</i> | | <i>12h - 19h</i> | <i>8h - 19h</i> | |
| | Mobile | 148 € | 178 € | 355 € | | |
| | | <i>19h - 24h</i> | | <i>14h - 20h</i> | | - |

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

L'enquête menée auprès des CDOM a révélé que la rémunération des forfaits d'astreinte et des actes était jugée insuffisante par de nombreux médecins, celle-ci étant citée parmi les éventuelles causes du désengagement des médecins effecteurs à la PDSA. Les fortes inégalités qui existent entre la rémunération de la régulation et de l'effectio n ont également été déplorées, sachant que les montants minimums appliqués en 2022 étaient de 75€ par heure pour la régulation et de 15€ par heure plus la tarification par acte pour l'effectio n.

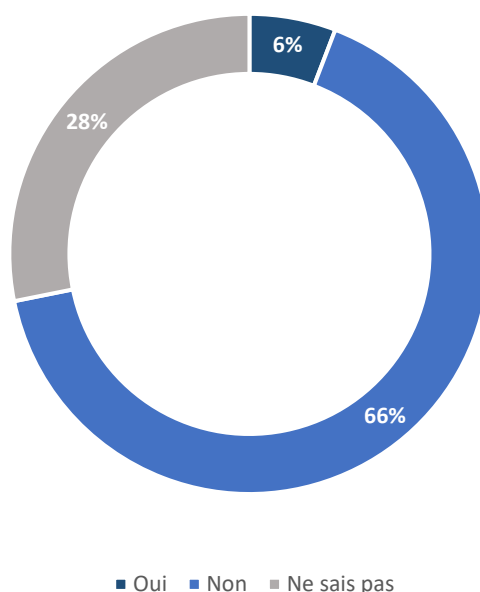
Dans sa déclaration du 6 janvier 2023 sur les défis et priorités de la politique et la santé, le président de la République Emmanuel Macron a annoncé vouloir « *mieux rémunérer les médecins qui assurent la permanence des soins* »²¹, il sera donc intéressant d'évaluer l'impact de ces prochaines mesures sur le ressenti des médecins quant à la rémunération de la PDSA dans la prochaine enquête annuelle.

g. Effectio n et téléconsultation

L'enquête menée auprès des CDOM révèle que la téléconsultation a été utilisée par les médecins effecteurs dans le cadre de la PDSA au sein de 6 départements.

Graphique 13 – Part des départements où la téléconsultation a été utilisée en effectio n en 2022

La téléconsultation a-t-elle été utilisée par les médecins effecteurs au sein de votre département dans le cadre de la PDSA?



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

Cette pratique reste donc peu développée en 2022 et semble être mise en place pour répondre à des problématiques spécifiques lorsqu'elle est utilisée, comme c'est le cas dans le Finistère,

²¹ [Déclaration de M. Emmanuel Macron, président de la République, sur les défis et priorités de la politique de la santé, à Évry le 6 janvier 2023.](#)

où la téléconsultation n'est utilisée que sur une île, ou encore dans le Bas-Rhin où elle n'est utilisée qu'au sein de deux secteurs qui font l'objet d'un regroupement. Dans certains départements, comme à Paris ou dans la Manche, cette pratique n'est utilisée que par certaines associations de permanence des soins, de type SOS Médecins. Dans les Yvelines, une téléconsultation assistée a été mise en place avec l'envoi d'une infirmière diplômée d'état au domicile du patient par le Centre 15 lorsque le médecin régulateur le juge nécessaire. Cette pratique a été mise en place en réponse à la recommandation N°16 de la Mission Braun : « Mobiliser les infirmier(e)s libéraux volontaires pour assurer une réponse aux SNP à la demande de la régulation médicale du SAMU-SAS. »²²

Il faut également noter que 28% des CDOM interrogés ont indiqué ne pas savoir si la téléconsultation avait été utilisée par les médecins effecteurs dans le cadre de la PDSA, il est donc possible que cette pratique soit en réalité un peu plus développée sur le terrain que ne le révèle l'enquête.

2.3. Modification des horaires de permanence des soins

a. Extension des horaires de PDSA au samedi matin

Selon le Code de la Santé Publique²³, la PDSA du week-end ne débute officiellement qu'à midi le samedi et n'englobe donc pas le samedi matin. L'extension de la PDSA à cette plage horaire demeure toutefois une revendication forte des CDOM et des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux depuis plusieurs années.

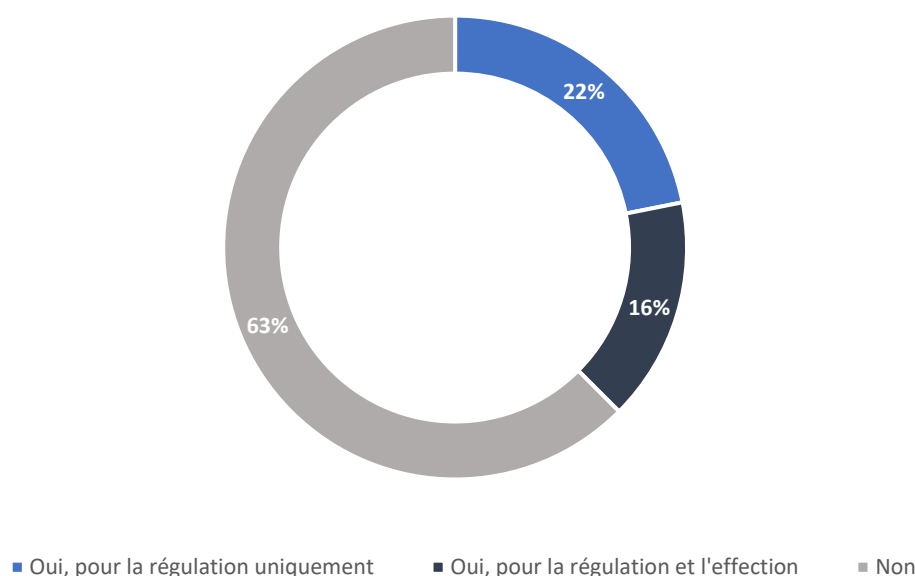
Sur le terrain, l'élargissement de la PDSA au samedi matin poursuit doucement son développement. En 2022, 38 départements ont déclaré que la PDSA avait été élargie au samedi pour la régulation, soit 1 de plus qu'en 2021. On note toutefois une nette augmentation de l'élargissement de la PDSA à l'effectif en plus de la régulation, puisqu'elle concerne 15 départements en 2022, contre 10 en 2021.

²² [Mission flash sur les urgences et soins non programmés](#), Solidarites-santé.gouv.fr

²³ [Article R6315-1 du Code de la santé publique](#)

Graphique 14 – Part des départements ayant élargi la PDSA au samedi matin en 2022

Les horaires de permanence des soins ont-ils été étendus au samedi matin dans tout ou partie de votre département en 2022 ?



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

Parmi les départements pour lesquels la PDSA a été élargie au samedi matin, 21% des CDOM ont déclaré que cette extension avait été mise en place à la suite des recommandations de la Mission Braun.

Pour les départements ne bénéficiant pas de l'intégration du samedi matin aux horaires de PDSA, l'extension de la permanence des soins à ce créneau semble demeurer une attente forte pour une majorité d'entre eux, dans un contexte où de moins en moins de cabinets médicaux sont ouverts le samedi matin et où les demandes se reportent sur les autres acteurs de l'offre de soins, tels que le SAMU et les Urgences. En effet, 59% des CDOM pour lesquels les horaires de PDSA n'ont pas été élargis au samedi matin, que ce soit pour la régulation ou l'effectif, se disaient favorables à ce qu'ils le soient (Cf. Graphique 15). Ce chiffre est en légère baisse par rapport à 2021 (-2%).

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

- Le constat de la fermeture des cabinets médicaux le samedi matin partagé par de nombreux départements, comme en témoignent le CDOM des Pyrénées-Orientales : « Il est impératif d'élargir la PDSA au samedi matin car la majorité des cabinets sont fermés durant cette plage horaire. La régulation médicale se retrouve alors en difficulté, sans effecteur le samedi de 8h à 14h. » ; ou encore le CDOM de l'Aude : « C'est indispensable, car de nombreux cabinets sont fermés le samedi matin. Le SAS est en difficulté le samedi matin, en raison de l'absence d'effecteurs, et seule une extension de la PDSA le samedi matin peut résoudre le problème. ». Certains départements en faveur de l'extension des horaires de PDSA au samedi matin souhaiteraient également que cela s'accompagne de mesures financières pour tous les médecins libéraux exerçant le samedi matin, indépendamment de leur inscription au tableau de garde,

afin de ne pas pénaliser les cabinets ouverts durant cette plage horaire, comme l'indique le CDOM du Nord : « *La PDSA doit commencer le vendredi à 20h, et pour ne pas supprimer des cabinets médicaux qui travaillent les samedis matin, il faudrait qu'ils puissent majorer leurs actes du samedi matin, indépendamment du médecin inscrit sur Ordigard.* ».

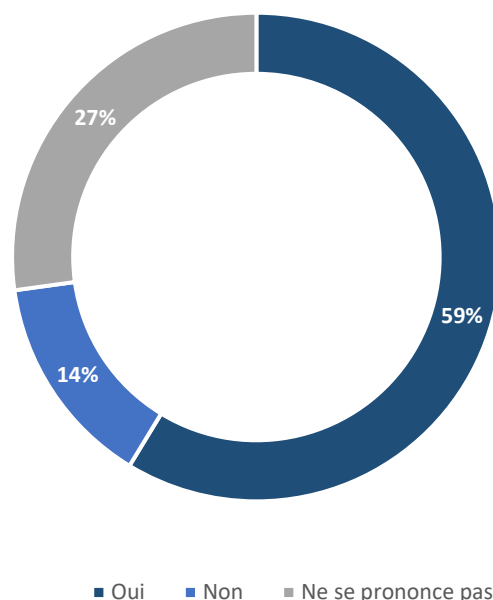
- Des départements en faveur de l'extension de la PDSA le samedi matin évoquent la nécessité de faire coïncider la régulation et l'effectif sur l'ensemble des territoires, comme en témoigne le CDOM de l'Ardèche, ou encore les CDOM qui évoquaient les nombreux cabinets fermés.
- Cela permettrait également de libérer des médecins pour assurer la régulation libérale sur ce créneau : « *La régulation le samedi matin est prévue dans le cahier des charges mais non mise en place, les médecins régulateurs n'étant pas disponibles car en activité dans leur cabinet.* ».
- Cette mesure permettrait d'impliquer plus de médecins dans le dispositif de permanence des soins, comme en témoigne le CDOM de la Dordogne : « *De plus en plus de médecins ne travaillent plus le matin et cela permettrait d'impliquer davantage l'ensemble de la population médicale (titulaires et remplaçants)* ».

Les CDOM qui se sont déclarés défavorables à l'élargissement des horaires de PDSA au samedi matin sont au nombre de 13, soit 3 de plus qu'en 2021 : la Nièvre, la Polynésie Française, les Vosges, le Maine-et-Loire, le Bas-Rhin, le Finistère, la Marne, le Doubs, le Tarn-et-Garonne, le Morbihan, la Haute-Loire, le Territoire de Belfort, et la Guyane. Ils sont défavorables à cette mesure pour diverses raisons :

- Le fait que de nombreux cabinets soient déjà ouverts dans certains départements et le risque de fermeture de ces cabinets du fait d'une disparité de tarification entre les médecins de garde et les médecins exerçant habituellement durant cette plage horaire : « *Il est nécessaire de laisser les cabinets ouverts le samedi matin. Il ne nous semble pas judicieux de mettre cette matinée en PDSA, ce qui signifierait que tous les secteurs seraient en PDSA et les médecins ne travailleraient plus le samedi matin.* ».
- La surcharge de travail que cela engendrerait pour les médecins participant à la PDSA : « *Les médecins sont déjà au bord de l'épuisement, il ne semble pas pertinent de leur rajouter encore du travail.* ».
- Les départements défavorables à cette mesure évoquent également le manque d'effectifs pour remplir les tableaux de garde.

Par ailleurs, plus d'un quart des départements (27%) ont préféré ne pas se prononcer quant à l'extension de la PDSA au samedi matin.

"Seriez-vous favorable à un élargissement de la PDSA au samedi matin?"



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

b. Horaires adaptés en soirées

Selon plusieurs CDOM, les horaires de PDSA en soirées de semaine ne coïncident pas réellement avec l’activité constatée. Bien que cette plage horaire soit censée couvrir le créneau de 20h à 24h, il apparaît que dans certains départements les demandes de prise en charge pour des soins non programmés sont souvent plus importantes en début de soirée, et moindres après 22h. Dans le cadre de l’enquête menée auprès des CDOM, la question de l’avancement de la plage horaire de soirée a été évoquée à plusieurs reprises parmi les évolutions de la PDSA que les départements souhaitaient aborder. Cela a été évoqué notamment par le CDOM de la Charente qui indiquait que les médecins généralistes demandaient l’arrêt des gardes à 22h, par le CDOM des Vosges qui a indiqué que les médecins souhaitaient que la PDSA soit avancée de 18h à 22h au lieu de 20h à 24h, par le CDOM de l’Ardèche qui indiquait que les médecins souhaitaient un avancement de la PDSA de 19h à 22h ou encore par le CDOM du Haut-Rhin qui préconise un début de PDSA à 18h30 comme dans les établissements de soins.

Sur le terrain, les horaires de PDSA en soirées ont déjà été adaptés pour l’effectif dans certains départements, comme dans le Puy-de-Dôme où les horaires de PDSA ont été avancés de 19h à 23h pour certains secteurs, dans la Savoie où la PDSA s’arrête à 23h, voire à 22h dans certains secteurs, ou encore à La Réunion où le cahier des charges révisé en fin d’année 2022 a acté l’avancement de la PDSA à 19h en semaine, tout en maintenant une couverture jusqu’à 24h. La régulation libérale a également été avancée à 18h dans la Loire et les Landes, et à 19h dans de nombreux départements : dans l’Ain, l’Allier, l’Ardèche, le Cantal, la Drôme, la Dordogne, l’Isère, le Lot-et-Garonne, les Pyrénées-Atlantiques, les Deux-Sèvres,

la Haute-Vienne et la Réunion. On observe également des fronts de régulations plus importants en début de soirée, comme c'est le cas dans l'Ain et la Réunion qui disposent de 2 lignes de garde jusque 23h puis d'une seule ligne de garde sur le reste de la nuit.

2.4. La participation des médecins à la permanence des soins

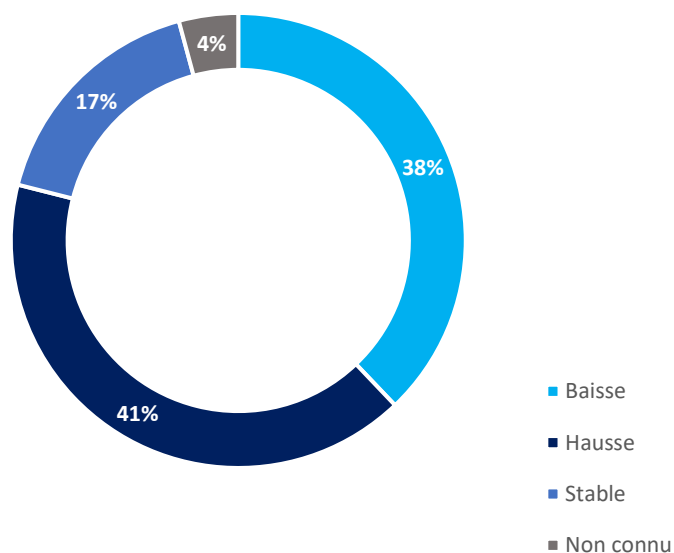
a. Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA

Comme depuis 2018, le taux de participation à la permanence des soins ambulatoires a été calculé à partir de données homogènes et comparables au niveau national, bien que certains départements n'aient pas pu être intégrés au calcul²⁴.

Après une baisse de la participation entre 2020 et 2021 (-0,8%), on constate une quasi-stabilité du taux de volontariat national, qui s'élève désormais à 38,48% (-0,02%). On a ainsi comptabilisé 24504 médecins volontaires pour 63681 médecins susceptibles de prendre une garde.

Au niveau départemental, les écarts sont très marqués, avec un minimum de 7% pour Paris et un maximum de 81% pour les Vosges et les Ardennes. A noter également qu'entre 2021 et 2022, le taux de participation à la PDSA a augmenté pour 41% des départements, a diminué pour 38% et est resté stable pour 17% d'entre eux.

Graphique 16 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2021 et 2022



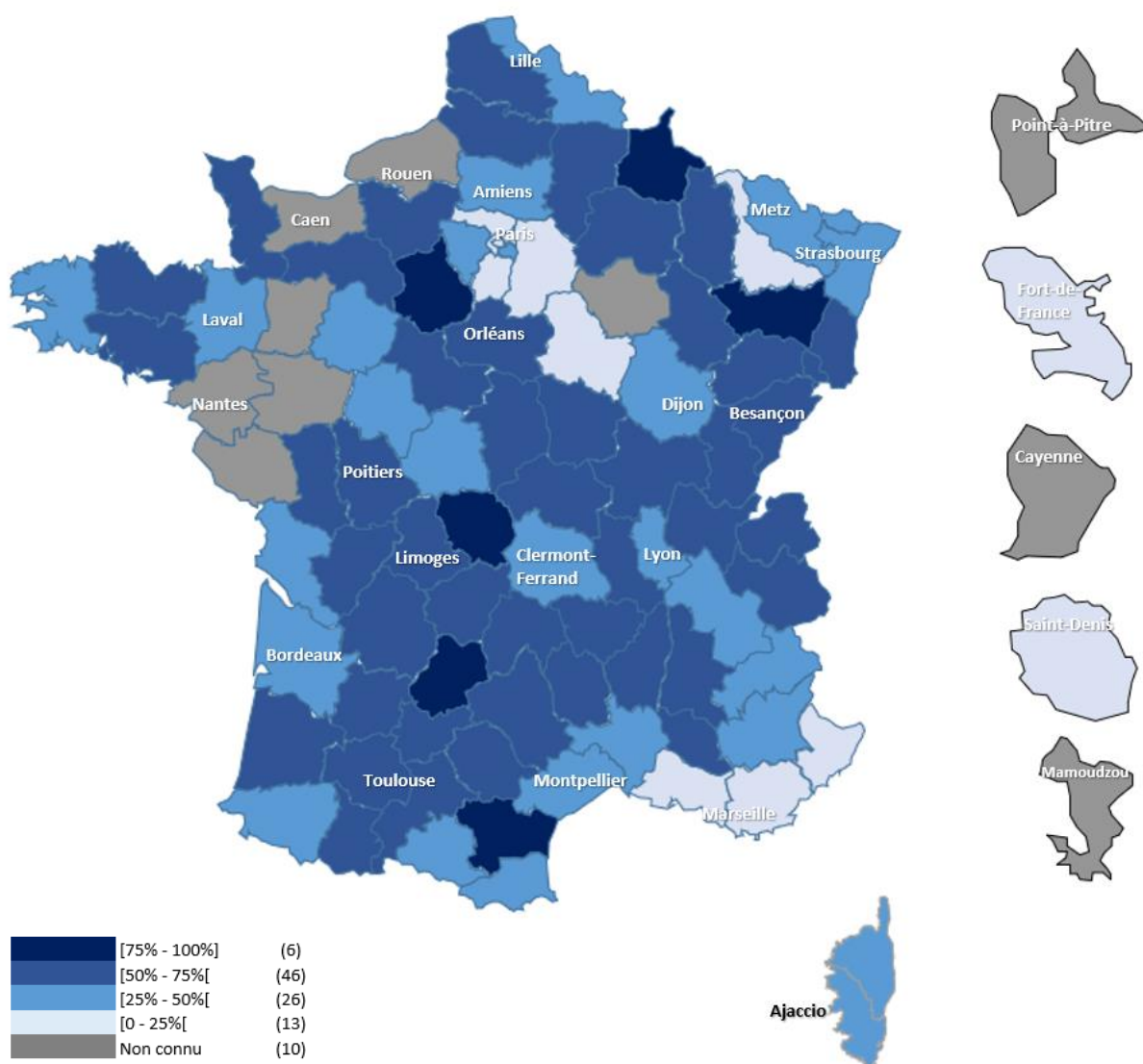
Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2021-2022

²⁴ Les données d'activité recueillies par Ordigard ne sont pas exhaustives : elles couvrent 95 départements. Se reporter à la méthodologie pour plus de détails.

