

**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 2023**

---



**ORDRE NATIONAL DES MEDECINS**  
Conseil National de l'Ordre

## 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 .....	1
I. Méthodologie.....	5
1. Enquête menée auprès des CDOM .....	5
1.1. Conception de l'enquête.....	5
1.2. Recueil des données.....	5
1.3. Limites de l'enquête .....	6
2. Exploitation de données existantes.....	6
2.1. Données exploitées.....	6
2.2. Calcul du taux de participation des médecins à la PDSA .....	6
2.3. Limites des données présentées.....	7
a. Données CNAM .....	7
b. Données Ordigard.....	7
II. Introduction .....	8
III. Résultats de l'enquête .....	9
1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2023 .....	9
1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM .....	9
1.2. Révisions des cahiers des charges régionaux de la PDSA .....	11
2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2023 .....	14
2.1. La régulation médicale .....	14
a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA .....	15
b. Régulation déportée et visiorégulation .....	16
c. Déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA : le point de vue des CDOM .....	16
d. La part des actes non-régulés .....	17
e. La participation des médecins libéraux à la régulation médicale .....	21
f. Front de garde de la régulation libérale .....	24
g. Rémunération de la régulation .....	25
h. Données d'activité de la régulation libérale .....	27
2.2. L'effectif.....	28
a. Evolution des territoires de PDSA .....	28
b. Couverture des territoires de PDSA et « zones blanches » .....	30
c. Effectif fixe : maintien du développement des sites dédiés.....	36
d. Système d'acheminement des patients vers l'effectif fixe.....	37
e. Effectif mobile et prise en charge des visites incompressibles.....	38

f.	Rémunération de l'effectif.....	40
g.	Effectif et téléconsultation .....	42
2.3.	Modification des horaires de permanence des soins .....	43
a.	Extension des horaires de PDSA au samedi matin .....	43
b.	Horaires adaptés en soirées .....	45
2.4.	La participation des médecins à la permanence des soins.....	46
a.	Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA.....	46
b.	Evolution du nombre de médecins par territoire de PDSA.....	49
c.	Profils des médecins de garde .....	50
d.	Remplacement.....	54
e.	Exemptions et réquisitions .....	55
2.5.	Mise en place du Service d'accès aux soins et PDSA.....	56
a.	Etat des lieux du déploiement du SAS .....	57
b.	Articulation entre le SAS et la PDSA .....	58
c.	Fonctionnement du SAS selon les CDOM.....	59
3.	Prises en charge en EHPAD et réalisation des actes médico-administratifs dans le cadre de la PDSA .....	61
3.1.	La PDSA en EHPAD .....	61
3.2.	PDSA et HAD.....	62
3.3.	Etablissement des certificats de décès.....	62
3.4.	Examen des gardés à vue.....	65
4.	Rôle et activité des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins .....	67
4.1.	Tableau de garde .....	67
a.	Élaboration.....	67
b.	Utilisation des logiciels Ordigard et PGarde .....	69
4.2.	Plaintes et courriers reçus.....	71
4.3.	Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins et participation des CPTS à l'organisation de la PDSA.....	72
a.	Associations de PDSA .....	72
b.	Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).....	72
5.	Permanence des soins ambulatoire spécialisée hors médecine générale.....	73
6.	Partenariat ville-hôpital .....	74
7.	Constats et perspectives.....	75
7.1.	Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux .....	75
a.	Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA par les CDOM.....	75
b.	Causes des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM.....	76

c.	Les problématiques liées à la démographie médicale .....	77
d.	Les problématiques liées à l'implication des médecins.....	77
e.	Les problématiques d'ordre organisationnel.....	78
7.2.	Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux.....	79
7.3.	Initiatives et expérimentations .....	81
IV.	Conclusion.....	84
V.	Index des illustrations .....	85
1.	Index des graphiques.....	85
2.	Index des tableaux.....	86
3.	Index des cartographies.....	86
VI.	Glossaire .....	87
VII.	Annexes.....	89
1.	Tableau du front de garde de régulation libérale réalisé à partir des dernières versions des cahiers des charges régionaux de la PDSA .....	89
2.	Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA.....	95
3.	Questionnaire PDSA 2023 soumis aux CDOM .....	98

# I. Méthodologie

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

## 1. Enquête menée auprès des CDOM

---

### 1.1. Conception de l'enquête

---

L'état des lieux s'appuie en grande partie sur les résultats du 21<sup>ème</sup> volet d'une enquête transversale récurrente conçue et réalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Celle-ci a pour objectif de faire un état des lieux annuel sur la permanence des soins ambulatoires en France en s'attachant à identifier les diverses organisations mises en place ainsi que les principales problématiques rencontrées. En réitérant l'enquête tous les ans, le CNOM entend identifier les grandes tendances touchant à l'évolution de la permanence des soins ambulatoires dans le temps.