Ce taux, à lui seul ne nous permet pas d'évaluer de manière qualitative le fonctionnement de la PDSA dans un territoire, et doit donc être interprété avec prudence. En effet, le fonctionnement de la PDSA peut être satisfaisant, notamment dans des départements abritant de grands centres urbains comme Paris, où les tableaux de garde ne peinent pas à être complétés malgré un taux de participation très faible. Cela s'explique par la professionnalisation de la PDSA dans ce département et la présence d'associations de type SOS Médecins. On peut également prendre l'exemple de La Réunion, où le CDOM estime que la PDSA fonctionne bien sur l'ensemble du département, alors même que le taux de participation départemental n'est que de 12%. Comme pour Paris, cela s'explique par une forte professionnalisation de la PDSA dans ce département. Un taux de participation élevé ne garantit pas non plus un fonctionnement optimal de la PDSA : à l'exception de la Creuse, tous les départements bénéficiant d'un taux de participation de plus de 75% déclarent rencontrer des difficultés de fonctionnement dans certaines zones. Parmi eux, les Vosges, l'Eure-et-Loir et le Lot qui sont soumis à des réquisitions préfectorales de manière récurrente, alors même que ces départements bénéficient de taux de participation parmi les plus élevés du pays (respectivement 81%, 78% et 79%).

Le détail des taux de participation de chaque département est disponible en Annexe 1.

Cartographie 6 - Taux de participation des médecins à la PDSA en 2022



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2022

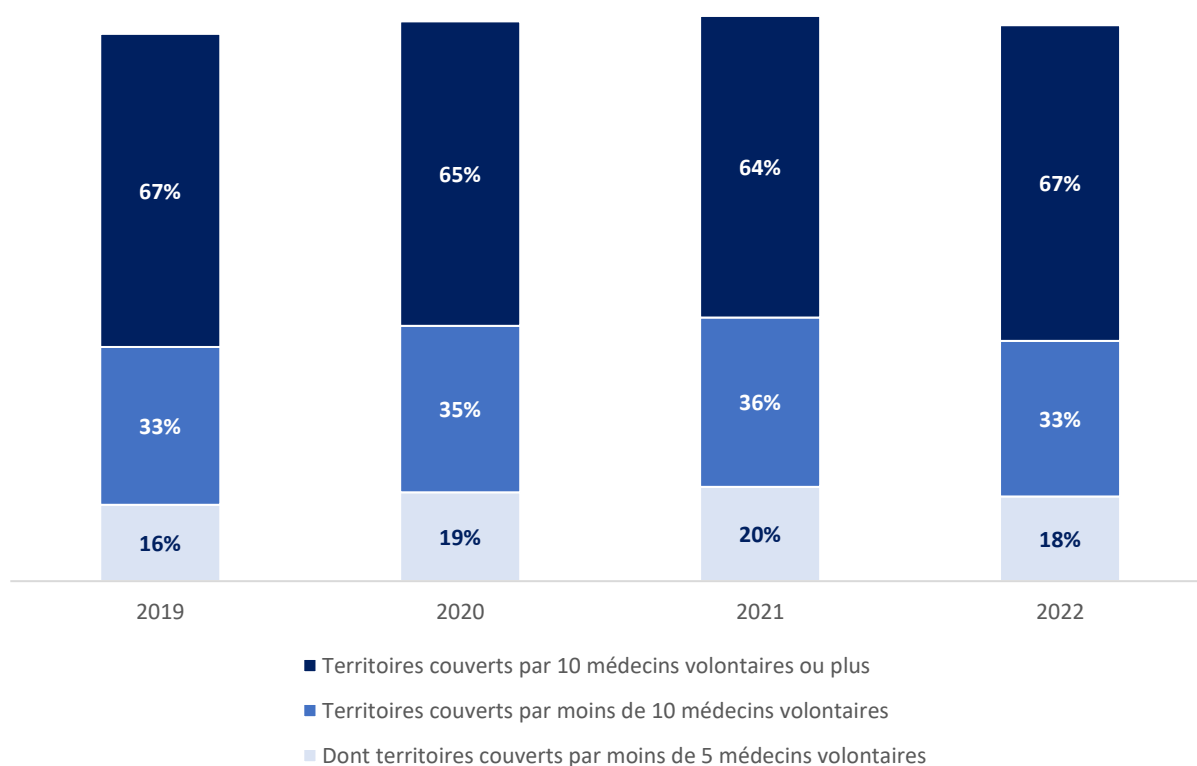
b. Couverture des territoires de PDSA

D'après l'enquête menée auprès des CDOM, 33% des secteurs de PDSA (en prenant pour base le nombre de secteurs en week-ends et jours fériés) étaient couverts par 10 médecins volontaires ou moins en 2022, soit 3% de moins qu'en 2021. 18% des secteurs étaient quant à eux couverts par 5 volontaires ou moins, soit 2% de moins qu'en 2021.

Nous constatons donc une légère amélioration de la couverture des territoires de PDSA au niveau de l'effectif des médecins volontaires présents, qui peut s'expliquer par la diminution du nombre de territoires de PDSA par resectorisations, et donc de la mutualisation des médecins volontaires sur ces secteurs redécoupés.

Le nombre moyen de gardes²⁵ effectuées par ces médecins est très hétérogène au niveau départemental, et même au niveau des secteurs de garde. Au cours de l'année 2022, les médecins effecteurs (titulaires ou remplaçants) avaient effectué 29 gardes en moyenne, tout comme en 2021, avec un minimum de 6 gardes dans l'Orne et un maximum de 137 gardes en Seine-et-Marne (Source : CNOM, Ordigard, 2022). Ce chiffre est cependant à nuancer car il intègre les médecins travaillant en associations de type SOS Médecins, dont les prises en charge en horaires de PDSA représentent le cœur de métier, contrairement aux médecins libéraux installés qui participent au dispositif en plus de l'activité en cabinet. Les données disponibles ne permettent pas encore de distinguer le nombre moyen de gardes effectuées par les médecins libéraux installés de celui des médecins « professionnels » de la PDSA, la moyenne présentée peut donc être considérée comme la borne haute du nombre moyen de gardes réalisées en 2022.

Graphique 17 - Territoires couverts par moins de 10 médecins volontaires et moins de 5 médecins volontaires sur l'ensemble des territoires de PDSA en journée les week-ends et jours fériés entre 2019 et 2022



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

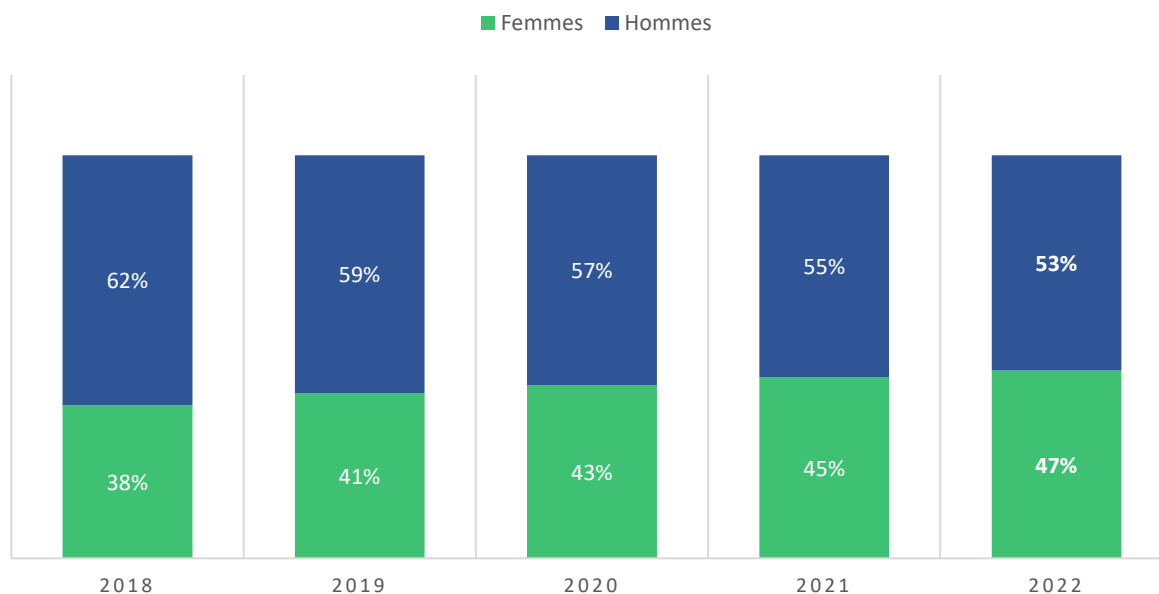
Sources : CNOM, Enquêtes PDSA entre 2019 et 2022

²⁵ 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. Profils des médecins de garde

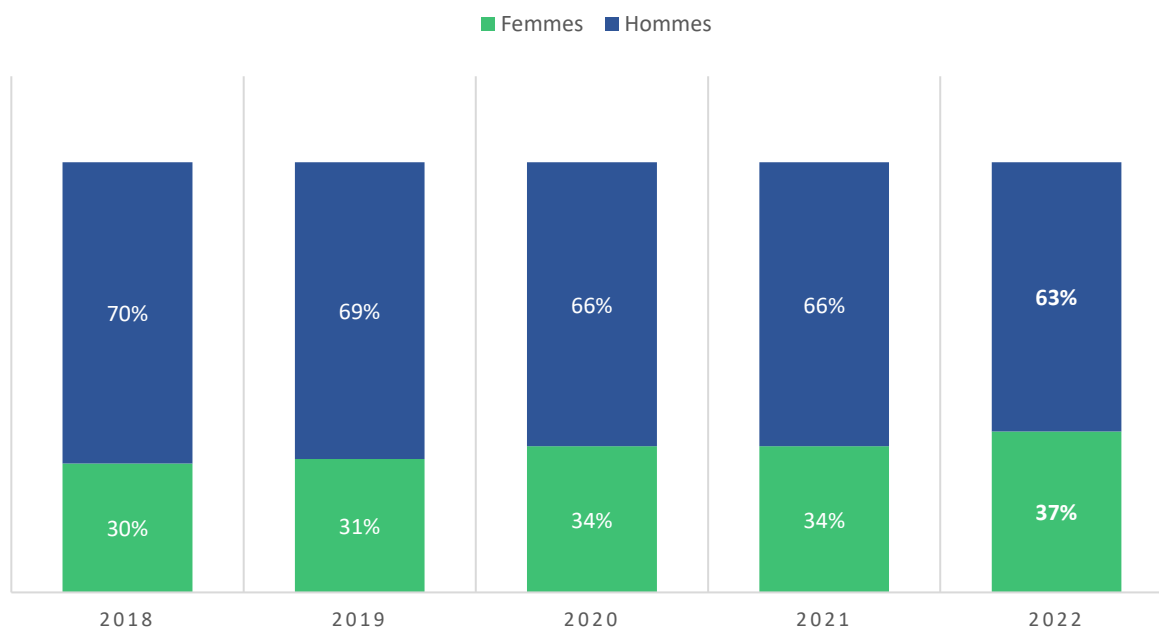
Les données issues d'Ordigard révèlent que les participants à la PDSA sont majoritairement des hommes : à 63% pour la régulation et à 53% pour l'effectif.

Graphique 18 - Répartition des médecins effecteurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2022



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022

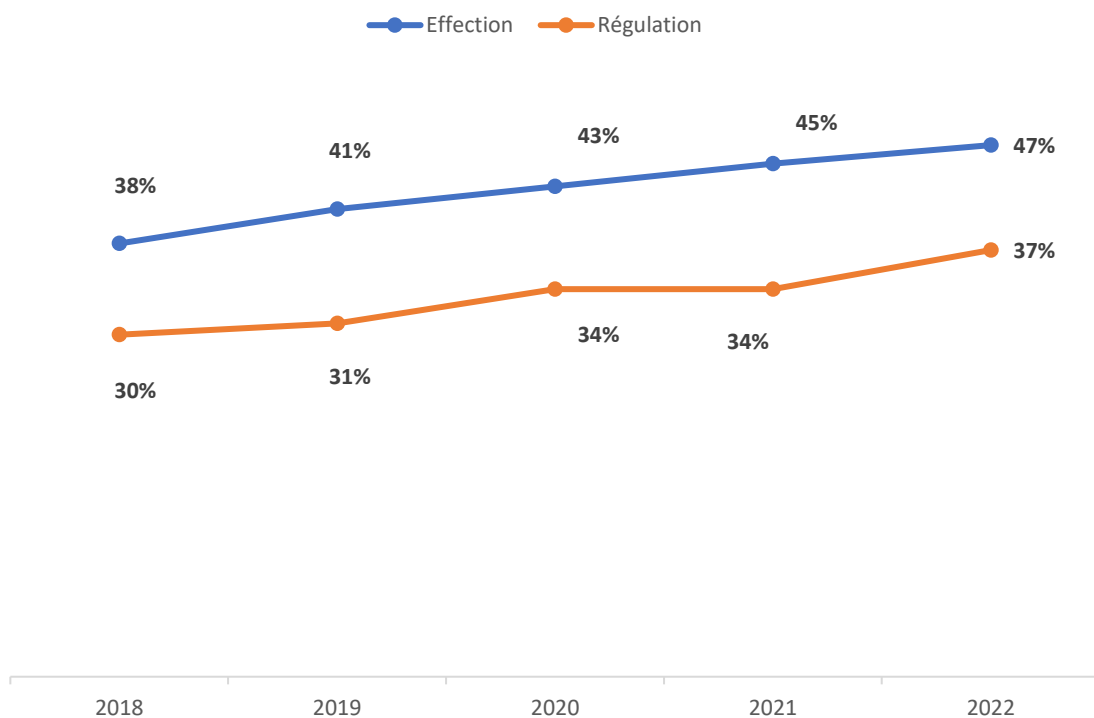
Graphique 19 - Répartition des médecins régulateurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2022



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022

On observe ainsi que les femmes sont plus présentes en effecton qu'en régulation, mais également que la part des femmes participant à la PDSA, que ce soit en régulation ou en effecton, augmente continuellement. En l'espace de quatre ans, la part des femmes assurant des gardes a augmenté de 9% en effecton et de 7% en régulation.

Graphique 20 - Part des médecins de garde femmes de 2018 à 2022

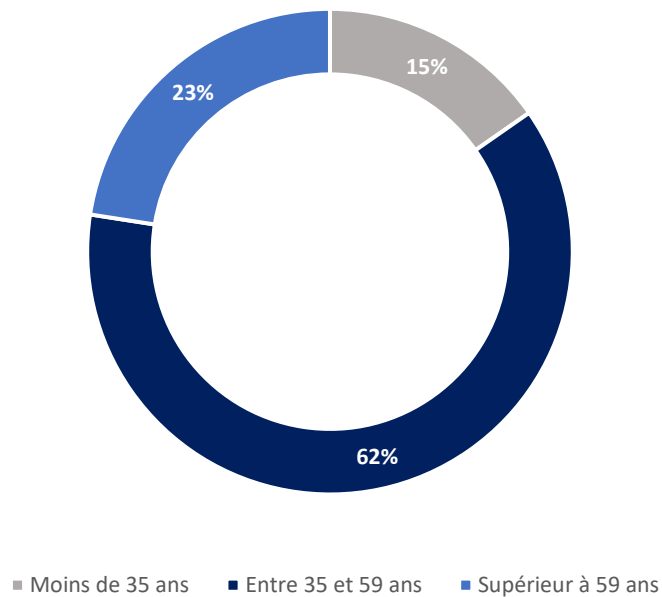


Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022

Comme cela a pu être observé les années passées, l'âge moyen²⁶ des effecteurs de la garde poursuit sa baisse entre 2021 et 2022, en passant de 46,1 ans à 45,8 ans, avec un minimum de 40,1 ans en Indre-et-Loire et un maximum de 56,9 ans dans les Deux-Sèvres. Majoritairement, l'âge des médecins effecteurs se situe entre 35 et 59 ans (Cf. graphique 21).

²⁶ 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).

Graphique 21 - Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2022 selon la tranche d'âge

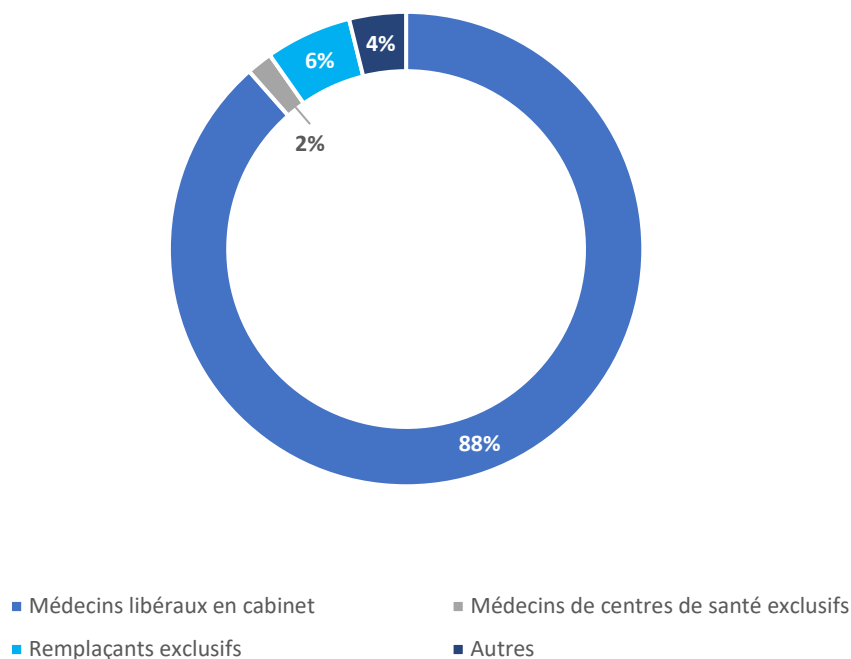


Source : CNOM, Ordigard, 2022

La moyenne d'âge des médecins régulateurs est quant à elle de 54,5 ans au niveau national, avec un minimum de 46 ans dans les Hauts-de-Seine et un maximum de 69 ans dans l'Hérault.

Pour ce qui concerne leur mode d'exercice, les médecins participant à la PDSA sont majoritairement des médecins généralistes exerçant en cabinet. En 2022, ils représentaient 88% des médecins participants à la PDSA, tout comme en 2021. Les parts des remplaçants exclusifs et des médecins exerçant exclusivement en centre de santé n'ont pas non plus évolué en 2022, et représentent respectivement 2% et 6% des participants à la permanence des soins ambulatoires.

Graphique 22 - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2022 selon le mode d'exercice



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2022

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 2017²⁷, ce mode de fonctionnement est particulièrement intéressant puisqu'il permet de limiter le nombre d'interlocuteurs et d'assurer ainsi un parcours de soins simplifié quelle que soit la nature de la demande (programmée ou non). Il préconise ainsi un renforcement du maillage territorial en centres de santé ainsi qu'une extension de leurs horaires d'ouverture. Le rapport fait cependant apparaître qu'en l'absence de directive nationale, le soutien de ces structures par les ARS est très variable d'une région à l'autre.

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

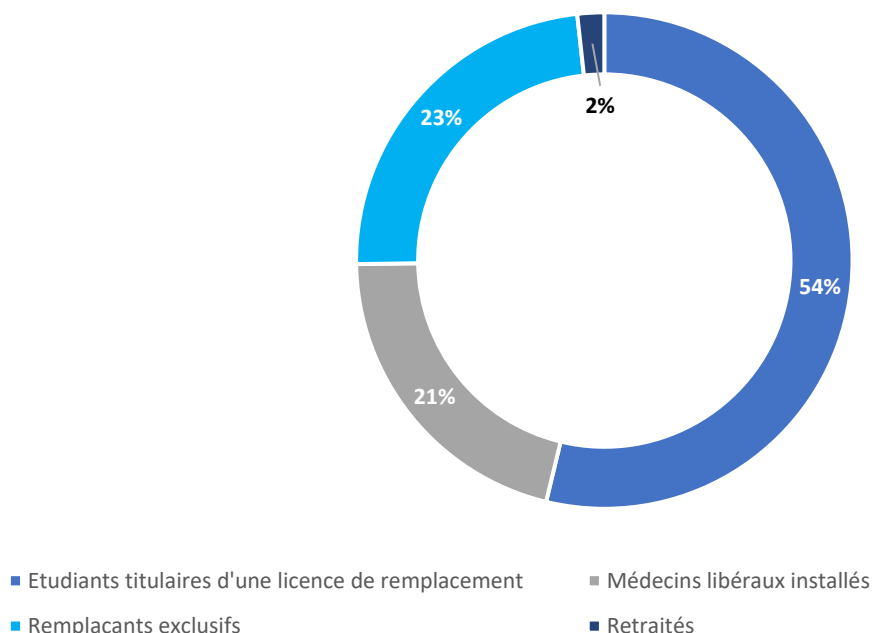
²⁷ [Sénat, 2017, Rapport d'information n°685 sur les urgences hospitalières.](#)

d. Remplacement

Bien que le remplacement reste une pratique répandue étant donné que près d'un quart des médecins effecteurs s'est fait remplacer au moins une fois en 2022 selon les données issues d'Ordigard, la part de ces médecins a légèrement baissé comparé à l'année précédente, passant de 25,2% en 2021 à 24,2% en 2022. La variation de la part des médecins effecteurs remplacés au moins une fois est très marquée au niveau départemental, avec un minimum de 0,7% en Côte-d'Or et un maximum de 68% dans l'Aube. La part des gardes effectuées par un médecin remplacé reste quant à elle relativement faible et connaît une légère baisse en 2022 : elle s'établit à 6,9% en 2022 contre 7,5% en 2021. Ce chiffre est lui aussi très contrasté au niveau départemental puisqu'il varie d'un minimum de 0,1% des gardes dans le Doubs contre 38,7% des gardes d'effecteur dans le Val-de-Marne. Ce chiffre est cependant à interpréter avec précaution car il est issu des données saisies dans Ordigard, alors qu'il est possible que des médecins se fassent remplacer par un confrère sans mise à jour systématique du tableau de garde. Il doit donc être interprété comme la fourchette basse du taux de gardes remplacées au cours de l'année. Parmi les médecins effecteurs remplacés au moins une fois, les médecins systématiquement remplacés représentent quant à eux une part de 5% au niveau national.

Comme l'année précédente, les étudiants représentaient en 2022 la majorité des effecteurs remplaçants avec une part de 54%, suivis des médecins avec le statut de remplaçants exclusifs (24%) puis des médecins libéraux installés (21%). La participation des médecins retraités reste minoritaire et représente une part de 2% des médecins effecteurs remplaçants. Ces chiffres sont restés relativement stables d'une année à l'autre : la part des médecins libéraux installés a augmenté d'un point, la part des remplaçants exclusifs a diminué d'un point, tandis que la part de représentation des autres statuts est restée identique entre 2021 et 2022.

Graphique 23 - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2022 selon le statut



Source : CNOM, Ordigard, 2022

En 2022, 24 départements, soit 1 de plus qu'en 2021, ont déclaré que des médecins retraités, salariés ou remplaçants avaient participé à la PDSA en leur nom propre dans le cadre d'une convention avec l'ARS.

- Dans 8 départements, tous ces médecins ont pu obtenir une carte de professionnel de santé (CPS) permettant la télétransmission, comme en 2021 ;
- Dans 6 départements, une partie seulement de ces médecins a pu en obtenir (contre 4 en 2021),
- Dans 2 départements, aucun d'entre eux n'a pu obtenir de carte CPS (contre 4 en 2021) ;
- 8 départements n'ont pas été en mesure de répondre à cette interrogation.

Depuis un certain temps, le CNOM travaille en collaboration avec la CNAM pour que les médecins salariés, retraités, et remplaçants puissent disposer de cartes CPS contenant les données permettant la télétransmission, dans le but d'élargir la base des médecins volontaires potentiels. Dans le cadre d'une expérimentation dans le Val-D'oise, des cartes CPS facturantes ont été mises à disposition de 4 médecins non-installés à l'activité intermittente qui participaient à la PDSA à la maison médicale de Pontoise. Cette expérimentation a bénéficié de retours positifs de la part de l'Ordre des médecins, de l'Assurance Maladie et de l'Agence du numérique en santé (ANS), et a été concluante en termes techniques, les télétransmissions ayant pu aboutir avec succès.

e. Exemptions et réquisitions

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

Lorsque la garde n'est pas assurée et que des médecins non-exemptés sont présents sur le territoire, le préfet peut procéder à des réquisitions pour pallier les carences. Elles ne sont cependant pas systématiques selon les départements.

En 2022, 72 départements ont déclaré avoir connu des carences de couverture sur certains secteurs de permanence des soins au cours de l'année, et parmi eux, 50 conseils départementaux ont dû intervenir auprès des médecins pour obtenir la complétude des tableaux de garde. Des carences ont conduit à des réquisitions préfectorales en rapport avec la PDSA dans 44 départements au cours de l'année 2022, alors que des réquisitions n'avaient effectué que dans 23 départements en 2021 et dans 11 départements en 2020. Ces réquisitions étaient ponctuelles dans 32 départements, et récurrentes dans les 12 autres : Haut-Rhin, Vosges, Eure-et-Loir, Gers, Deux-Sèvres, Dordogne, Martinique, Charente, Haute-Loire, Lot, Loire. Ce bond du nombre de réquisitions par rapport aux années passées

s'explique surtout par les grèves des médecins libéraux de décembre 2022. En dehors de ces événements exceptionnels, les réquisitions récurrentes s'expliquent par des difficultés à combler les tableaux de garde par manque de médecins effecteurs volontaires, accentuées durant les jours fériés, ou par la désertification médicale. Ces réquisitions peuvent également concerner les médecins régulateurs, comme c'est le cas notamment dans le Haut-Rhin et en Martinique.

La chambre disciplinaire nationale a jugé à l'occasion de trois décisions publiées en date du 19 avril 2021²⁸, que l'organisation de la PDSA permet de réquisitionner les médecins non volontaires pour remplir les plages vacantes plutôt que des médecins déjà volontaires pour assurer la PDSA sur d'autres créneaux horaires.

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

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

Lancé dans le cadre du Pacte de refondation des urgences en 2019, puis réaffirmé lors du Ségur de la Santé en 2020, le Service d'accès aux soins (SAS) est un dispositif dont l'objectif est de permettre à tout patient confronté à un besoin de soins non programmés en dehors des horaires de PDSA d'accéder à un professionnel de santé, à distance et à toute heure, lorsque l'accès à son médecin traitant n'est pas possible. Selon le Code de la santé publique, le SAS « *a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état. Il assure une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2, et une régulation de médecine ambulatoire. Il est organisé et géré par les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé. Il est accessible gratuitement sur l'ensemble du territoire. Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et des services d'incendie et de secours.* »²⁹.

Il est communément admis par les CDOM interrogés que l'articulation entre le SAS devrait se faire de la manière la plus fluide et harmonieuse possible. Aussi, les participants à la régulation de la PDSA souhaiteraient une continuité en termes de modalités de régulation, y compris en ce qui concerne les modalités de rémunération des régulateurs, dans les départements où cette harmonisation entre les tarifs horaires de journée et les tarifs horaires de PDSA n'a pas encore été mise en place. Les CDOM interrogés souhaiteraient également que l'articulation entre le SAS et la PDSA permette une continuité des soins et que le SAS offre une réponse aux demandes de soins non programmées en journée afin que celles-ci ne se reportent pas sur la PDSA, comme c'est actuellement le cas dans certains territoires. Bien qu'ils soient globalement d'accord sur le fait que le SAS et la PDSA se doivent d'être complémentaires, certains CDOM souhaitent tout de même que l'organisation de ces deux

²⁸ Chambre disciplinaire nationale N° 14116 ; 14117 ; 14118

²⁹ [Article L6311-3 du Code de la Santé Publique](#) - Légifrance

dispositifs reste différenciée, y compris dans la gouvernance qui devrait rester entièrement libérale pour la PDSA.

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

3.1. La PDSA en EHPAD

Les EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, majoritairement sous-dotés en personnel médical, sont particulièrement confrontés à la problématique de la prise en charge des soins non-programmés, que ce soit durant ou en dehors des horaires de PDSA.

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

Cependant, l'intervention d'un médecin de garde en EHPAD n'est pas forcément évidente, car elle nécessite la mise à disposition de matériel adéquat, la présence de personnel sur place en horaires de PDSA, ainsi que l'accès au dossier médical du patient. Lorsque l'absence de personnel soignant est conjuguée au manque d'information disponible, il devient alors compliqué pour les médecins effecteurs d'assurer la bonne prise en charge du patient, ce qui peut conduire à une réticence de leur part à intervenir au sein de ces établissements.

Dans les territoires ne disposant pas d'effectif mobile ni de dispositifs de prise en charge des visites incompressibles, le transport en ambulance vers le service des urgences le plus proche semble représenter l'unique solution lorsque survient le besoin d'une prise en charge médicale non-programmée à moins qu'une organisation spécifique ne soit mise en place.

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

En 2022, parmi l'ensemble des CDOM interrogés dans le cadre l'enquête, seuls 9 d'entre eux ont déclaré qu'une organisation spécifique à la prise en charge des patients en EHPAD avait été mise en place dans leur département, soit 1 de moins qu'en 2021. Les dispositifs mis en place en horaires de PDSA sont notamment les suivants :

- Mise en place d'un dispositif expérimental de téléconsultation assistée en filière gériatrique dans les Yvelines ;
- Mise en place d'une astreinte effectuée par une liste de médecins généraliste effecteurs à leur initiative dans le Loiret ;
- Conventions entre SOS Médecins et certains EHPAD en Essonne ;
- Mise en place d'un dispositif de téléconsultation depuis le centre 15 en nuit profonde en Ardèche ;

- Convention entre l'EHPAD, le SAMU-61 et l'ADOPS dans l'Orne. Cette convention prévoit que l'EHPAD dispose d'un minimum d'équipement et de médicaments afin que le médecin régulateur puisse être en mesure de faire des recommandations à distance et ainsi éviter l'hospitalisation ;
- Un dispositif semblable a été mis en place en Savoie, en collaboration entre le médecin régulateur et l'équipe soignante de l'EHPAD, pour que les soignants puissent disposer d'un stock de pharmacie dédié aux traitements symptomatiques afin que le médecin régulateur soit en mesure de faire des recommandations à distance.

3.2. Etablissement des certificats de décès

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

Bien que l'établissement des certificats de décès ne fasse pas officiellement partie des missions des médecins de garde dans le cadre de la PDSA, l'enquête révèle qu'il reposait sur ces médecins pour tout ou partie du département selon 84% des CDOM interrogés, contre 79% en 2021.

Le décret n°2017-1002³⁰ du 11 mai 2017 et l'arrêté du 10 mai 2017³¹ ont traité la question de son financement en fixant à 100€ le montant du forfait en horaires de PDSA ainsi qu'aux horaires de PDSA pour les zones officiellement désignées comme fragiles en termes d'offre de soins³².

Malgré cette mesure, la question de la prise en charge des certificats de décès ne semble pas entièrement résolue, 61% des CDOM déclarant rencontrer des difficultés particulières à ce sujet en 2022, de même qu'en 2021. La principale raison évoquée est la difficulté à mobiliser un médecin de garde, d'autant plus sur les secteurs en manque d'effecteurs ou au sein desquels l'activité est déjà très intense pour les médecins exerçant dans des sites dédiés fixes. Pour ces derniers, il est difficile de se dégager du temps pour réaliser des certificats de décès, considérés comme des actes non-urgents, alors même qu'ils sont débordés par les patients orientés par le centre 15. Parmi les difficultés rencontrées, les CDOM évoquent également l'absence de médecin de garde en nuit profonde pour réaliser ces actes, des problèmes d'insécurité, des difficultés de déplacement selon les territoires, des distances trop longues à parcourir, d'autant que les distances parcourues ne sont pas indemnisées, ou encore le fait que les décès survenus en journée se répercutent sur la PDSA déjà surchargée, rallongeant ainsi les délais de prise en charge des certificats de décès. En effet, de plus en plus de patients n'ont pas de médecin traitant, et même lorsqu'un médecin traitant est déclaré pour ces

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

³¹ [Arrêté du 10 mai 2017 relatif au forfait afférent à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient.](#) - Légifrance

³² Par arrêté du directeur général de l'ARS.

patients, il n'est pas rare que ceux-ci refusent d'établir les certificats de décès. Par ailleurs, la rémunération des certificats de décès en dehors des horaires de PDSA peut être hétérogène au sein d'un même département lorsque certains secteurs, désignés comme fragiles en termes d'offre de soins, bénéficient du forfait de 100€ par acte contrairement aux secteurs voisins. Les difficultés précédemment citées sont d'autant plus importantes au sein des départements ne disposant pas d'effectif mobile.

En 2022, 22 CDOM ont déclaré qu'une organisation spécifique à l'établissement des certificats de décès avait été mise en place au sein de leur département afin de répondre à cette problématique. Parmi les dispositifs mis en place, souvent avec l'aide de l'Ordre, on retrouve notamment l'élaboration de listes de médecins volontaires pour réaliser ces actes, comme c'est le cas en Saône-et-Loire, en Ariège et en Seine-et-Marne. Ces listes de volontaires sont constituées de médecins retraités, notamment en Corrèze, dans l'Aube, le Loir-et-Cher, la Creuse, en Isère, dans l'Aude ou encore dans le Puy-de-Dôme. En plus des médecins retraités, des listes peuvent être constituées de praticiens hospitaliers, comme c'est le cas dans l'Hérault, où une convention a été mise en place entre l'ARS et la CPAM afin de permettre de financer les certificats de décès établis par les retraités ou les praticiens hospitaliers. Dans certains cas, ce sont les pompes funèbres qui sollicitent et emploient les médecins en direct pour établir les certificats de décès, comme dans le Loiret. Il arrive également que l'Ordre des médecins soit systématiquement impliqué dans le dispositif mis en place, comme en Haute-Corse où le CDOM est joignable via une ligne dédiée, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, lors de la survenue du décès du patient. Le CDOM se charge ensuite d'appeler directement un médecin généraliste libéral, qu'il soit de garde ou non, pour établir le certificat de décès. Ce département bénéficie ainsi de délais de prise en charge satisfaisants (moins d'1h30 selon le CDOM) malgré ses particularités géographiques. En Martinique, une convention a été mise en place entre l'ARS et le réseau médical solidaire aéroport Aimé Césaire (RMSAA) et prévoit une astreinte financée par l'ARS spécifique à l'établissement des certificats de décès. Ce réseau a bénéficié de retours positifs en 2021 et la convention a été reconduite en 2022. Des astreintes ont également été mises en place notamment en Guyane où un forfait de 240€ financé par l'ARS est en place. À noter également que certains cahiers des charges intègrent explicitement cet acte dans les missions du médecin de garde, c'est notamment le cas pour la Bretagne et La Réunion où il fait partie des visites dites incompressibles réalisées par l'effectif mobile. Le cahier des charges de la région Normandie mentionne également ce point en précisant toutefois que « *la rédaction des actes médicaux-administratifs n'est pas un sujet spécifique à la PDSA et qu'il n'appartient pas à la seule médecine de ville d'y répondre* », ainsi, en horaires de PDSA il est précisé qu'il n'est pas nécessaire que le médecin figure sur le tableau de gardes pour prendre en charge ce type d'acte.

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

Le CNOM a demandé, sans succès, aux pouvoirs publics une extension du dispositif tarifaire à toutes les plages horaires. La mise en œuvre d'un double système de rémunération lié au moment ou au lieu de l'intervention est incompréhensible pour les médecins et les familles. Il rend le dispositif peu attractif et moins opérationnel. Le CNOM va renouveler des démarches en ce sens. On peut regretter que, dans la réglementation en vigueur, les médecins salariés (à l'exception des médecins de centres de santé) et les médecins hospitaliers n'aient pas droit au forfait CPAM ni à la qualité de collaborateur occasionnel du service public et qu'ils devront s'affilier aux organismes sociaux pour les rémunérations qu'ils perçoivent. Le CNOM va entreprendre des démarches auprès du Ministre de la Santé pour remédier à cette situation.

3.3. Examen des gardés à vue

À l'instar de la réalisation des certificats de décès, l'examen des gardés à vue ne fait pas officiellement partie intégrante de l'organisation de la PDSA.

Résultant de l'exercice d'un droit et non d'une nécessité thérapeutique, le ministère de la Justice a affirmé qu'à ce titre, il ne devait pas reposer sur l'organisation de la PDSA car il risquerait de fragiliser davantage les secteurs à faible démographie médicale où la PDSA relève d'un équilibre précaire³³.

La réforme de 2010³⁴ issue du schéma d'organisation de la médecine légale proposait de confier la pratique de ces actes aux Unités médico-judiciaires (UMJ). Le maillage territorial de ces unités rattachées à des établissements publics de santé aurait dû conduire, à compter de janvier 2011, à la mise en place d'un système de permanence permettant à des médecins légistes de se déplacer dans les commissariats et les gendarmeries pour réaliser les examens médicaux des gardés à vue.

L'enquête menée auprès des CDOM révèle qu'en 2022, la prise en charge exclusive par les UMJ était effective dans 12 départements, soit 4 de plus qu'en 2021 : dans les Yvelines, les Pyrénées-Orientales, le Val-d'Oise, les Hauts-de-Seine, l'Orne, l'Indre-et-Loire, les Bouches-du-Rhône, le Puy-de-Dôme, le Calvados, en Guyane, en Polynésie Française et en Nouvelle-Calédonie.

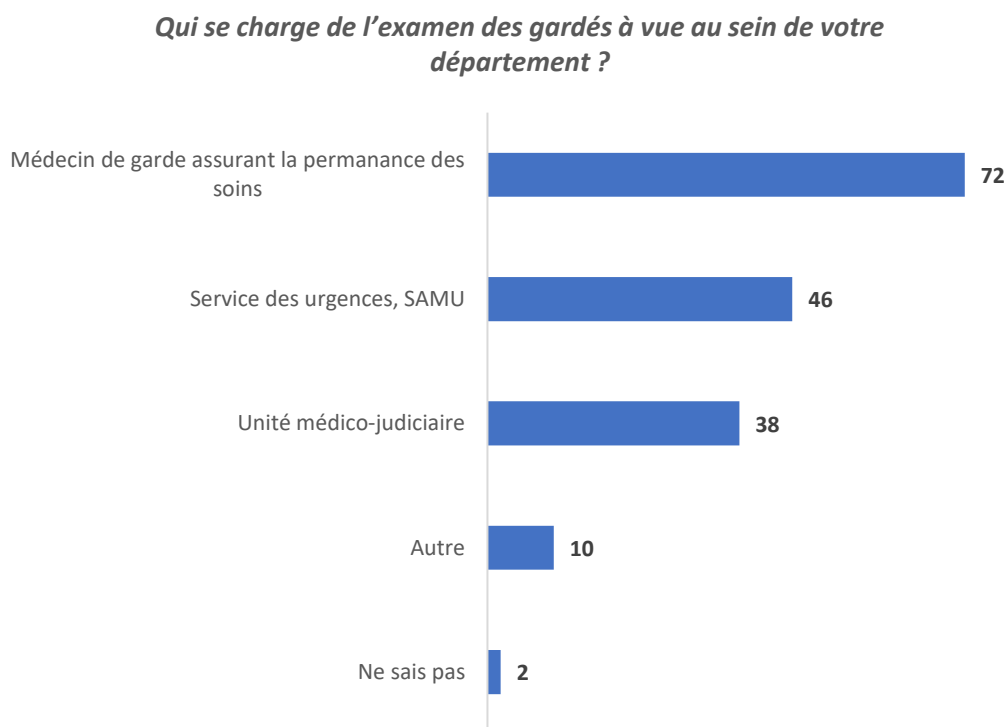
Dans 26 autres départements, la prise en charge de l'examen des gardés à vue par les UMJ se fait conjointement avec d'autres acteurs tels que les médecins de garde assurant la permanence des soins, le service des urgences, le SAMU ou encore un réseau de proximité de médecine légale, comme dans le Var.

D'autres acteurs que ceux précédemment cités (voir les acteurs « Autres » dans le graphique 24) peuvent être amenés à réaliser ces examens dans les départements où ces actes ne sont pas pris en charges par les UMJ, tels que des médecins volontaires désignés auprès du commissariat de police, comme à Paris ou dans la Vienne, ou encore des élus ordinaires, comme c'est le cas dans la Loire.

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

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

Graphique 24 - Répartition des acteurs participant à la prise en charge de l'examen des gardés à vue en 2022



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

En 2022, 21 départements ont déclaré que le mode d'organisation avait l'objet d'une convention :

- Entre les centres hospitaliers et le ministère de la Justice ou le commissariat de police, comme dans la Marne, en Haute-Loire, dans le Calvados, la Manche et en Loire-Atlantique où une convention a été signée entre le ministère de la Justice et le CHU de Nantes pour l'examen des gardés à vue de l'agglomération nantaise ;
- Entre les médecins de garde de la PDSA et le SAU, comme dans le Haut-Rhin et le Territoire de Belfort où les gardés à vue sont emmenés aux urgences en nuit profonde ;
- Entre les associations de type SOS Médecins et la préfecture ou les forces de l'ordre, comme c'est le cas dans le Morbihan ou le Rhône ;
- Entre le préfet de police et le CDOM à Paris où une liste de médecins répondants est fournie selon les commissariats.