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

Le questionnaire comportait 40 questions et 52 sous-questions réparties au sein de 4 volets distincts (Cf. annexe 3) :

- Les évolutions du cahier des charges régional de la PDSA et de sa déclinaison départementale ;
- La PDSA sur le terrain en 2023 ;
- 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 27 novembre 2023 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 2023. Une première relance a été réalisée auprès des non-répondants le 18 décembre et un délai supplémentaire a été accordé, repoussant la clôture de l'enquête au 5 janvier 2024. Au total, 103 CDOM<sup>1</sup> ont participé.

---

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

### **1.3. Limites de l'enquête**

---

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

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

## **2. Exploitation de données existantes**

---

### **2.1. Données exploitées**

---

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

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

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

---

Le calcul du taux de participation des médecins à la PDSA a été réalisé à partir des données d'activité d'Ordigard qui ont l'avantage de répondre aux exigences relatives à la définition de la population de médecins susceptibles de participer à la PDSA et de porter sur l'année 2023. 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 2023 (numérateur) : médecins ayant été inscrits à au moins une garde (effectif et/ou régulation) au cours de l'année 2023 en tant que titulaire ou remplaçant et ayant ou non réalisé une garde ;

Médecins susceptibles de participer à la PDSA en 2023 (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 dans Ordigard sur l'ensemble de la période apparaissant dans cette base ont été exclus.

## 2.3. Limites des données présentées

---

### a. Données CNAM

Les données de la CNAM ne portent pas sur l'année 2023 mais sur l'année 2022. 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 et des différents acteurs de la PDSA tels que les médecins, les coordinateurs de secteur, les associations de permanence des soins, les SAMU ou encore les ARS. Couplé au logiciel PGarde<sup>2</sup>, il permet de faciliter et accélérer 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 très grande majorité des CDOM y ait adhéré, elles présentent la limite de ne pas être exhaustives. Au 31 décembre 2023, 95 conseils départementaux sur 101 ont utilisé Ordigard<sup>3</sup> sur l'année complète, couvrant ainsi 93,5% de la population. A noter qu'il est également possible que l'utilisation de ces logiciels ne soit pas effective pour la totalité des territoires de garde d'un département, la part des territoires inactifs<sup>4</sup> comptabilisés dans le système étant de 15%.

---

<sup>2</sup> Service de paiement des astreintes fourni et administré par l'Assurance Maladie.

<sup>3</sup> En 2023, sur 101 départements : 6 n'utilisaient aucun des deux logiciels, 95 utilisaient Ordigard et 94 départements utilisaient Ordigard couplé à PGarde. Les 6 départements non représentés par la base Ordigard/PGarde pour l'ensemble de l'année 2023 sont : le Calvados, la Loire-Atlantique, la Mayenne, la Seine-Maritime, la Guadeloupe et Mayotte.

<sup>4</sup> Les territoires inactifs correspondent aux territoires enregistrés dans le système pour lesquels aucune garde n'a été saisie.

## II. Introduction

Ce rapport présente la 21<sup>e</sup> 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) sur l'organisation de la permanence des soins mise en place sur leurs territoires, 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.

En 2023, nous avons constaté une augmentation notable de la participation des médecins généralistes dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires, dépassant ainsi le pic de participation enregistré en 2020, au plus fort de la crise sanitaire. Cette augmentation est particulièrement remarquable en ce qui concerne la régulation, tant du côté des médecins régulateurs libéraux que des salariés, retraités et remplaçants qui ont participé à la PDSA.

Parallèlement, une amélioration de la couverture des territoires a été observée en 2023, se traduisant par une augmentation du nombre de territoires couverts par des médecins de garde de la PDSA, une réduction du nombre de zones blanches, et une augmentation du nombre de secteurs couverts par plus de 10 médecins.

En raison du mouvement de grève des médecins libéraux qui a eu lieu en 2023, cette année a été marquée par une hausse du nombre de départements au sein desquels des médecins ont dû être réquisitionnés dans le cadre de la PDSA.

Les tendances observées les années précédentes se sont également confirmées en 2023, avec des regroupements de secteurs et la poursuite du développement des sites dédiés à la PDSA.

Les défis rencontrés par les CDOM dans le fonctionnement de la PDSA demeurent similaires à ceux des années précédentes. Ils sont principalement liés à des problématiques de démographie médicale, d'implication des médecins, et à des difficultés organisationnelles induites par des facteurs géographiques compliquant les déplacements ou au manque de moyens alloués.