Les circulaires issues de la réforme de 2010 précitée autorisent le recours à un réseau de proximité, à titre dérogatoire et encadré par une convention, soit aux jours et heures non ouvrables de l'UMJ, soit lorsque des circonstances particulières, telles que l'éloignement géographique ou les délais de transport, le rendent nécessaire. Cependant, comme le soulignait en 2015 le rapport d'information parlementaire sur l'organisation de la permanence

des soins³⁵, 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.

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

Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins jouent un rôle majeur dans l'organisation de la PDSA et y consacrent une part significative de leurs ressources. Une majorité d'entre eux ont une commission spécialisée « PDS » et tous sont dotés d'un membre ordinal responsable de cette question (Président, Secrétaire général, etc.). Tant les élus que le personnel administratif des conseils départementaux consacrent une part significative de leur temps à l'organisation de la PDSA, 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 2022, 50 CDOM ont déclaré avoir dû intervenir pour compléter les tableaux de garde, soit 8 de plus qu'en 2021. Les CDOM interviennent également en instruisant les plaintes relatives à la PDSA.

4.1. Tableau de garde

a. Élaboration

L'organisation de l'élaboration des tableaux de garde de la PDSA peut dépendre de différents acteurs selon les départements. Ils peuvent être élaborés par les responsables de secteurs, le CDOM, l'Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins (ADOPS), l'Association des médecins régulateurs libéraux (AMRL), ou encore de manière conjointe entre le CDOM et les acteurs précités. Dans tous les cas, les tableaux de garde doivent être validés par les CDOM quelle que soit l'organisation choisie quant à leur élaboration.

En 2022, les tableaux étaient majoritairement élaborés par les responsables de secteurs pour l'effectif (83% des départements) et dans une moindre mesure par les associations départementales de PDSA (ADOPS, ASUM, et autres associations pour 33% des départements) pour être ensuite compilés et validés par les CDOM au niveau du département. Dans 21% des départements, le CDOM a également la charge de la saisie du tableau de garde.

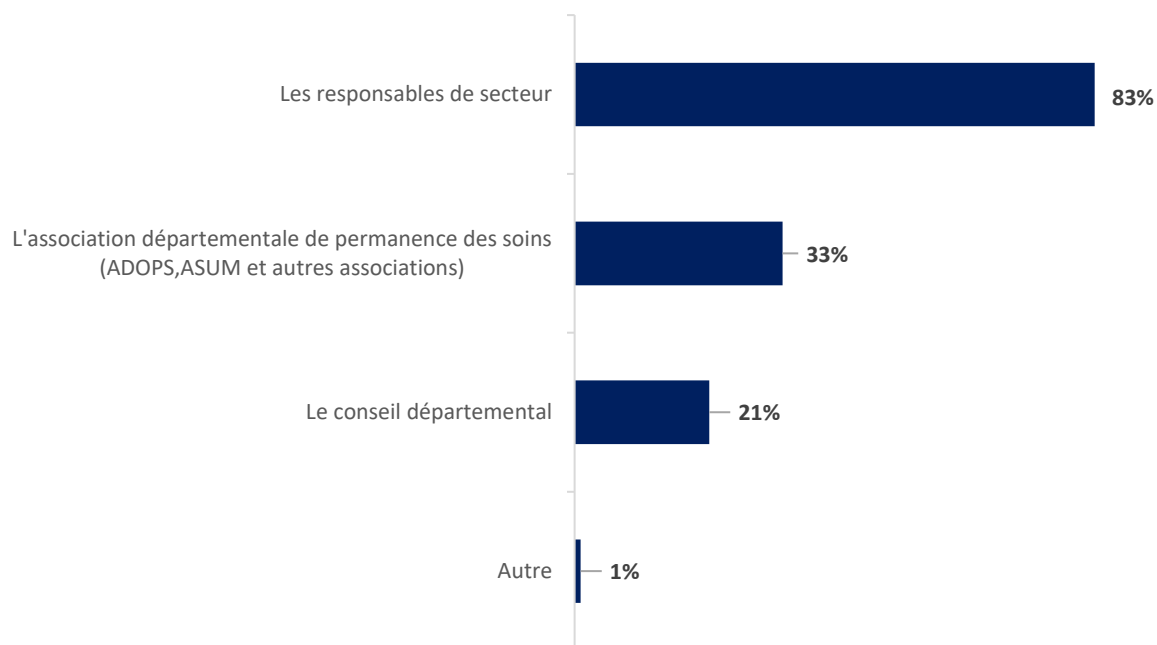
Pour la régulation, les tableaux de garde sont gérés majoritairement par une association de médecins régulateurs libéraux (64%) ou des associations départementales de permanence des soins (32%). Il est beaucoup plus rare que les CDOM élaborent les tableaux de garde de régulation (9%). Il arrive également que les tableaux de garde de régulation soient élaborés par le SAMU comme c'est le cas en Lozère, par le centre hospitalier comme en Nouvelle-

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

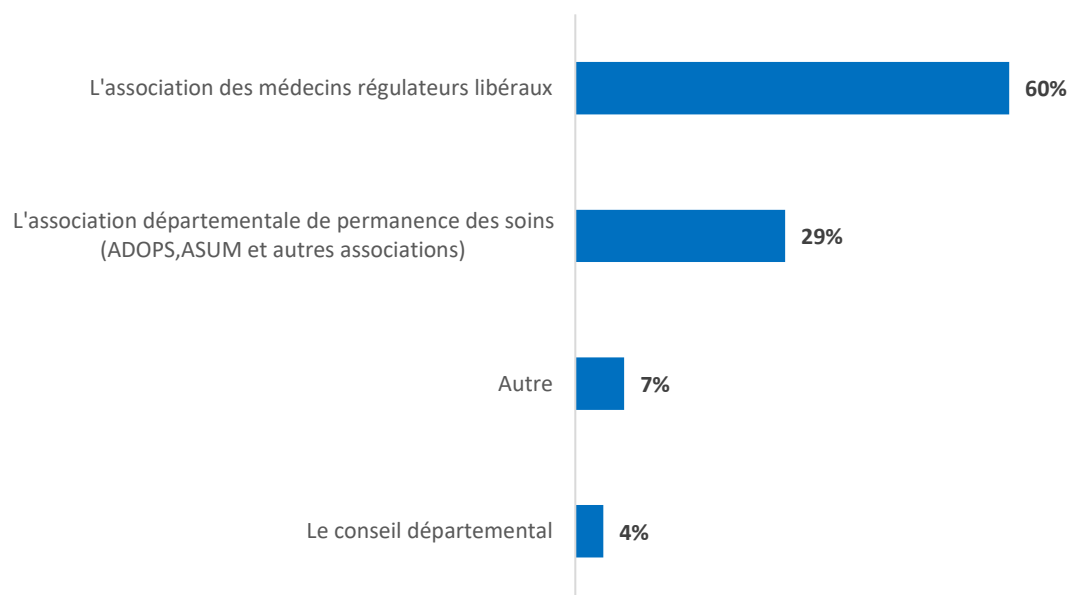
Calédonie, ou encore par le centre de réception et de régulation des appels libéraux (CRRAL), comme c'est le cas dans le Pas-de-Calais.

Graphique 25 - Elaboration des tableaux de garde d'effectif et de régulation en 2022

Qui élabore le tableau de PDSA pour les médecins effecteurs?



Qui élabore le tableau de PDSA pour les médecins régulateurs?



Source : CNOM, Enquête PDSA 2022

b. Utilisation des logiciels Ordigard et PGarde

Ordigard est un logiciel de gestion des gardes qui a été développé en 2006 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins pour répondre au décret de 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence³⁶. Ce logiciel permet de gérer les gardes d'effectif et de régulation sur chaque secteur de PDSA, notamment par une gestion fine des secteurs, des plages horaires de PDSA, des associations de soins, des fiches de gardes des médecins ou encore de la tarification des gardes. Cette solution est accessible par tous les acteurs de la PDSA, tels que les CDOM, les médecins effecteurs et régulateurs, les ARS, les associations de soins, les associations de régulation et le SAMU Centre 15 notamment. Ils disposent de droits d'accès personnalisés selon leur statut.

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

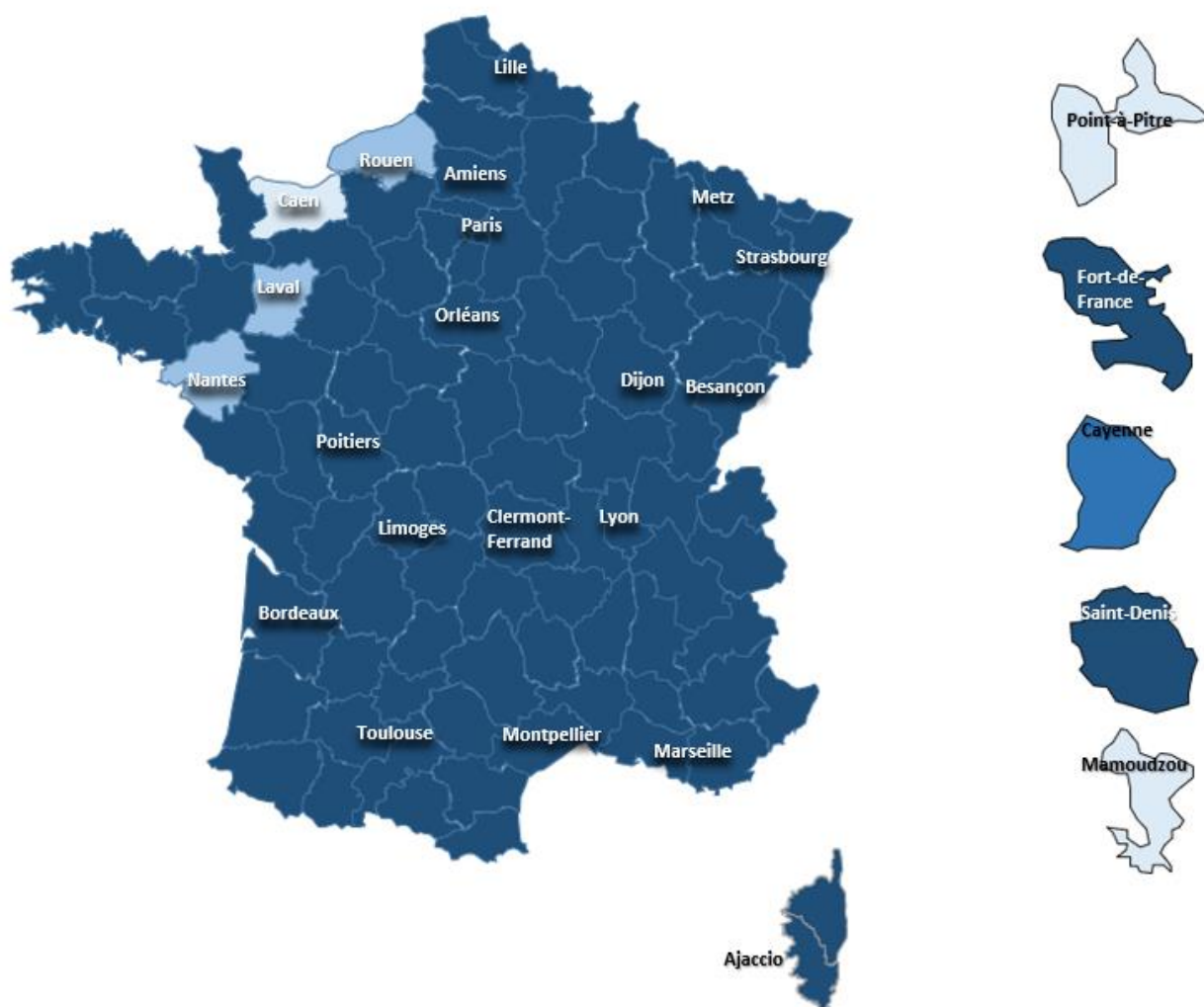
En 2022, 95 départements utilisaient Ordigard pour la gestion de leurs plannings. Parmi ces départements, 94 ont utilisé Ordigard couplé avec PGarde.

En 2022, sur 101 départements :

- 95 utilisaient Ordigard ;
- 94 utilisaient Ordigard couplé à PGarde ;
- 3 départements n'utilisaient pas encore Ordigard mais étaient en cours de déploiement : la Mayenne, la Loire-Atlantique et la Seine-Maritime ;
- 3 étaient en dehors du dispositif Ordigard : le Calvados, la Guadeloupe, et Mayotte.

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

Cartographie 7 - Déploiement d'Ordigard sur le territoire en 2022



Source : CNOM, Ordigard, 2022.

Au total, 1771 secteurs ont été déclarés sur les 95 départements utilisant Ordigard, dont 1594 actifs (90%) pour lesquels des gardes ont effectivement été positionnées.

En 2022, sur ces 1594 secteurs actifs :

- 1497 étaient déclarés comme secteurs fixes (94%) sur un total de 94 départements ;
- 97 étaient déclarés comme secteurs de régulation (6%) sur un total de 74 départements.

A ce jour, un projet de refonte de ce logiciel est en cours dans le but de fournir aux utilisateurs une version intégrant des interfaces plus modernes et ergonomiques. La livraison de cette nouvelle version du logiciel est prévue courant 2023.

4.2. Plaintes et courriers reçus

En 2022, 39 CDOM ont déclaré avoir reçu des plaintes ou des signalements portant sur la régulation ou l'effectation de la PDSA de la part de médecins ou de patients, soit 2 de moins qu'en 2021.

Les plaintes ou signalements ont majoritairement été adressés par des patients en 2022, comme l'ont indiqué 22 départements, contre 16 en 2021. Lorsque ces signalements visaient des médecins effecteurs, ceux-ci concernaient principalement les délais d'intervention, les tarifs de la consultation médicale, des soins jugés comme étant non consciencieux, des erreurs de diagnostics ou encore le comportement des médecins durant la consultation ou la délivrance d'un certificat de décès. Lorsque ces signalements visaient la régulation, les patients évoquaient principalement des problèmes d'appréciation de la gravité de la pathologie, le refus de mobiliser un transport sanitaire ou encore la qualité de la réponse de la régulation. Il arrive également que l'écoute des bandes audios de la régulation révèlent que certaines plaintes ou doléances à leur encontre étaient injustifiées.

Dans 11 CDOM, ces signalements ont été émis par les médecins régulateurs à l'encontre des médecins effecteurs, concernant leurs difficultés à les joindre et des refus de déplacement ou de prise en charge.

Des plaintes et signalements ont également été adressés par des médecins effecteurs dans 7 départements au cours de l'année 2022. Ils étaient principalement en lien avec l'organisation de la PDSA ou avec la régulation à qui ils reprochaient un manque d'efficacité.

En 2022, la chambre disciplinaire nationale a été amenée à se prononcer en appel sur deux plaintes concernant des médecins participant à la permanence des soins ambulatoire.

Dans sa première décision³⁷, la chambre disciplinaire nationale considère que le comportement dont a fait preuve le médecin régulateur libéral « *durant l'entretien téléphonique incriminé, traduit, par les réponses désinvoltes et inappropriées qu'il a faites, le manque d'écoute qu'il a manifesté et la carence dont il a fait preuve à procéder à un interrogatoire sur l'état de santé de la patiente susceptible d'étayer un diagnostic sérieux, une absence tant de respect de la dignité de la personne, d'attention et de dévouement que de conscience professionnelle dans l'orientation qu'il lui appartenait de fixer sur la prise en charge de la patiente* ».

La chambre disciplinaire nationale a sanctionné ce médecin de la peine d'interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de trois mois.

Dans sa seconde décision³⁸, le médecin effecteur de garde pendant le week-end, a été envoyé au domicile d'un patient et a diagnostiqué un vertige positionnel. L'état du patient s'est aggravé

³⁷ Décision n°15076

³⁸ Décision n°14525

mais le Dr A n'a pas pu se rendre de nouveau sur place. Le praticien a fait intervenir les pompiers qui n'ont pas pu réanimer le patient.

La chambre disciplinaire nationale considère que « *Si elle a envoyé immédiatement un SMS à l'épouse du défunt avec laquelle elle avait pu nouer un contact du fait de sa présence tout au cours de l'examen de son mari, ce court message se limitait à indiquer que rien ne présageait le décès du patient et l'informait qu'elle ne pourrait pas la joindre au téléphone avant le milieu de la semaine. La circonstance que le Dr A ait néanmoins pu joindre dans la journée la femme du patient puis sa fille, dont elle a dénoncé tout au cours de l'instance l'agressivité, n'est pas de nature à ôter à son comportement un manque d'empathie qu'appelaient pourtant une situation de détresse et d'incompréhension des intéressées face à un décès brutal de leur mari et père, réaction qui ne peut être inconnue d'un médecin urgentiste.*

Par suite, c'est à bon droit que la juridiction de première instance a pu retenir à l'encontre du Dr A un manquement au principe de dévouement indispensable à l'exercice de la médecine.

»

La chambre disciplinaire nationale a prononcé un blâme à l'encontre de ce médecin.

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

a. Associations de PDSA

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

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

L'enquête menée auprès des CDOM révèle qu'en 2022, 92 départements disposaient d'une association de permanence des soins (qu'il s'agisse d'une ADOPS/ASSUM ou d'une AMRL), soit 3 de plus qu'en 2021. Ces structures sont ainsi particulièrement développées sur le territoire et concourent grandement à l'organisation de la PDSA.

b. Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les communautés professionnelles territoriales de santé ont été créées par la loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé et « *constituent un dispositif souple à la main des professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population. Constituées à l'initiative des professionnels de santé, ces CPTS ont vocation à rassembler les « acteurs de santé » de leur territoire. En effet, elles se composent de professionnels des soins du premier et/ou du second recours*

mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire. »³⁹. Elles peuvent réunir des professionnels du premier ou du second recours, ainsi que des acteurs du secteur médico-social, voire des acteurs hospitaliers. Elles se distinguent ainsi des centres ou maisons de santé qui offrent un cadre d'exercice regroupé à l'échelle d'une patientèle.

Selon les observations sur le fonctionnement et l'organisation des CPTS,⁴⁰ il apparaît qu'elles sont hétérogènes dans leur organisation et dans les missions qu'elles se donnent. L'organisation de la PDSA peut en faire partie. Selon les CDOM, des CPTS en projet ou fonctionnelles jouaient ainsi un rôle dans l'organisation de la PDSA pour 12% des départements en 2022⁴¹.

Les CPTS impactent la PDSA de diverses manières selon les départements :

- Ils participent à l'organisation de la réponse aux soins non-programmés, notamment dans la Manche, ou le Val-de-Marne où « *Les CPTS répondent à l'organisation de la réponse aux soins non programmés sur leurs territoires afin de trouver des ressources en journée aux patients ne trouvant pas de disponibilité chez leur médecin traitant ou pour les patients n'ayant pas de médecin traitant. Ces dispositifs territoriaux sont de nature à soulager l'activité des MMG pour des actes ne relevant pas de la PDSA.* ». C'est également le cas dans l'Allier où « *En concertation avec l'AMPLAPS (association de médecins libéraux), dans le cadre d'une organisation pré-SAS, elles ont mis en place des astreintes avec un régulateur et des effecteurs de jours qui donnent 6 places pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant ou dont le médecin est absent sur Vichy, Moulin et Montluçon. Les médecins effecteurs libèrent des créneaux selon leur propre organisation alors que le SAS n'a pas encore été déployé sur le département et que les médecins ne bénéficient pas encore de la majoration de tarification liée au SAS.* » ;
- Il est prévu que les CPTS participent à la gestion et l'organisation de la PDSA dans les MMG à partir de 2023, notamment dans les Hauts-de-Seine ou en Haute-Saône.

5. Permanence des soins ambulatoires spécialisée hors médecins générale

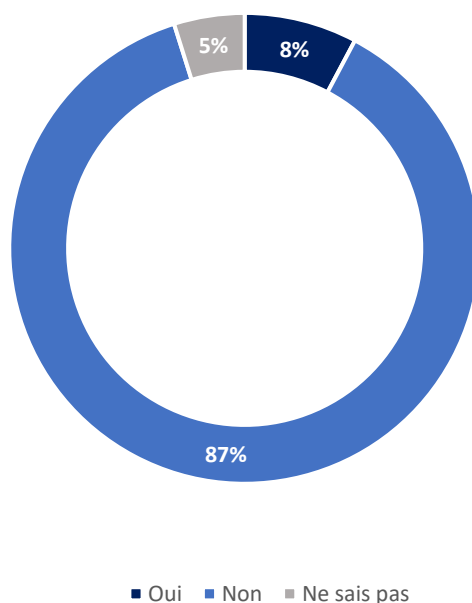
Selon l'enquête menée auprès des CDOM, les prises en charges ambulatoires spécialisées hors médecine générale sont encore minoritairement organisées en horaires de PDSA. En effet, en 2022 il existerait une PDS ambulatoire hors médecine générale pour 8% des départements.

Graphique 26 – Départements disposant d'une PDSA spécialisée hors médecine générale en 2022

³⁹ [Ministère des solidarités et de la santé](#)

⁴⁰ [Cf. Mission sur l'organisation territoriale de la santé, Y. Daudigny, C. Deroche et V. Guillotin, mai 2019.](#)

⁴¹ « Non » pour 83% des CDOM et « Ne sais pas » pour 6%.



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2022.

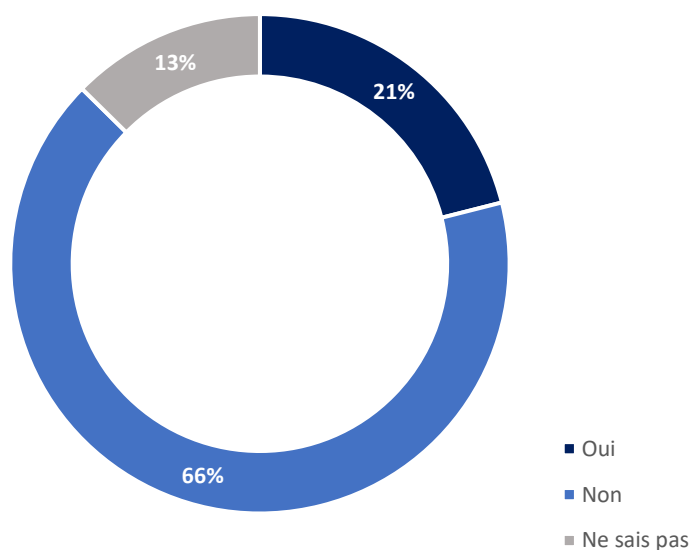
Lorsqu'elle est organisée, la permanence des soins ambulatoires spécialisée concerne essentiellement la pédiatrie (comme en Gironde, en Loire-Atlantique, dans les Alpes-Maritimes ou la Loire) et l'ophtalmologie (comme dans le Morbihan, la Charente et la Manche). Des départements ont également mentionné les pathologies digestives, ORL et gynéco-obstétriques.

6. Partenariat ville-hôpital

En 2022, 21% des CDOM ont déclaré qu'il existait un partenariat et/ou une convention entre les ADOPS, les associations de type SOS Médecins et les services des urgences facilitant l'accès aux soins aux horaires de PDSA, tout comme en 2021.

Graphique 27 - 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 PDSA

"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 PDSA?"



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2022.

Des conventions sont notamment établies entre les SAU et les MMG ou plus généralement les médecins de garde de la PDSA pour rediriger les patients vers la médecine de ville lorsque les services d'urgences sont saturés, fermés ou simplement lorsque les cas relèvent de la médecine générale plutôt que de l'urgence, comme c'est le cas dans le Cantal, le Nord, le Lot-et-Garonne, le Pas-de-Calais et la Loire-Atlantique. Des conventions ont également été mises en place entre certaines ADOPS et les services des urgences, comme c'est le cas dans le Loiret et le Calvados, ou encore entre SOS Médecins et le centre 15 ou le SAU, comme c'est le cas dans le Haut-Rhin, le Rhône, la Côte-d'Or, la Marne et le Doubs.

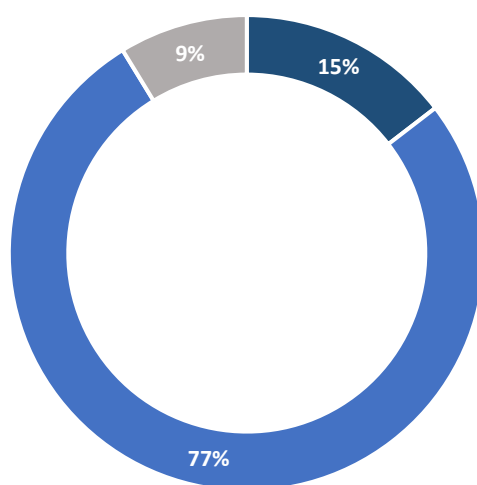
7. Constats et perspectives

7.1. Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux

Dans le cadre de l'enquête menée auprès des CDOM, nous leur avons demandé s'ils estimaient que la PDSA fonctionnait correctement dans leur département, et ils ont été une grande majorité (79) à indiquer qu'ils estimaient que la PDSA fonctionnait bien mais que certaines zones étaient en difficulté. 15 d'entre eux ont répondu que la PDSA fonctionnait correctement sur l'ensemble du département et 9 ont estimé que la permanence des soins ambulatoire ne fonctionnait pas correctement dans leur département.

Graphique 28 – Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA selon les départements

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



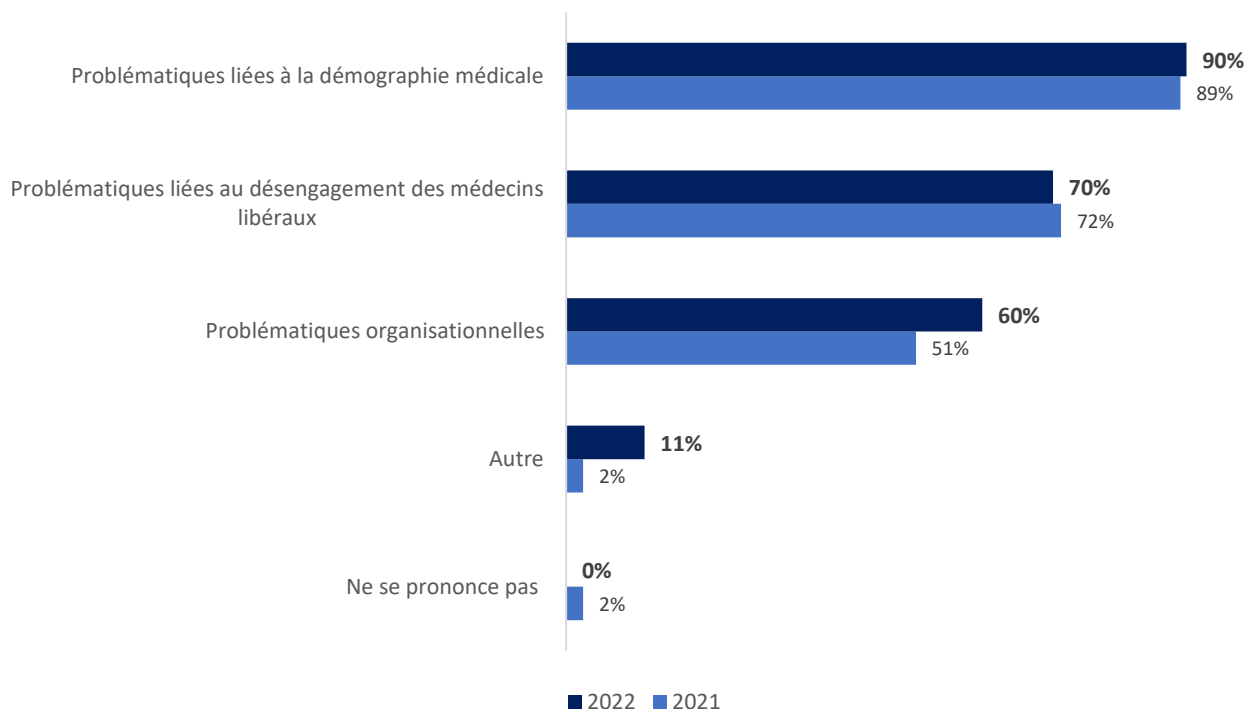
■ Oui, sur l'ensemble des départements ■ Oui, mais certaines zones sont en difficulté ■ Non

Source : CNOM, Enquête PDSA, 2022.

Parmi les départements rencontrant des difficultés de fonctionnement de la PDSA, les raisons les plus évoquées sont des problématiques liées à la démographie médicale pour 90% d'entre eux et des problématiques liées au désengagement des médecins libéraux pour 70% de ces départements. Des problématiques organisationnelles sont également évoquées comme cause des difficultés rencontrées, à hauteur de 60%.

Graphique 29 – Cause des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2021 et 2022 (N=81 en 2021 et N=88 en 2022)

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



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2021 et 2022

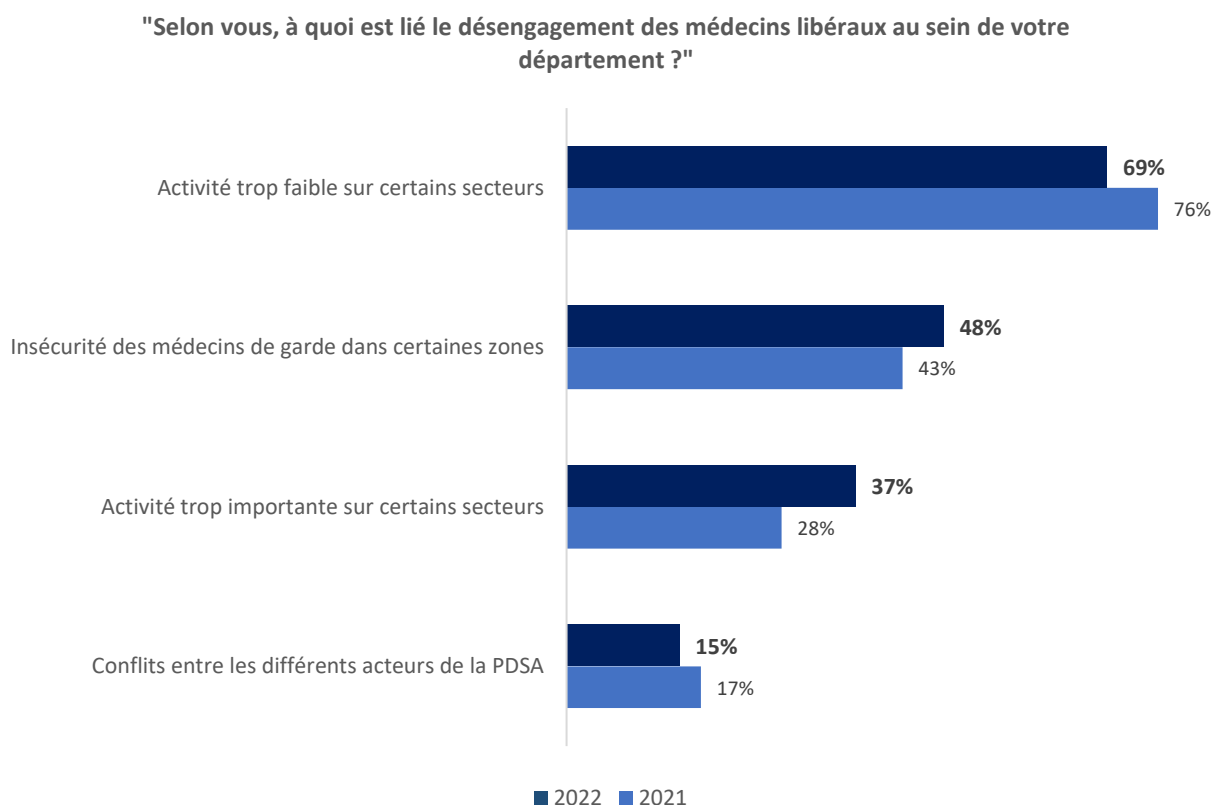
La démographie apparaît donc comme la principale cause de fragilisation de la PDSA avec deux facteurs pénalisants : le vieillissement de la population médicale en exercice et la faiblesse de la densité médicale, particulièrement dans certaines zones rurales.

Le désengagement des médecins libéraux est également à l'origine des difficultés de fonctionnements de la PDSA rencontrées par les CDOM, et a été évoqué par 62 départements. Selon eux, le désengagement des médecins libéraux est lié aux raisons suivantes :

- Une activité trop faible dans certains secteurs (69%) ;
- Des problèmes d'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (48%) ;
- Une activité trop importante sur certains secteurs (37%) ;
- Des conflits entre les différents acteurs de la PDSA (15%).

Par ailleurs, 52% des CDOM concernés par des problématiques liées au désengagement des médecins libéraux ont évoqué des raisons autres que les options de réponses citées ci-dessus. Parmi elles, on retrouve notamment la surcharge de travail des médecins en journée pouvant conduire à un épuisement professionnel, la baisse du nombre de médecins effecteurs qui conduit à une augmentation de la charge de travail pesant sur les participants à la PDSA restants, le manque d'intérêt et d'implication de certains médecins dans le dispositif de PDSA, une rémunération pas assez attractive, ou encore une évolution sociétale qui accorde une plus grande importance aux choix de vie familiaux.

Graphique 30 - Causes du désengagement des médecins libéraux selon les CDOM en 2021 et 2022 (N= 58 en 2021 et N=62 en 2022).



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2021 et 2022.

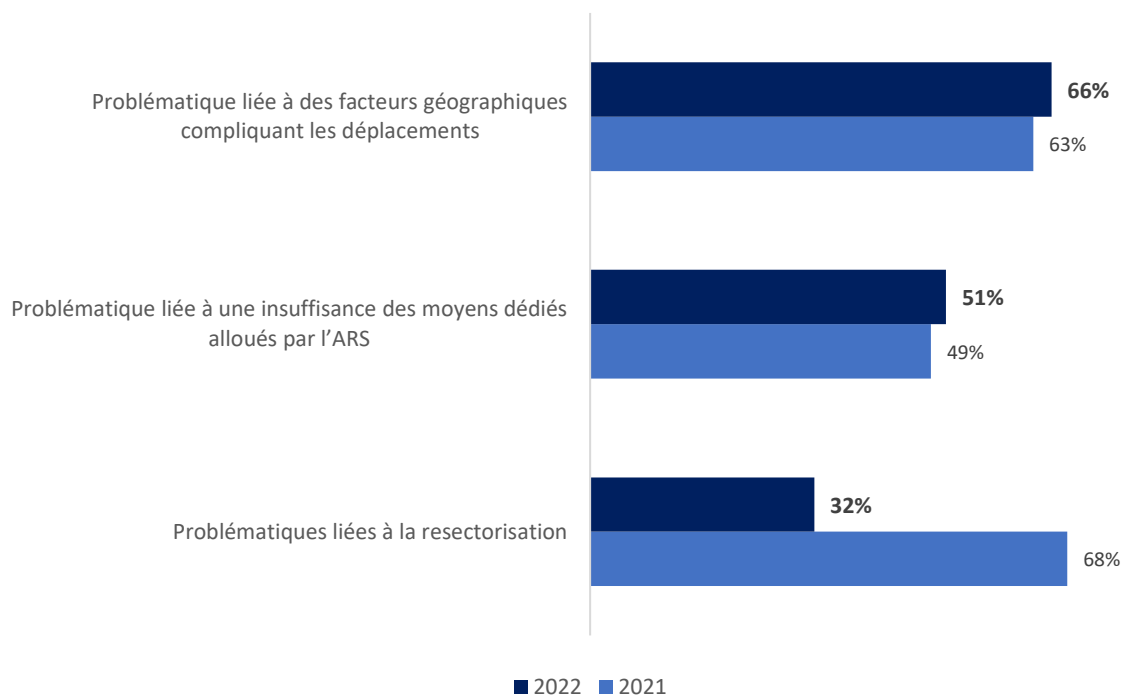
Les problématiques d'ordre organisationnel, qui ont été désignées par 53 départements, s'expliqueraient par :

- Des facteurs géographiques compliquant les déplacements (66%) ;
- Des problématiques liées à une insuffisance des moyens dédiés alloués par l'ARS (51%) ;
- Des problématiques liées aux resectorisations qui peuvent induire une augmentation des distances à parcourir pour les médecins (32%).

Les départements confrontés à des problématiques organisationnelles ont également évoqué des problèmes de débordements des patients de jours vers la PDSA quand ceux-ci ne disposent pas de médecin traitant, des manques de transports vers les points fixes de consultation, des manques de matériels, notamment informatiques, l'absence de conventions permettant les visites incompressibles dans certains territoires ou encore la difficulté à vérifier que les patients se présentant en MMG ont bien été régulés.

Graphique 31 - Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2021 et 2022 (N=41 en 2021 et N=53 en 2022)

"A quelles problématiques organisationnelles votre département est-il confronté ?"



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2021 et 2022.

7.2. Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

Les 88 CDOM ayant déclaré que la PDSA rencontrait des problèmes de fonctionnement ou que certaines zones étaient en difficulté ont également été interrogés quant aux pistes d'amélioration qui pourraient être envisagées afin d'améliorer la situation.

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

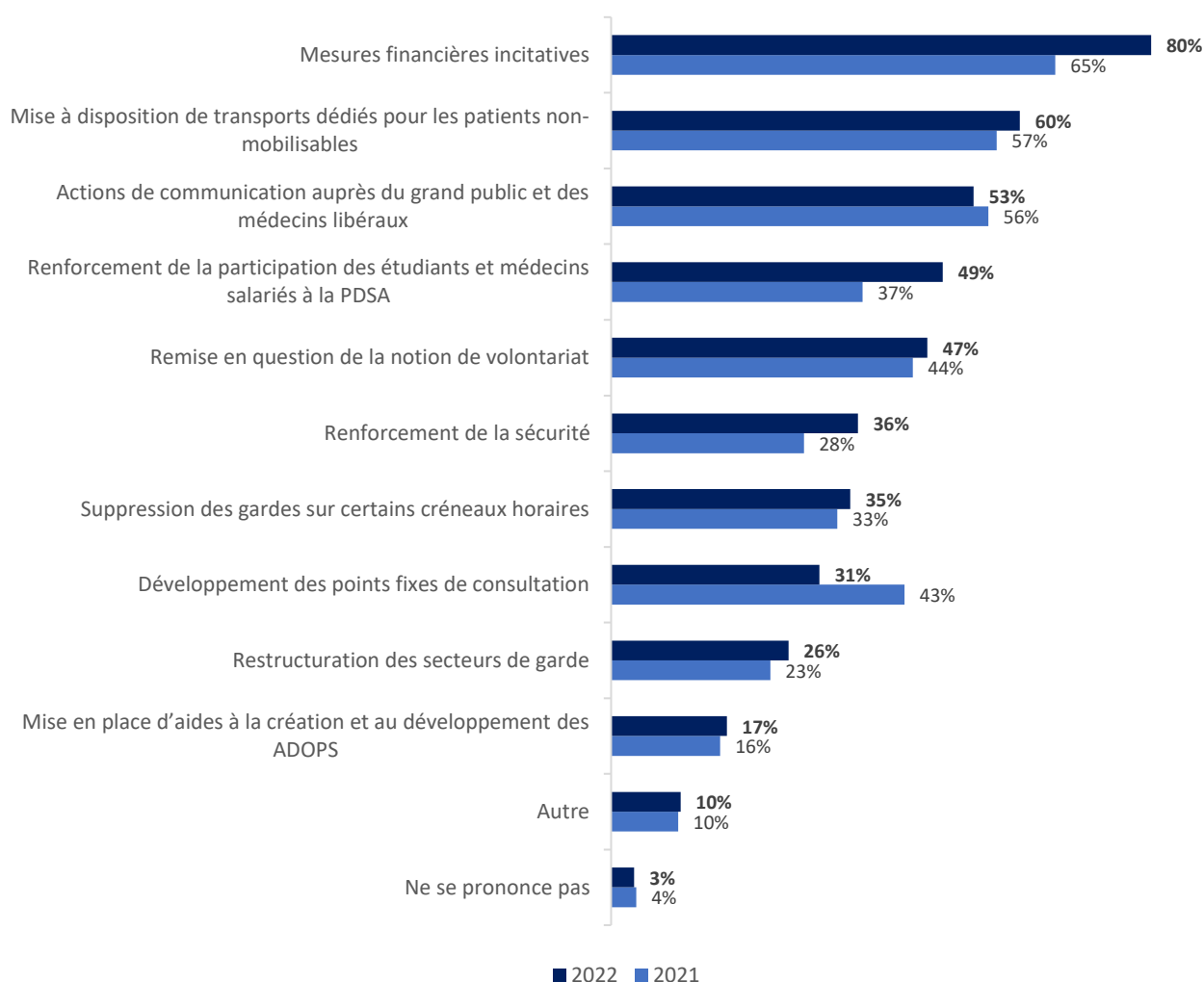
- La mise en place de mesures financières incitatives telles que l'élargissement de la défiscalisation à tous les territoires ou la valorisation de la rémunération des actes en visite (80%) ;
- Le renforcement de la participation des étudiants et médecins salariés à la PDSA (49%) ;
- La remise en cause de la notion de volontariat (47%) ;
- Le renforcement de la sécurité (36%) ;
- La suppression des gardes sur certains créneaux (35%).