Pour améliorer la situation, les CDOM envisagent principalement des mesures financières incitatives, la mise en place de transports dédiés pour les patients non-mobilisables, des actions de sensibilisation auprès du grand public et des médecins libéraux, ainsi que le renforcement de la participation des étudiants et des médecins salariés.

## III. Résultats de l'enquête

### 1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2023

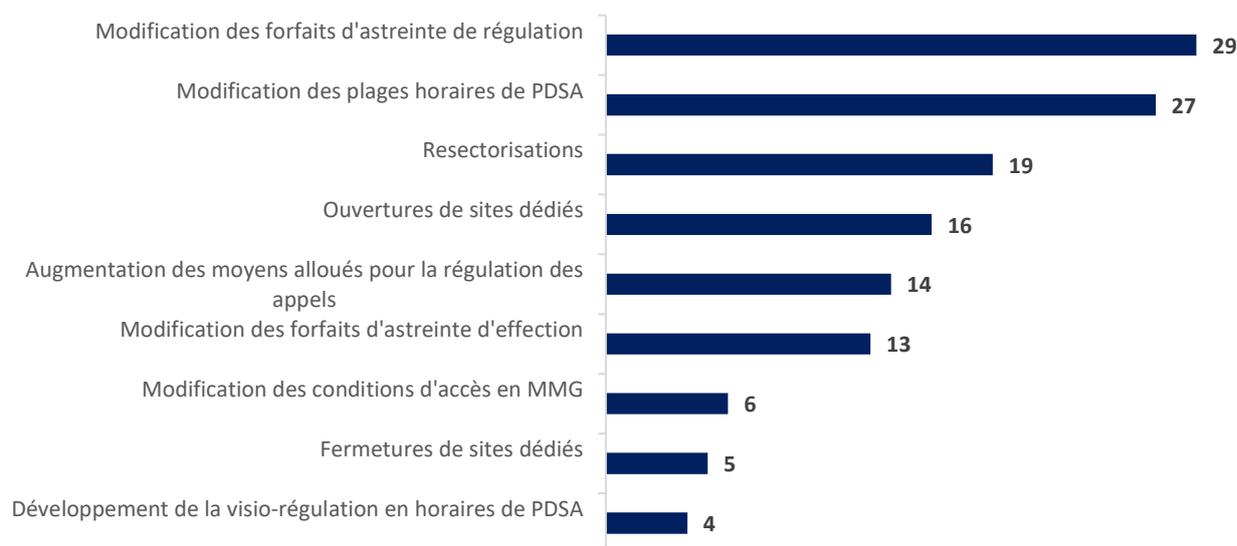
#### 1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM

Dans le cadre de cette enquête, nous avons interrogé l'ensemble des conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) quant à l'évolution de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) au sein de leurs territoires. Parmi eux, 81% ont déclaré avoir connu des modifications de l'organisation de PDSA au cours de l'année 2023, ce qui représente une baisse de 5% par rapport à l'année précédente.

Les principales modifications de l'organisation de la PDSA en 2023, telles que rapportées par les CDOM, sont les suivantes, classées par ordre d'importance et de priorité :

- La modification des forfaits d'astreinte de régulation ;
- La modification des plages horaires de PDSA ;
- Des resectorisations ;
- L'ouverture de sites dédiés ;
- L'augmentation des moyens alloués pour la régulation des appels en horaires de PDSA ;
- La modification des forfaits d'astreinte d'effectif ;
- La modification des conditions d'accès en MMG ;
- La fermeture de sites dédiés ;
- Le développement de la visio-régulation en horaires de PDSA.

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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