Pour ce qui concerne l'amélioration du fonctionnement de la PDSA, les CDOM ont désigné les pistes suivantes :

- Le développement de points fixes de consultation (31%) accompagné de la mise à disposition de transports dédiés pour que les patients non-mobilisables puissent s'y rendre (60%) ;
- Des actions de communication auprès du grand public et des médecins libéraux (53%) ;
- Une restructuration des secteurs de garde pour une organisation axée sur une mise en cohérence de la PDSA et des besoins constatés (26%) ;
- La mise en place d'aides à la création et au développement des ADOPS (17%).

Graphique 32 - Pistes d'améliorations désignées par les CDOM en 2021 et 2022 (N=81 en 2021 et N=88 en 2022)

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



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2021 et 2022

Les CDOM interrogés ont également évoqué des mesures autres que celles proposées dans les choix de réponses ci-dessus, telles que l'augmentation du nombre de médecins installés, un renforcement du partenariat public/privé, ainsi que la mise en place d'une majoration d'indemnisation pour les responsables de secteurs.

7.3. Initiatives et expérimentations

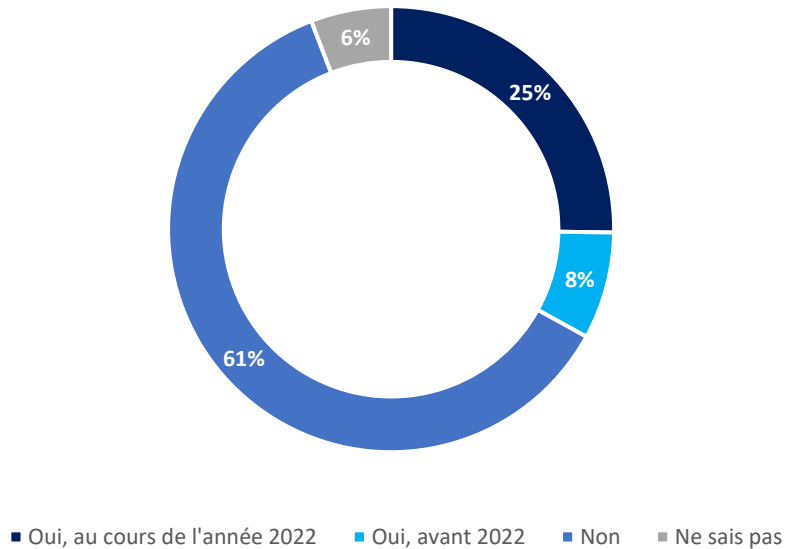
Parmi les mesures envisagées pour améliorer le fonctionnement de la PDSA dans les départements rencontrant des difficultés à ce sujet sur tout ou partie de leur territoire, 53% des CDOM ont évoqué la mise en place d'actions de communication à destination du grand public et des médecins libéraux. Parmi les CDOM interrogés, 22 ont répondu que des actions de communication à propos du dispositif de permanence des soins avaient été mises en place en 2022 contre seulement 5 en 2021. La moitié de ces CDOM ont déclaré que ces actions de communication avaient été mises en place en réponse aux recommandations de la Mission Braun.

Ces campagnes de communication ont été réalisées sous différentes formes : voie de presse, spots radio, clips publicitaires ou encore campagnes d'affichage dans les mairies, pharmacie ou cabinets médicaux. Elles avaient généralement pour but de rappeler au grand public le bon usage des numéros de téléphone dédiés à la PDSA, tels que le 116 117 ou le 3966 ou encore pour inciter les patients à appeler le 15 d'une manière générale avant de se rendre de manière autonome aux urgences en horaires de PDSA afin qu'ils puissent être correctement orientés vers le dispositif adapté. Des communications ont également été réalisées pour rappeler la complémentarité des MMG avec les urgences.

Nous avons également interrogé les CDOM quant à la mise en place d'éventuelles initiatives ou expérimentations relatives à la PDSA au sein de leur département. Un quart d'entre eux a déclaré que des initiatives ou expérimentations avaient été mises en place au cours de l'année 2022, et 8% des CDOM en ont mis en place avant 2022.

Graphique 33 - Proportion de départements ayant mis en place des initiatives/expérimentations en lien avec la PDSA

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



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2021 et 2022

Parmi ces expérimentations ou initiatives, on retrouve certains dispositifs qui ont été précédemment cités dans ce présent rapport :

- Le développement de la téléconsultation et de la télé-régulation. On peut citer en exemple la création à titre expérimentale de l'association MEDEVASAN dans le Var et les Bouches-du-Rhône dont l'objectif est de mettre à disposition des médecins participants à la PDSA une plateforme de téléconsultations ;
- L'avancement et/ou le raccourcissement des plages horaires de PDSA en soirée pour s'adapter à l'activité constatée ;
- Le renforcement du front de garde ou l'extension exceptionnelle de la PDSA à des plages horaires non prévues initialement durant des périodes de forte tension, notamment durant l'été ;
- La sollicitation des médecins retraités pour établir des certificats de décès ;
- L'implication des CPTS dans la prise en charge de l'organisation des soins non programmés.

D'autres initiatives et expérimentations bien spécifiques ont été également mises en place dans certains départements :

- Le recours à l'évaluation clinique des infirmiers en pratique avancée (IPA) à la demande des médecins régulateurs dans les Alpes-de-Haute-Provence ;

- L'expérimentation du dispositif *Sauv Life* dans le Val-D'oise, dans le cadre de laquelle le SAMU peut déclencher l'envoi d'une ambulance avec un infirmier préalablement à l'envoi du SMUR. L'infirmier peut alors se déplacer plus rapidement vers le domicile du patient, évaluer sa situation et le besoin de l'envoi d'un SMUR ;
- La mise en place d'une garde de médecine générale dans un cabinet annexe à un service d'urgences en grande difficulté dans la Manche durant les horaires de PDSA (de 20h à 23h). Finalement l'expérimentation a été arrêtée au bout d'un mois, après le constat d'un usage raisonnable de l'accès au service des urgences par les patients, et du fait que ceux-ci ne se déplaçaient que très peu aux urgences pour des cas relevant de la médecine générale.

IV. Conclusion

Le présent rapport relatif à l'état des lieux de la permanence des soins en 2022 nous permet, cette année encore, de tirer un certain nombre d'enseignements. Nous observons, grâce au concours des médecins salariés, retraités et étudiants, une quasi-stabilité de la participation des médecins au dispositif de la PDSA.

Certaines tendances perçus depuis plusieurs années se poursuivent en 2022, tel que le développement des sites dédiés, la réduction du nombre de territoires par certaines resectorisations, la hausse de la participation des médecins femmes et la baisse de l'âge moyen des médecins.

Les CDOM rencontrant des difficultés de fonctionnement de la PDSA sur tout ou partie de leurs territoires ont confirmés en 2022 les pistes d'améliorations des années précédentes : des mesures financières incitatives, l'élargissement de la défiscalisation, la revalorisation des actes en visites, la mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables, la mise en place d'actions de communication à destination du grand public, le renforcement de la participation des étudiants et des médecins salariés, ou encore parfois et localement une remise en cause de la notion de volontariat.

Parmi les précédentes demandes formulées par les CDOM les années passées, certaines ont fait l'objet d'améliorations en 2022, comme le développement des systèmes d'acheminement des patients vers un effecteur fixe ou l'extension de la PDSA au samedi matin. Ces sujets représentent une attente forte pour les départements qui n'en bénéficient toujours pas. Il en est de même pour les mesures financières incitatives qui restent en tête des demandes formulées par les CDOM. Il sera intéressant d'évaluer dans la prochaine enquête l'impact des mesures qui seront mises en place à la suite de l'annonce du président de la République qui déclarait, dans le cadre de son discours du 6 janvier 2023 sur les défis et priorités de la politique et la santé, vouloir « *mieux rémunérer les médecins qui assurent la permanence des soins* »

Il persiste encore en 2022, au regret du CNOM et des CDOM, des points à améliorer, comme une organisation spécifique à la prise en charge des résidents en EHPAD, qui fait déjà l'objet d'initiatives locales dans certains départements mais sans dispositif mis en place au niveau national. Il faut également persévérer dans la prise en charge de certains actes médico-administratifs, comme la rédaction des certificats de décès et pour lesquels, le CNOM a demandé l'extension du forfait dédié à l'établissement de ces documents pour toutes les tranches horaires ainsi que son extension aux médecins salariés et aux médecins hospitaliers.

Nous voyons que les médecins sont investis dans la PDSA et que cette dernière répond dans l'ensemble à son objet. Il reste des pistes d'améliorations qui évoluent et progressent chaque année en se rapprochant toujours d'un meilleur service vis-à-vis de la population. La naissance des CPTS et du SAS peuvent aussi progressivement jouer un rôle en tant qu'acteur de proximité et permettre de diminuer les déséquilibres territoriaux parfois ressenti.

V. Index des illustrations

1. Index des graphiques

| | |
|---|----|
| Graphique 1 – Modifications de l'organisation de la PDSA déclarés par les CDOM en 2022 (N=103)..... | 11 |
| Graphique 2 – Evolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2020 et 2022 | 12 |
| Graphique 3 – Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA en 2022..... | 18 |
| Graphique 4 - Proportion de départements au sein desquels les patients ont la possibilité d'accéder aux sites dédiés à la PDSA sans régulation préalable..... | 20 |
| Graphique 5 - Proportions départementales en termes d'évolution de la part d'actes cotés non-régulés entre 2020 et 2021..... | 21 |
| Graphique 6 – Part des actes cotés régulés et non-régulés selon le créneau horaire en 2021..... | 23 |
| Graphique 7 - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA en 2019, 2020, 2021 et 2022..... | 24 |
| Graphique 8 - Évolutions départementales du nombre de médecins participant à la régulation médicale entre 2021 et 2022 – Évolution d'ensemble et déclinaisons pour les médecins libéraux installés et les médecins retraités, salariés et remplaçants..... | 25 |
| Graphique 9 - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire entre 2019 et 2022 | 30 |
| Graphique 10 - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2021 selon le créneau horaire. | 31 |
| Graphique 11 – Mise en place et modalités de l'effectif mobile par département..... | 40 |
| Graphique 12 – Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés (N = 91)..... | 41 |
| Graphique 13 – Part des départements où la téléconsultation a été utilisée en effectif en 2022..... | 44 |
| Graphique 14 – Part des départements ayant élargi la PDSA au samedi matin en 2022..... | 46 |
| Graphique 15 – Avis des CDOM sur l'extension des horaires de PDSA au samedi matin .. | 48 |
| Graphique 16 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2021 et 2022..... | 49 |
| Graphique 17 - Territoires couverts par moins de 10 médecins volontaires et moins de 5 médecins volontaires sur l'ensemble des territoires de PDSA en journée les week-ends et jours fériés entre 2019 et 2022..... | 52 |
| Graphique 18 - Répartition des médecins effecteurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2022..... | 53 |
| Graphique 19 - Répartition des médecins régulateurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2022..... | 53 |
| Graphique 20 - Part des médecins de garde femmes de 2018 à 2022..... | 54 |
| Graphique 21 - Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2022 selon la tranche d'âge..... | 55 |
| Graphique 22 - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2022 selon le mode d'exercice..... | 56 |
| Graphique 23 - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2022 selon le statut .. | 57 |
| Graphique 24 - Répartition des acteurs participant à la prise en charge de l'examen des gardés à vue en 2022..... | 64 |
| Graphique 25 - Elaboration des tableaux de garde d'effectif et de régulation en 2022 | 66 |

| | |
|--|----|
| Graphique 26 – Départements disposant d'une PDSA spécialisée hors médecine générale en 2022 | 71 |
| Graphique 27 - 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 PDSA | 72 |
| Graphique 28 – Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA selon les départements . | 73 |
| Graphique 29 – Cause des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2021 et 2022 (N=81 en 2021 et N=88 en 2022) | 74 |
| Graphique 30 - Causes du désengagement des médecins libéraux selon les CDOM en 2021 et 2022 (N= 58 en 2022 et N=62 en 2022). | 76 |
| Graphique 31 - Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2021 et 2022 (N=41 en 2021 et N=53 en 2022) | 76 |
| Graphique 32 - Pistes d'améliorations désignées par les CDOM en 2021 et 2022 (N=81 en 2021 et N=88 en 2022)..... | 78 |
| Graphique 33 - Proportion de départements ayant mis en place des initiatives/expérimentations en lien avec la PDSA | 80 |

2. Index des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 – Front de régulation libérale (France entière) selon les plages horaires de la PDSA entre 2020 et 2022 | 26 |
| Tableau 2 - Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2022 | 29 |
| Tableau 3 - Organisation de l'effection en fonction du créneau horaire en 2022 | 32 |
| Tableau 4 - Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effection fixe et mobile en 2022 | 43 |

3. Index des cartographies

| | |
|--|----|
| Cartographie 1 - Part des actes cotés non-régulés en 2022..... | 22 |
| Cartographie 2 - Taux de couverture des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés en 2022 | 34 |
| Cartographie 3 - Taux de couverture des territoires de PDSA en soirée (de 20h à minuit) en 2022 | 35 |
| Cartographie 4 - Taux de couverture des territoires de PDSA en nuit profonde en 2022 | 36 |
| Cartographie 5 - Taux de secteurs de PDSA couverts par des sites dédiés en 2022 | 37 |
| Cartographie 6 - Taux de participation des médecins à la PDSA en 2022 | 51 |
| Cartographie 8 - Déploiement d'Ordigard sur le territoire en 2022 | 68 |

VI. Glossaire

- ACORELI.** Association comtoise de régulation libérale
- ADOPS.** Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins
- AMRL.** Association des médecins régulateurs libéraux
- AMU.** Aide médicale d'urgence
- ANS.** Agence du numérique en santé
- ARM.** Assistant de régulation médicale
- ARS.** Agence régionale de santé
- CAPS.** Centre d'accueil de permanence des soins
- CCRAL.** Centre de réception et de régulation des appels libéraux
- CDOM.** Conseil départemental de l'ordre des médecins
- CHU.** Centre hospitalier universitaire
- CNAM.** Caisse nationale de l'Assurance maladie
- CNOM.** Conseil national de l'ordre des médecins
- CPS.** Carte professionnelle de santé
- CPTS.** Communauté professionnelle territoriale de santé
- CRRA15.** Centre de réception et de régulation des appels provenant du 15
- 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
- IPA.** Infirmier de pratique avancée
- MMG.** Maison médicale de garde
- ORSAG.** Observatoire régional de la santé de Guadeloupe
- PDS.** Permanence des soins
- PDSA.** Permanence des soins ambulatoires
- PLFSS.** Projet de loi de financement de la sécurité sociale
- SAS.** Service d'accès aux soins
- SAMU.** Service d'aide médicale urgente
- SAU.** Service d'accueil des urgences
- SCP.** Société civile professionnelle

SEL. Société d'exercice libéral

SMU. Service de médecine d'urgence

SMUR. Service mobile d'urgences et réanimation

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

SNP. Soins non-programmés

UMJ. Unité médico-judiciaire

URPS. Union régionale des professionnels de santé

VSL. Véhicules sanitaires légers

VII. Annexes

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

| | Samedi matin | Samedi après-midi et soirée | Dimanche et jours fériés | Soirée de semaine (20h – 24h) * | Nuit profonde (24h – 8h) |
|----------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| ILE-DE-FRANCE | | | | | |
| PARIS | 0 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| SEINE ET MARNE | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| YVELINES | 0 | 3 à 4 | 3 à 4 | 3* | 2* |
| | <i>*Nuit profonde de 1h à 8h</i> | | | | |
| ESSONNES | 0 | 2 à 4 | 2 à 4 | 3 | 3 |
| HAUTS-DE-SEINE | 0 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| SEINE-SAINT-DENIS | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| VAL-DE-MARNE | 0 | 3 à 4 | 3 à 4 | 3 à 4 | 2 |
| VAL D'OISE | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Total Ile-de-France | 0 | 23 à 27 | 23 à 27 | 25 à 26 | 21 |
| NORMANDIE | | | | | |
| CALVADOS | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| EURE | 1 | 1,5 | 1,5 | 1 | 1 |
| MANCHE | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| ORNE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| SEINE-MARITIME | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| Total Normandie | 6 | 9,5 | 9,5 | 7 | 5 |
| GRAND-EST | | | | | |
| ARDENNES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AUBE | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| MARNE | <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 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| MOSELLE | 0 | 2 à 3 | 2 à 3 | 2 | 0 |

| | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------|----------------|--------------|--------------|
| | <i>Régulation libérale de 13h à 24h le samedi</i> | | | | |
| | 0 | 2 à 3 | 2 à 4 | 2 | |
| BAS-RHIN | <i>Régulation libérale de 13h à 20h le samedi</i> | | | | |
| | 0 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 | 0 à 1 |
| HAUT-RHIN | <i>4 nuits profondes sur 5 assurées par le C15 du Bas-Rhin</i> | | | | |
| VOSGES | 0 | 1 | 1 à 2 | 1 | 0 |
| Total Grand-Est | 0 | 13 à 16 | 14 à 19 | 11 | 3 à 4 |
| CENTRE-VAL-DE-LOIRE | | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| CHER | <i>Régulation libérale assurée de 9h à 17h le dimanche ; régulation de 10h à 12h non effective le samedi matin</i> | | | | |
| | 2 | 1 | 1 à 2 | 1 | 0 |
| EURE-ET-LOIR | <i>2 médecins les matins des jours fériés et ponts de 8h à 14h</i> | | | | |
| | 1* | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 à 2 | 0 |
| INDRE | <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 |
| Total Centre-Val-de-Loire | 6 | 5 à 6 | 5 à 7 | 5 à 6 | 0 |
| AUVERGNE-RHONE-ALPES | | | | | |
| | 3 | 3 | 2 à 4 | 2 | 1 à 2 |
| AIN | <i>Deux régulateur salarié financé FIR de 8h à 19h en semaine, une ligne en semaine de 19h à 20h, 2 lignes en soirées de semaine de 20h à 23h, 1 ligne en nuit profonde de 23h à 7h et 2 lignes en nuit profonde de 7h à 8h les dimanches et jours fériés</i> | | | | |
| | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| ALLIER | <i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine - Régulation libérale du samedi matin non effective</i> | | | | |
| | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| ARDECHE | <i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine</i> | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| CANTAL | <i>Un régulateur salarié par le CH financé FIR de 19h à 23h en semaine et de 20h à 23h les week-ends ; Régulation libérale du samedi matin non assurée</i> | | | | |
| | 2 | 2 | 2 | 1 à 2 | 1 |
| DROME | <i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine</i> | | | | |
| | 0 | 2 à 3 | 2 à 5 | 2 à 4 | 1 à 2 |
| ISERE | <i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine</i> | | | | |

| | | | | | |
|---|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 3 | 2 | 2 | 2 à 3 | 1 |
| LOIRE | <i>Régulation libérale à partir de 18h en soirées de semaine</i> | | | | |
| HAUTE-LOIRE | 0 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 | 0 |
| PUY-DE-DOME | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 |
| RHONE | 0 | 6 | 5 à 6 | 3 à 4 | 2 |
| | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| SAVOIE | <i>1 régulateur nuit profonde à partir de 23h De 20h à 23h, 2 régulateurs du 1er juillet au 31 août, 1 régulateur en dehors de ces périodes</i> | | | | |
| HAUTE-SAVOIE | 3 | 2 | 2 à 3 | 2 | 1 à 2 |
| Total Auvergne-Rhône-Alpes | 17 | 28 à 30 | 26 à 34 | 20 à 25 | 11 à 14 |
| PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR | | | | | |
| ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| HAUTES-ALPES | 0 | 1* | 1 | 1 | 1 |
| | <i>Régulation à partir de 14h le samedi</i> | | | | |
| ALPES-MARITIMES | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 2 à 3 | 3 | 3 | 2 à 3 |
| BOUCHES-DU-RHONE | <i>Samedi : 2 régulateurs de 12h à 13h puis 3 régulateurs de 13h à 20h Nuits profondes: 3 régulateurs jusque 1h puis 2 régulateurs jusque 8h</i> | | | | |
| VAR | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| VAUCLUSE | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Total Provence-Alpes-Côte-d'Azur | 5 | 9 à 10 | 11 | 11 | 10 à 11 |
| BRETAGNE | | | | | |
| | 1* | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 |
| CÔTES D'ARMOR | <i>Ligne de régulation libérale le samedi matin non officialisée dans le cahier des charges</i> | | | | |
| FINISTERE | 0 | 2 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 |
| ILLE ET VILAINE | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| MORBIHAN | 0 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 |
| Total Bretagne | 1 | 6 à 8 | 5 à 8 | 5 à 8 | 5 |
| OCCITANIE | | | | | |
| ARIEGE | 0 | 1 | 1 | 0 à 1* | 0 |
| | <i>En soirée de semaine une ligne de régulation libérale de 20h à 23h le vendredi</i> | | | | |
| AUDE | 0 | 1 | 1 à 2 | 1 | 0 |
| AVEYRON | 0 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 | 1* |
| | <i>En nuit profonde régulation assurée par les médecins régulateurs du Tarn</i> | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------|----------------|----------------|---------------|
| GARD | 0 | 2 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 |
| HAUTE-GARONNE | 0 | 3 à 5 | 3 à 6 | 3 à 4 | 2 à 3 |
| GERS | 0 | 1 à 2 | 0 à 2* | 1 | 0 |
| | <i>Absence de régulation libérale de 8h à 9h les dimanches et jours fériés</i> | | | | |
| HERAULT | 0 | 2 à 3 | 2 à 3 | 2 à 3 | 0 à 1* |
| | <i>Régulation libérale uniquement assurée de 00h à 1h en nuit profonde</i> | | | | |
| LOT | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| LOZERE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HAUTES-PYRENEES | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| PYRENEES-ORIENTALES | 0 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 | 1 |
| TARN | 0 | 2 à 3 | 1 à 3 | 1 à 2 | 1 |
| TARN-ET-GARONNE | 0 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 | 0 |
| Total Occitanie | 0 | 17 à 25 | 14 à 27 | 14 à 19 | 6 à 8 |
| CORSE | | | | | |
| CORSE-DU-SUD | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| HAUTE-CORSE | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Total Corse | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE | | | | | |
| CÔTE D'OR | 2 | 2 à 3 | 2 à 3 | 2 | 1 à 2 |
| NIEVRE | <i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée (AREMEL 21)</i> | | | | |
| DOUBS | 1 | 5 à 6 | 3 à 7 | 3 à 4 | 1 à 3 |
| JURA | | | | | |
| HAUTE-SAÔNE | | | | | |
| TERRITOIRE DE BELFORT | <i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)</i> | | | | |
| SAÔNE-ET-LOIRE | 1 | 1 | 1 à 2 | 1 | 1 |
| YONNE | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Total Bourgogne-Franche-Comté | 4 | 9 à 11 | 7 à 13 | 7 à 8 | 4 à 7 |
| PAYS-DE-LA-LOIRE | | | | | |
| LOIRE-ATLANTIQUE | 0 | 9 | 8 | 4 à 5 | 3 à 4 |
| MAINE-ET-LOIRE | 0 | 7 | 10 | 2 à 4 | 1 à 2 |
| MAYENNE | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| SARTHE | 0 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| | <i>Régulation mutualisée avec l'Orne pour certains secteurs</i> | | | | |
| VENDEE | 0 | 4 | 7 | 2 | 2 |
| Total Pays-de-la-Loire | 2 | 26 | 31 | 11 à 14 | 8 à 10 |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|----------------|----------------|----------------|---------------|
| NOUVELLE AQUITAINE | | | | | |
| CHARENTE | 1 | 1 à 2 | 1 à 3 | 1 | 1 |
| | <i>Samedi après-midi: 1 seul régulateur en juillet et août Dimanche et jours fériés: 1 régulateur de plus de novembre à mars</i> | | | | |
| CHARENTE-MARITIME | 2 | 2 à 3 | 1 à 4 | 1 à 2 | 1 |
| CORREZE | 1 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 | 1 |
| CREUSE | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| DORDOGNE | 0 | 2 à 3 | 2 à 3 | 1 | 0 |
| | <i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i> | | | | |
| GIRONDE | 3 | 3 à 4 | 2 à 4 | 2 à 3 | 1 à 2 |
| LANDES | 2 à 3 | 1 à 2 | 2 | 1 | 0 |
| | <i>*Régulation libérale à partir de 18h en semaine dans le cadre d'une expérimentation</i> | | | | |
| LOT-ET-GARONNE | 2 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 | 1 |
| | <i>Régulation libérale à partir de 19h en semaine Nuit profonde uniquement durant les week-ends et jours fériés</i> | | | | |
| PYRENEES-ATLANTIQUES | 1 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 | 0 à 1 |
| | <i>Régulation libérale à partir de 19h en semaine Nuit profonde uniquement durant les 5 soirées des férias de Bayonne</i> | | | | |
| DEUX-SEVRES | 1 | 1 | 1 à 2 | 1 | 1 |
| | <i>Régulation libérale à partir de 19h en semaine</i> | | | | |
| VIENNE | 1 | 1 à 2 | 2 à 3 | 1 | 1 |
| | <i>Dimanche et jours fériés : 2 régulateur en juillet et août</i> | | | | |
| HAUTE-VIENNE | 1 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 | 1 |
| | <i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i> | | | | |
| Total Nouvelle-Aquitaine | 16 à 17 | 16 à 26 | 16 à 30 | 13 à 15 | 8 à 10 |
| HAUTS-DE-France | | | | | |
| AISNE | 0 | 1 | 1 à 2 | 1 | 0 à 1* |
| | <i>En nuit profonde régulation libérale assurée de 00h à 2h en semaine et de 00h à 8h les dimanches et jours fériés</i> | | | | |
| NORD | 0 | 5 à 7 | 5 à 7 | 3 à 4 | 1 |
| OISE | 0 | 1 à 2 | 1 à 2 | 1 | 0 à 1* |
| | <i>En nuit profonde régulation libérale assurée de 00h à 2h en semaine et le samedi de 00h à 8h les week-ends et jours fériés</i> | | | | |
| PAS-DE-CALAIS | 0 | 3 à 5 | 2 à 4 | 3 | 1 |
| SOMME | 0 | 2 à 3 | 2 à 3 | 3 | 3 |
| | <i>En nuit profonde régulation libérale assurée de 2h à 8h en semaine</i> | | | | |
| Total Hauts-de-France | 0 | 12 à 18 | 11 à 18 | 11 à 12 | 5 à 7 |
| MARTINIQUE | 3 | 3 | 3 | 1 | 0 |
| GUADELOUPE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| MAYOTTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | |
|----------------------------|--|----------------------|----------------------|------------------|-----------------|
| GUYANE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LA REUNION | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| | <i>Soirée : 1 régulateur de 19h à 20h, 2 régulateurs de 20h à 23h Nuit profonde : de 23h à 7h Samedi après-midi : de 14h à 23h Dimanche/jours fériés : de 7h à 23h</i> | | | | |
| FRANCE ENTIERE 2022 | 63 à 64 | 181,5 à 220,5 | 180,5 à 242,5 | 146 à 168 | 88 à 104 |

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

| Départements | Taux de participation des médecins à la PDSA en 2020 | Taux de participation des médecins à la PDSA en 2021 | Taux de participation des médecins à la PDSA en 2022 | Evolution 2021-2022 |
|-------------------------------|--|--|--|---------------------|
| 01 - Ain | 67% | 69% | 67% | -2% |
| 02 - Aisne | 55% | 56% | 56% | -1% |
| 03 - Allier | 73% | 71% | 69% | -2% |
| 04 - Alpes de Hautes-Provence | 58% | 47% | 42% | -5% |
| 05 - Hautes-Alpes | 50% | 49% | 47% | -2% |
| 06 - Alpes-Maritimes | 15% | 15% | 13% | -2% |
| 07 - Ardèche | 66% | 63% | 62% | 0% |
| 08 - Ardennes | 80% | 79% | 81% | 2% |
| 09 - Ariège | 44% | 45% | 43% | -2% |
| 10 - Aube | 73% | 75% | 76% | 1% |
| 12 - Aveyron | 73% | 71% | 73% | 1% |
| 13 - Bouches-du-Rhône | 25% | 23% | 16% | -7% |
| 15 - Cantal | 62% | 58% | 59% | 1% |
| 16 - Charente | 71% | 71% | 68% | -2% |
| 17 - Charente-Maritime | 33% | 33% | 33% | 0% |
| 18 - Cher | 55% | 54% | 53% | -1% |
| 19 - Corrèze | 69% | 70% | 71% | 1% |
| 21 - Côte-d'Or | 27% | 27% | 26% | 0% |
| 22 - Côtes d'Armor | 47% | 47% | 51% | 3% |
| 23 - Creuse | 74% | 79% | 77% | -2% |

| | | | | |
|-------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 24 - Dordogne | 74% | 71% | 71% | -1% |
| 25 - Doubs | 51% | 51% | 50% | -1% |
| 26 - Drôme | 54% | 52% | 52% | 0% |
| 27 - Eure | 59% | 59% | 58% | 0% |
| 28 - Eure-et-Loir | 72% | 72% | 78% | 6% |
| 29 - Finistère | 37% | 37% | 39% | 2% |
| 30 - Gard | 35% | 34% | 36% | 3% |
| 31 - Haute-Garonne | 47% | 48% | 50% | 2% |
| 32 - Gers | 72% | 64% | 70% | 6% |
| 33 - Gironde | 53% | 50% | 48% | -2% |
| 34 - Hérault | 29% | 26% | 27% | 1% |
| 35 - Ille-et-Vilaine | 29% | 28% | 27% | -1% |
| 36 - Indre | 52% | 52% | 49% | -3% |
| 37 - Indre-et-Loire | 29% | 28% | 30% | 2% |
| 38 - Isère | 39% | 39% | 42% | 3% |
| 39 - Jura | 66% | 56% | 53% | -3% |
| 40 - Landes | 62% | 56% | 57% | 1% |
| 41 - Loir-et-Cher | 61% | 57% | 58% | 1% |
| 42 - Loire | 54% | 53% | 53% | 0% |
| 43 - Haute-Loire | 72% | 74% | 74% | 0% |
| 45 - Loiret | 56% | 58% | 59% | 1% |
| 46 - Lot | 79% | 81% | 79% | -2% |
| 47 - Lot-et-Garonne | 72% | 70% | 71% | 1% |
| 48 - Lozère | 72% | 67% | 67% | 0% |
| 50 - Manche | 58% | 62% | 60% | -2% |
| 51 - Marne | 62% | 63% | 61% | -3% |
| 52 - Haute-Marne | 67% | 70% | 67% | -3% |
| 54 - Meurthe-et-Moselle | 23% | 22% | 23% | 1% |
| 55 - Meuse | 75% | 71% | 71% | 0% |
| 56 - Morbihan | 50% | 50% | 50% | 0% |
| 57 - Moselle | 33% | 32% | 31% | -1% |
| 58 - Nièvre | 63% | 60% | 59% | -2% |
| 59 - Nord | 33% | 33% | 33% | 0% |

| | | | | |
|----------------------------|-----|-----|-----|------|
| 60 - Oise | 31% | 30% | 32% | 2% |
| 61 - Orne | 60% | 59% | 59% | -1% |
| 62 - Pas-de-Calais | 64% | 64% | 63% | -1% |
| 63 - Puy-de-Dôme | 37% | 32% | 35% | 2% |
| 64 - Pyrénées-Atlantiques | 41% | 40% | 40% | 1% |
| 65 - Hautes-Pyrénées | 63% | 64% | 65% | 1% |
| 66 - Pyrénées-Orientales | 38% | 55% | 36% | -20% |
| 67 - Bas-Rhin | 27% | 26% | 26% | 1% |
| 68 - Haut-Rhin | 49% | 55% | 56% | 0% |
| 69 - Rhône | 43% | 40% | 39% | -1% |
| 70 - Haute-Saône | 67% | 69% | 68% | -1% |
| 71 - Saône-et-Loire | 62% | 61% | 60% | -1% |
| 72 - Sarthe | 54% | 49% | 48% | -1% |
| 73 - Savoie | 62% | 59% | 65% | 6% |
| 74 - Haute-Savoie | 62% | 61% | 61% | 0% |
| 75 - Paris | 6% | 6% | 7% | 1% |
| 77 - Seine-et-Marne | 9% | 9% | 10% | 1% |
| 78 - Yvelines | 37% | 38% | 40% | 2% |
| 79 - Deux-Sèvres | 76% | 74% | 73% | 0% |
| 80 - Somme | 53% | 54% | 53% | 0% |
| 81 - Tarn | 70% | 68% | 66% | -2% |
| 82 - Tarn-et-Garonne | 69% | 71% | 69% | -1% |
| 83 - Var | 14% | 13% | 14% | 1% |
| 84 - Vaucluse | 51% | 51% | 51% | 1% |
| 86 - Vienne | 69% | 68% | 65% | -3% |
| 87 - Haute-Vienne | 45% | 45% | 53% | 8% |
| 88 - Vosges | 81% | 82% | 81% | -1% |
| 89 - Yonne | 18% | 21% | 20% | -1% |
| 90 - Territoire-de-Belfort | 70% | 74% | 72% | -1% |
| 91 - Essonne | 19% | 17% | 17% | 0% |
| 92 - Hauts-de-Seine | 13% | 12% | 14% | 1% |
| 93 - Seine-Saint-Denis | 16% | 15% | 17% | 2% |
| 94 - Val-de-Marne | 35% | 33% | 36% | 3% |

| | | | | |
|-----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 95 - Val-d'Oise | 15% | 15% | 18% | 3% |
| 2A - Corse-du-Sud | 36% | 33% | 34% | 1% |
| 2B - Haute-Corse | 25% | 25% | 27% | 2% |
| 972 - Martinique | 23% | 22% | 23% | 1% |
| 974 - La Réunion | 12% | 11% | 12% | 1% |
| France entière | 39,30% | 38,50% | 38,48% | -0,02% |

3. Questionnaire PDSA 2022 soumis aux CDOM

QUESTIONNAIRE - ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2022

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 2022

1. Quelles modifications de l'organisation de la PDSA votre département a-t-il connu en 2022 ?

Plusieurs réponses possibles

- Modification des plages horaires de PDSA
- 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
- Baisse du nombre de médecins effecteurs volontaires à la PDSA
- Hausse du nombre de médecins effecteurs à la PDSA
- Baisse du nombre de médecins régulateurs à la PDSA
- Hausse du nombre de médecins régulateurs à la PDSA
- Hausse du nombre de médecins retraités ayant participé à la régulation en horaires de PDSA
- Augmentation des moyens alloués pour la régulation des appels en horaires de PDSA
- Modification des conditions d'accès aux MMG
- Développement de la visio-régulation en horaires de PDSA
- Autre, précisez :
- Le département n'a connu aucune modification de la PDSA en 2022

a. Les modifications de l'organisation de la PDSA en 2022 ont-elles fait l'objet d'une révision ou d'un avenant au cahier des charges par arrêté de l'ARS ?

Question conditionnelle, ne pas présenter si « Le département n'a connu aucune modification de la PDSA en 2022 » à 1.

- Oui
- Non

Ne sais pas*

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

b. En 2022, votre conseil départemental a-t-il été associé par l'ARS à l'évolution de l'organisation de la PDSA ?

Question conditionnelle, ne pas présenter si « Le département n'a connu aucune modification de la PDSA en 2022 » à 1.

- Oui
 Non

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » à b.

2. L'organisation de la PDSA 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 2022

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 PDSA 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 rebasculé automatique 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 autre que le 15 ?

- 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 des appels de la PDSA ?

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

7. A part les médecins libéraux installés, combien de 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

9. Si non, est-ce dû à une absence de demande de la part des médecins ?

Question conditionnelle, uniquement si « non » coché en 8.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

11. La visio-régulation a-t-elle été utilisée au sein de votre département ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

12. Existe-t-il au sein de votre département des sites dédiés identifiés comme assurant la PDSA 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 10.

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » coché en 10.

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » coché en 10.

- 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 10.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

e.1. Si oui, lesquels ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en e.

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en e.

- 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 10.

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

f.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 f.

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 : _____

13. Des médecins exercent-ils la PDSA 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 11.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

L'effectation mobile

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a. Si oui, s'agit-il :

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 12.

Plusieurs réponses possibles

- De médecins de garde rattachés à un site dédié et assurant également l'effectation mobile

- De médecins assurant des visites à domicile mais non identifiés dans le cahier des charges
- De médecins rattachés à une association de type SOS Médecins
- Ne sais pas

b. L'activité de ces médecins effecteurs mobiles est-elle mentionnée dans le cahier des charges :

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 12.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

L'effecton en fonction du créneau horaire

15. Combien y-a-t-il de territoires de PDSA en soirée (de 20h à minuit) au 31 décembre 2022 ?

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 PDSA est-elle assurée par des médecins effecteurs libéraux ou salariés de centres de santé ?

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

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

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

16. Combien y-a-t-il de territoires de PDSA les week-ends et jours fériés au 31 décembre 2022 ?

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 PDSA est-elle assurée par des médecins effecteurs libéraux ou salariés de centres de santé ?

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

17. 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 2022
- Oui, depuis 2022
- Non
- Ne sais pas

a. Sinon, combien y-a-t-il de territoires de PDSA en nuit profonde au 31 décembre 2022 ?

Question conditionnelle, uniquement si « non » en 15.

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

18. 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 oui, cette extension a-t-elle été mise en place à la suite des recommandations de la *mission Braun* ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 16.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

b. Si non, y seriez-vous favorable ?

Question conditionnelle, uniquement si « non » en 16.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

c. Développez si nécessaire

Question conditionnelle, uniquement si « non » en 16.

Téléconsultation et médecins effecteurs

19. La téléconsultation a-t-elle été utilisée par les médecins effecteurs au sein de votre département dans le cadre de la PDSA ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a. Si oui, développez

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 17.

20. 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 18.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a.1. Si oui, précisez

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en a.

.....
.....

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a. Si oui, votre département rencontre-t-il des difficultés particulières à ce sujet ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 19.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a.1. Si oui, précisez

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en a.

.....
.....

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en c.

.....

22. Existe-t-il des dispositifs spécifiques à l'organisation de la permanence des soins dans les EHPADs 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 20.

.....

23. 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 21.

.....

.....

24. Des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en projet ou fonctionnelles jouent-elles un rôle dans l'organisation de la PDSA au sein de votre département ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a. Si oui, de quelle manière ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 22.

.....

.....

25. Existe-t-il une PDS Ambulatoire spécialisée hors médecine générale au sein de votre département ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

b. Si oui, dans quelle(s) spécialité(s) médicale(s) ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 23.

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 24.

- 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

27. 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 ?

28. 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

29. Y-a-t-il eu des carences de couverture sur certains secteurs de permanence des soins au sein de votre département au cours de l'année 2022 ?

- Oui
- Non

a. Si oui, le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter des tableaux en 2022 dans le cadre de ces carences ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 27.

- Oui
- Non

30. Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la permanence des soins en 2022 ?

- Oui

Non

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 28.

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.

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

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

Oui

Non

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 29.

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

32. Dans les départements concernés par la mise en place du service d'accès aux soins (SAS), comment voyez-vous l'articulation entre la PDSA et le SAS ?

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

La communication au grand public

33. Y-a-t-il eu, en 2022, 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 31.

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

b. Ces actions de communication ont-elles été mises en place à la suite des recommandations de la mission Braun ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 31.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Aspects qualitatifs et prospectifs

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

34. 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

35. 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

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

Plusieurs réponses possibles

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

Constats et perspectives

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

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

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

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

Plusieurs réponses possibles

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

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

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

Plusieurs réponses possibles

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

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

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

Plusieurs réponses possibles

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

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

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

Plusieurs réponses possibles

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

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

- Oui au cours de l'année 2022

- Oui, avant 2022
- Non
- Ne sais pas

a. Si oui, lesquelles ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 36.

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

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 37.