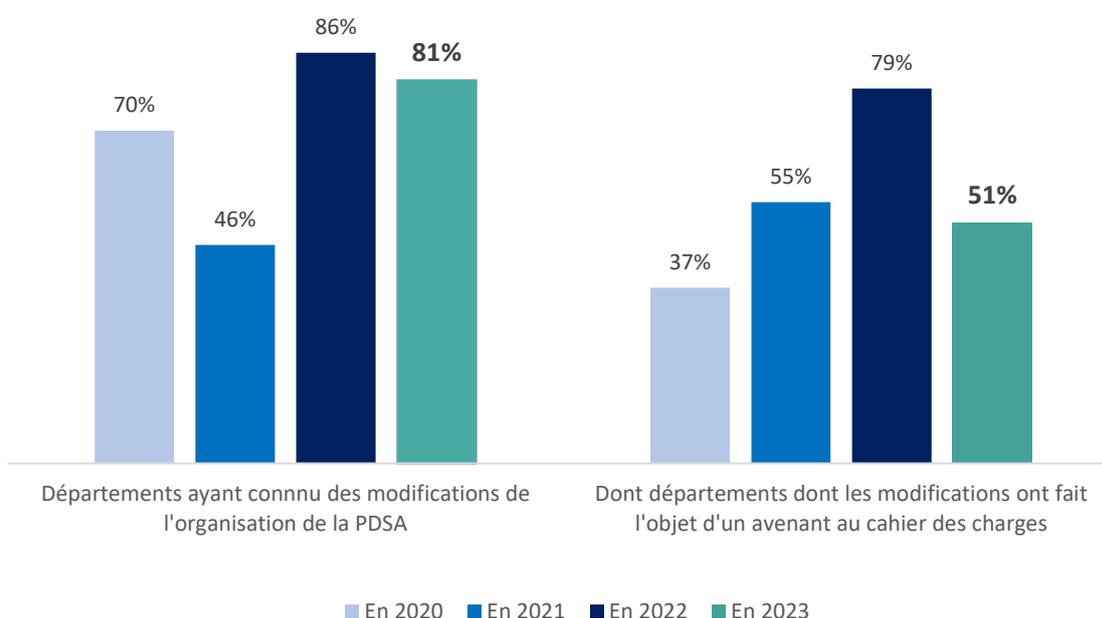
Lecture : 29 CDOM ont indiqué que leur département avait connu une modification des forfaits d'astreinte de régulation au cours de l'année 2023

Les CDOM ont également évoqué les changements ci-dessous concernant l'évolution des effectifs des médecins participants à la PDSA :

- La baisse du nombre de médecins effecteurs de la PDSA (32) ;
- La hausse du nombre de médecins régulateurs (26) ;
- La hausse du nombre de médecins effecteurs (12) ;
- La hausse du nombre de médecins retraités ayant participé à la régulation (11) ;
- La baisse du nombre de médecins régulateurs (6).

Parmi les départements ayant signalé des changements dans l'organisation de la PDSA en 2023, 51% d'entre eux ont déclaré que ces modifications ont été officialisées par le biais d'un avenant au cahier des charges régional, contre 79% en 2022.

**Graphique 2 – Evolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2020 et 2023**



Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

En 2023, 17% des CDOM ont rapporté que l'organisation de la PDSA, telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges et ses avenants, n'était pas effectivement mise en œuvre dans leur département. Cela se traduit principalement par des couvertures incomplètes de certains secteurs ou créneaux horaires prévus dans l'organisation du cahier des charge, en raison du manque de médecins effecteurs volontaires.

Parmi les CDOM ayant observé des changements dans l'organisation de la PDSA dans leur département, 71% ont affirmé avoir été consultés par l'ARS concernant ces modifications, comme cela était également le cas en 2022. Ces départements ont été consultés notamment en ce qui concerne la révision du cahier des charges régional, les extensions ou réductions de certaines plages horaires de PDSA, les ajustements des secteurs de garde, ainsi que les revalorisations des forfaits d'astreinte d'effection ou de régulation.

## 1.2. Révisions des cahiers des charges régionaux de la PDSA

---

En 2023, 2 régions ont publié un nouveau cahier des charges régional de la PDSA : l'Ile-de-France et la Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

- En **Ile-de-France**, un nouveau cahier des charges a été publié en 2023 afin d'intégrer notamment les évolutions suivantes :
  - A Paris :
    - Ouverture de sites dédiés à la PDSA ;
    - Déménagement d'une MMG ;
    - Renforcement du front de garde de régulation.
  - En Seine-et-Marne :
    - Ouverture de sites dédiés à la PDSA ;
    - Doublement d'une ligne de garde d'effectif.
  - Dans l'Essonne :
    - Ouverture d'un site dédié à la PDSA ;
    - Renforcement du front de garde de régulation ;
    - Extension des plages horaires de certains sites dédiés à la PDSA.
  - Dans les Hauts-de-Seine :
    - Ouverture de sites dédiés.
  - En Seine-Saint-Denis :
    - Ouverture de sites dédiés à la PDSA ;
    - Doublement d'une ligne de garde d'effectif ;
    - Renforcement du front de garde de régulation.
  - Dans le Val-de-Marne :
    - Déménagement d'un site dédié à la PDSA.
  - Dans le Val-d'Oise :
    - Ouverture de sites dédiés ;
    - Doublement d'une ligne de garde d'effectif ;
    - Extension des plages horaires d'une MMG.
- En **Provence-Alpes-Côte-d'Azur**, le cahier des charges a été révisé en 2023, afin d'inclure notamment les changements suivants :
  - Dans les Alpes-de-Haute-Provence :
    - Resectorisations.
  - Dans les Hautes-Alpes :
    - Resectorisations.
  - Dans les Alpes-Maritimes :
    - Resectorisations ;
    - Ouverture d'une MMG.