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

41. Commentaire libre

ÉTAT DES LIEUX PDSA 2022

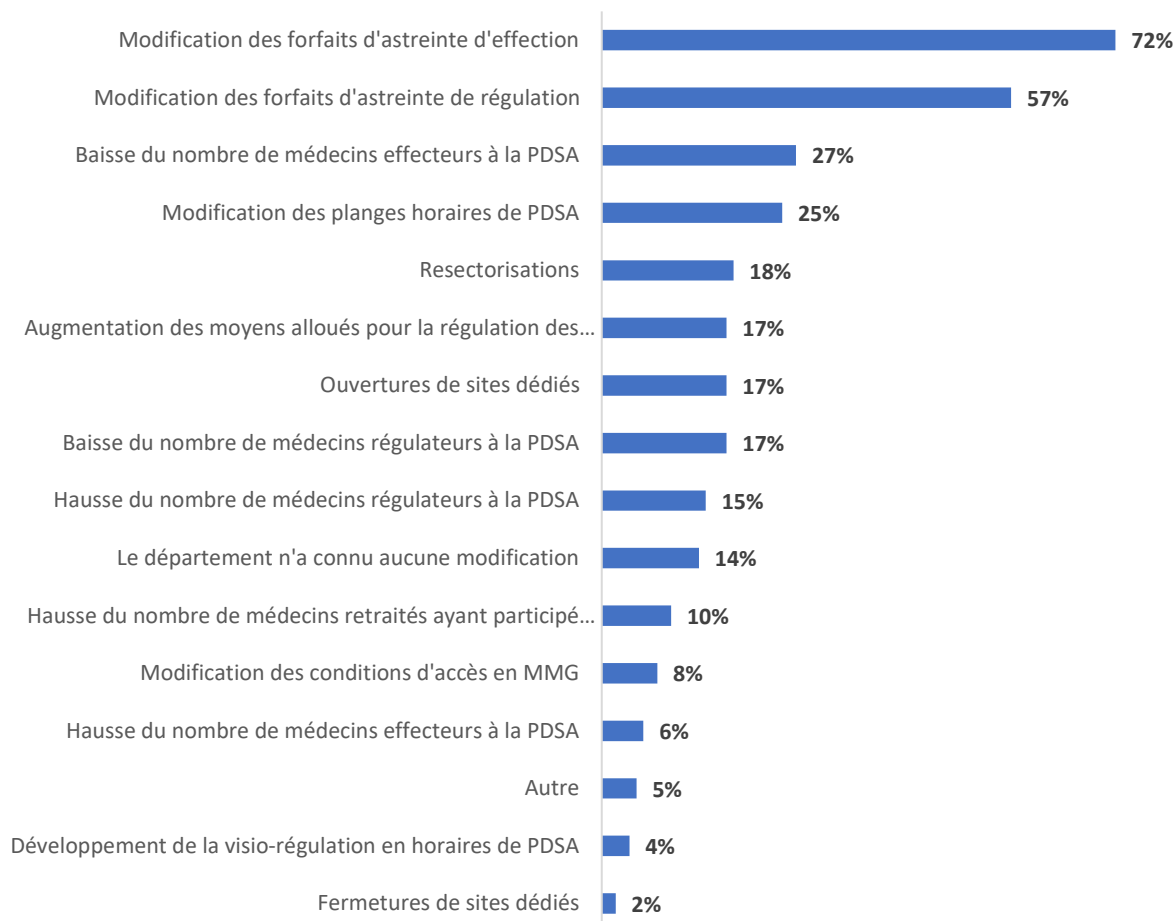
Synthèse des principaux résultats

Sous la direction du Dr Jean-Luc FONTENOY
Président de la Commission nationale de la permanence des soins et de l'aide
médicale urgente



Organisation de la PDSA en 2022 : des changements constatés pour la majorité des départements

- **86% des départements ont connu des modifications de l'organisation de la PDSA** en 2022, contre **46%** en 2021. Elles ont principalement porté sur des revalorisations des forfaits d'astreinte d'effecton et de régulation, des modifications de plages horaires et des resectorisations.



- L'organisation de la PDSA telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges régional de la PDSA est **réellement mise en œuvre dans 88%** des départements en 2022, contre **85%** en 2021, et **71%** en 2020. Cette tendance illustre un retour à une organisation de la PDSA plus stable après la crise sanitaire qui était propice à un plus grand nombre de modifications exceptionnelles et ponctuelles.
- **14 ARS ont procédé à des modifications de l'organisation de la PDSA dans leur région, dont 4** qui ont procédé à une révision de leur cahier des charges de la PDSA en 2022 : l'Ile-de-France, la Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Corse et la Réunion.

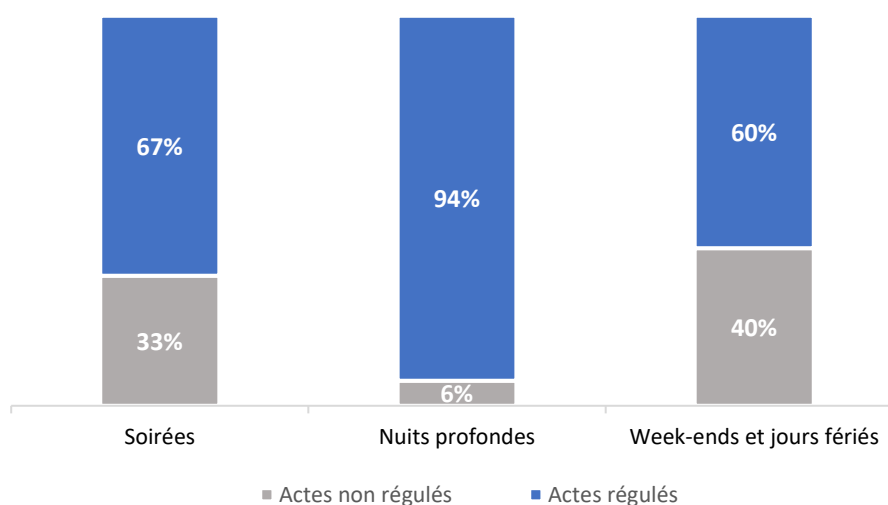
La régulation médicale

Numéro dédié à la PDSA : où en est-on en 2022 ?

- En 2022, le **116-117** était utilisé par **13 départements**, contre 14 en 2021.
- **44% des départements se disent favorables à la mise en place d'un numéro spécifique** dédié à la PDSA en 2022 (vs **43%** en 2021) pour désengorger le 15 et faciliter l'accès à la régulation pour les patients. **31%** des départements y sont défavorables (vs **29%** en 2021) considérant que le 15 est suffisamment efficient et largement utilisé, et craignant un risque de confusion pour les patients en cas de mise en place d'un nouveau numéro.

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

- **29% des actes réalisés en horaires de PDSA n'ont pas été cotés régulés en 2021**, tout comme en 2020 selon les données de la CNAM. Ces données sont très variables selon les départements (min 2% et max 82%) et la plage horaire : l'absence de régulation est d'avantage observée en soirées et durant le week-ends et jours fériés.

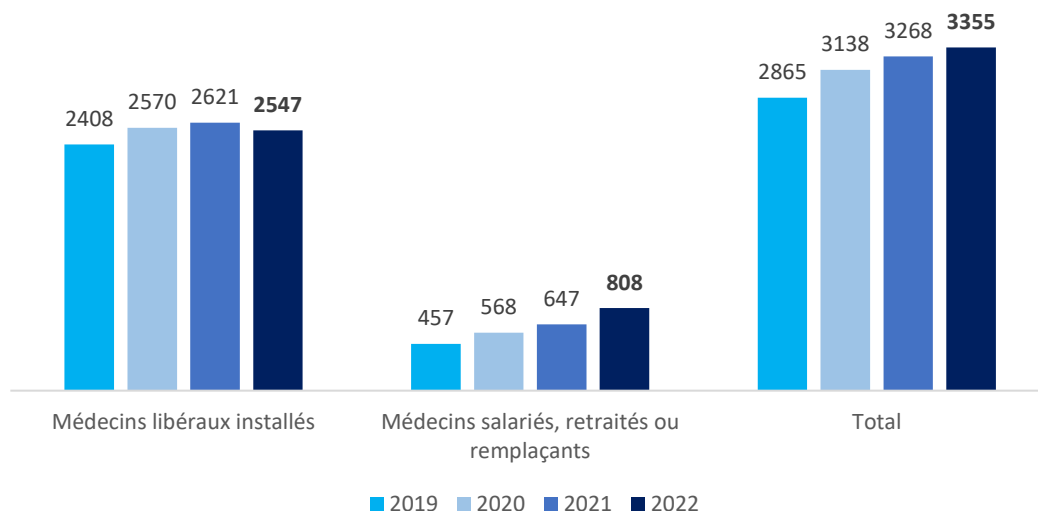


Poursuite de la hausse de la participation des médecins à la régulation libérale en 2022 grâce à la participation des médecins retraités, remplaçants et salariés

- **Une évolution de 2,7 % du total des participants à la régulation par rapport à 2021** : la poursuite de cette hausse tient surtout de l'augmentation du nombre médecins salariés, retraités et remplaçants ayant participé à la régulation libérale en horaires de PDSA (+ **24,9%** par rapport à 2021), malgré une baisse de la participation

des médecins libéraux installés en activité régulière pour la première fois depuis 2019 (- 2,8% par rapport à 2021).

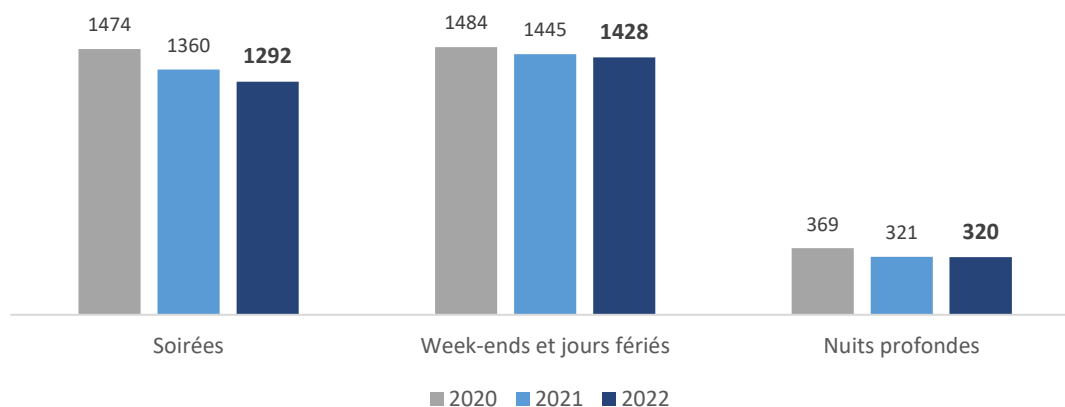
Effectifs des médecins ayant participé à la régulation libérale entre 2019 et 2022



Effection : resectorisations et effection fixe

Tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA en 2022

- La réduction du nombre de territoires de PDSA se poursuit en 2022, surtout en soirées (- 5%).



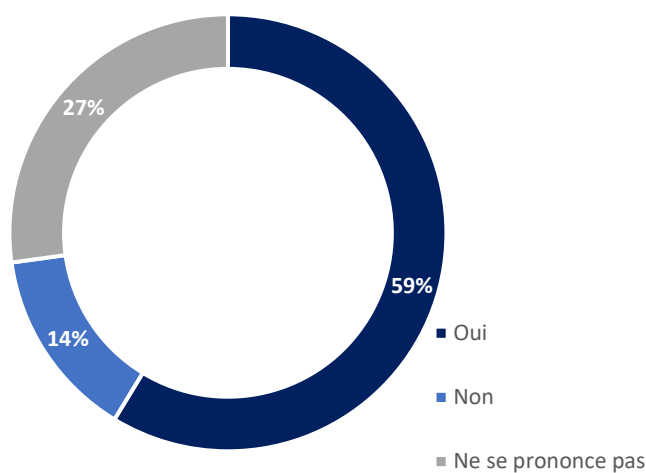
Prévalence des « zones blanches »

- Les « zones blanches », c'est-à-dire les territoires où l'effection est assurée par les services de l'AMU, représentent **5%** des territoires les week-ends et les jours fériés (+1% par rapport à 2021), **5%** en soirées (comme en 2021), et **76%** en nuits profondes (-1%).

Élargissement des horaires de PDSA au samedi matin : légère progression sur le terrain

- L'élargissement de la PDSA au samedi matin poursuit doucement sa progression en 2022 : elle est effective dans **38** départements pour la régulation (+1 par rapport à 2021) et dans 15 départements pour l'effectif également (+5 par rapport à 2021).
- Elle est souhaitée par 59% des autres départements (-1% par rapport à 2021).

Part des départements favorables à un élargissement de la PDSA au samedi matin



Effectif fixe : poursuite du développement des sites dédiés

- Un dispositif généralisé : 91 départements disposent d'un ou plusieurs sites dédiés à la PDSA (+2 par rapport à 2021)
- Une hausse de **6,8%** du nombre de sites dédiés en 2022 (soit **34** de plus qu'en 2021).
- Des gardes sont encore réalisées au cabinet du médecin traitant dans **83%** des départements, comme en 2021.
- Les mesures dites Braun ont impulsé le développement de la mise à disposition des transports dédiés aux patients non-mobilisables : **12** départements en ont bénéficié en 2022 contre seulement 4 en 2021.

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

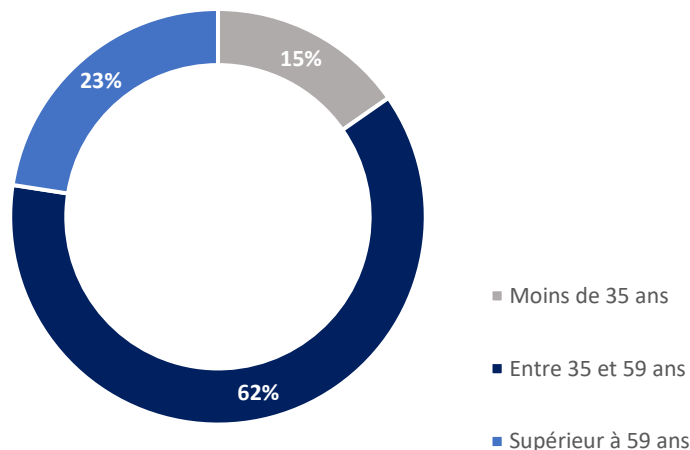
Stabilité de la participation des médecins généralistes à la PDSA

- **38,48%** des médecins généralistes ont participé à la PDSA en 2022 contre 38,5% en 2021, **soit une baisse de 0,02%**. On a ainsi comptabilisé **24504** médecins volontaires pour **63681** médecins susceptibles de prendre une garde.

- Légère amélioration de la couverture des territoires avec **33%** des territoires de PDSA couverts par **moins de 10 médecins** volontaires (-3% par rapport à 2021) et **18%** par **moins de 5 médecins** (-2% par rapport à 2021).

Profil des médecins de garde

- **Poursuite de la hausse de la part des femmes** participant à la PDSA : **+2%** en effectif et **+3%** en régulation.
- **Poursuite de la baisse de l'âge moyen** des effecteurs de garde : passage de 46,1 à **45,8 ans**. **62%** des médecins de garde ont entre **35 et 59 ans** et **23%** ont **plus de 59 ans**.



- La PDSA est assurée à **88%** par des **médecins libéraux installés**, comme en 2021.

Remplacements

- **24,2%** des médecins de garde remplacés au moins une fois en 2022 (-1% par rapport à 2021).
- **6,9%** des gardes remplacées au total, contre **7,5%** en 2021.
- **Plus d'un remplaçant sur 2 est un étudiant (54%).**

Forte hausse du nombre de réquisitions

- Observées dans **44 départements** (21 de plus qu'en 2021), elles font l'objet d'un régime permanent dans 12 départements (7 de plus qu'en 2021).

PDSA en EHPAD : un manque d'organisation persistant

Aucune évolution notable de l'organisation de la PDSA en EHPAD en 2022 alors que la réponse aux demandes de soins non-programmés des résidents est un enjeu majeur

- **Seuls 9 CDOM ont déclaré qu'il existait un dispositif spécifique**, tels que la mise en place de téléconsultation assistée, de listes d'astreinte de médecins généralistes ou d'une convention avec SOS Médecins pour les prises en charge en EHPAD en horaires de PDSA, soit **1 de moins qu'en 2021**.

Actes médico-administratifs : difficultés rencontrées dans de nombreux départements

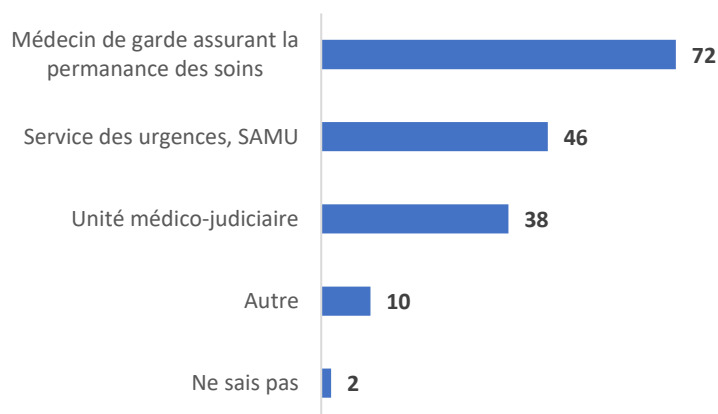
La réalisation des certificats de décès reste majoritairement prise en charge par les médecins de la PDSA (dans 84% des départements)

- **61%** de ces départements ont déclaré rencontrer des difficultés à ce sujet en 2022.

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

- Pris en charge pour tout ou partie par un médecin de garde de la PDSA dans **69%** des départements (+5% par rapport à 2021).
- Une **convention** a été établie dans **21** départements (+2 par rapport à 2021).

Qui se charge de l'examen des gardés à vue au sein du département?



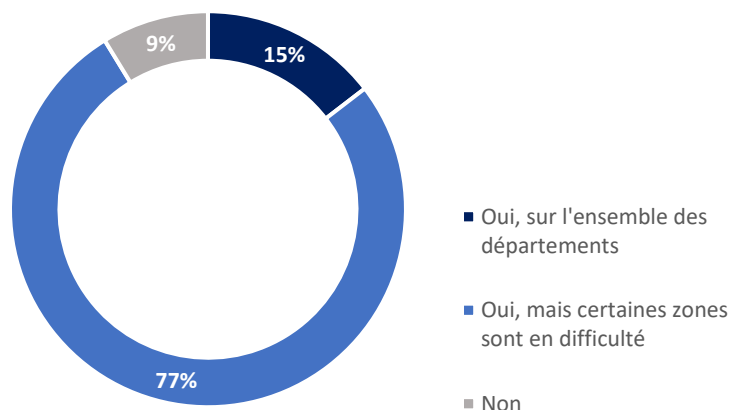
Activité des CDOM et place des associations de PDSA

- Les CDOM participent à l'élaboration des tableaux de garde seuls ou en collaboration avec d'autres acteurs dans **21%** des départements pour l'effectif et **4%** pour la régulation ; ils participent par ailleurs systématiquement à leur compilation et validation.
- **39** CDOM ont reçu des **plaintes ou des signalements** en lien avec la PDSA (**2 de moins** qu'en 2021).
- **92** départements disposent d'une **ADOPS et/ou AMRL** (+3 par rapport à 2021).
- **12%** des CDOM estiment que les **CPTS ont joué un rôle dans l'organisation de la PDSA** en 2022.

Constats et perspectives des CDOM

- **77%** des CDOM considèrent que la PDSA fonctionne bien mais que certaines zones sont en difficulté, tandis que **9%** considèrent qu'elle ne fonctionne pas (vs **73%** et **6%** en 2021).

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



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

- Du **déclin de la démographie médicale** pour **90%** des CDOM (vs 89% en 2021).
 - Du **désengagement des médecins libéraux** pour **70%** des CDOM (vs 72% en 2021).
- Selon les CDOM, ce désengagement serait dû à :

- o Une activité trop faible sur certains secteurs (**69%**) ;
- o L'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (**48%**) ;
- o Une activité trop importante sur certains territoires (**37%**) ;
- o Des conflits entre les différents acteurs de la PDSA (**15%**).

Des problématiques organisationnelles également mises en cause du fait :

- De facteurs **géographiques** compliquant les déplacements (**66%**) ;
- D'une **insuffisance de moyens** alloués par l'ARS (**51%**) ;
- De problématiques liées à des **resectorisations** induisant une augmentation des distances à parcourir pour les médecins (**32%**).

Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

- **Pour renforcer l'implication des médecins :**
 - o Des mesures **financières** incitatives (**80%**) ;
 - o Le renforcement de la participation des **étudiants** et médecins **salariés** (**49%**) ;
 - o La remise en cause de la notion de **volontariat** (**47%**) ;
 - o Le renforcement de la **sécurité** (**36%**) ;

- La **suppression** des gardes sur certains créneaux (**35%**).
- **Pour améliorer le fonctionnement de la PDSA :**
 - La mise en place de **transports dédiés (60%)**, ;
 - Des actions de **communication** auprès du grand public et des médecins libéraux (**53%**) ;
 - Le développement de **points fixes** de consultation (**31%**) ;
 - Une **restructuration** des secteurs de gardes (**26%**) ;
 - La mise en place d'aides à la création et développement des **ADOPS (17%)**.

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