- Dans les Bouches-du-Rhône :
  - Resectorisations ;
  - Modifications des plages horaires de PDSA sur certains secteurs ;
  - Renforcement du front de garde de régulation.
  
- Dans le Var
  - Renforcement du front de garde de régulation ;
  - Renforcement du front de garde d'effectif ;
  - Ouverture de sites dédiés à la PDSA ;
  - Modification des plages horaires de PDSA dans certains secteurs.
  
- Dans le Vaucluse :
  - Resectorisations.

Dans 11 autres régions, le cahier des charges n'a pas subi de refonte en 2023 mais des modifications de l'organisation de la PDSA ont été apportées au cours de l'année : en Occitanie, dans les Hauts-de-France, en Corse, en Bretagne, à la Réunion, en Bourgogne-Franche-Comté, dans le Grand-Est, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Nouvelle-Aquitaine, en Martinique et dans le Pays de la Loire :

- En **Occitanie**, un nouveau cahier des charges a été publié en janvier 2024 et intègre notamment les modifications de l'organisation de la PDSA survenues au cours de l'année 2023 :
  - En Haute-Garonne :
    - Ouverture de la MMG de Purpan, adossée au service des urgences du CHU de Toulouse qui comptabilise plus de 50000 passages par an ;
    - Fermeture de la MMG de La Grave ;
    - Transformation de la MMG de La Faourette en point fixe de consultation ;
    - Ouverture de la MMG de Gragnague.
  
  - En Hérault :
    - Ouverture des MMG de Lunel et Mauguio.
  
- Dans les **Hauts-de-France**, la publication d'un avenant au cahier des charges est prévue en 2024 pour entériner les modifications de l'organisation de la PDSA survenues au cours de l'année 2023, comme l'annulation de la fusion de certains secteurs, ainsi que les ouvertures et fermetures de sites dédiés à la PDSA :
  - Dans le Nord :
    - Ouverture de la MMG de Denain.
  
  - Dans l'Oise :
    - Ouverture de la MMG de Crèvecœur Le Grand ;
    - Fermeture de la MMG de Grandvilliers.

- En **Corse**, un avenant a été publié en 2023 pour officialiser la revalorisation du tarif horaire de régulation, porté à 100€ par heure afin de correspondre aux tarifs appliqués pendant les horaires du service d'Accès aux Soins (SAS).
- En **Auvergne-Rhône-Alpes**, des modifications de l'organisation de la PDSA ont été apportées en fonction des besoins constatés :
  - Des modifications de plages horaires dans la Drôme, la Loire, la Haute-Loire, la Haute-Savoie et la Savoie ;
  - Des resectorisations ont eu lieu dans le Cantal et la Savoie.
- En **Bretagne**, un nouveau cahier des charges régional de la PDSA a été publié en janvier 2024 et intègre notamment les modifications de l'organisation apportées au cours de l'année 2023 :
  - Dans le Finistère, les horaires d'ouverture de la MMG de Morlaix ont été étendus en semaine.
- A **La Réunion**, un nouveau cahier des charges avait été publié fin décembre 2022 pour une mise en application en janvier 2023. Les principales modifications apportées sont les suivantes :
  - Les plages horaires des gardes d'effectif ont été avancées à 19h les soirées de semaine et à 12h les samedis après-midi au lieu de 14h précédemment ;
  - Les forfaits d'astreinte d'effectif et de régulation ont été revalorisés ;
  - Des resectorisations ont été mises en œuvre, impliquant la division de certains secteurs précédemment plus étendus ;
  - L'effectif mobile a été étendue à la semaine ;
  - Le doublement du front de garde dans les structures à forte activité en cas de forte affluence a été autorisé ;
  - Des maisons médicales de garde ont été adossées à l'ensemble des services d'accueil des urgences de La Réunion ;
  - Des médecins remplaçants possédant les compétences requises ont été autorisés à participer à la régulation de la PDSA.
- En **Bourgogne-Franche-Comté**, bien que le cahier des charges de la PDSA n'ait pas été révisé, des ajustements ont été apportés à l'organisation de la PDSA dans certains départements. La plupart de ces ajustements ont été officialisés par des arrêtés publiés au cours de l'année 2023 :
  - Des resectorisations ont été mises en œuvre en Saône-et-Loire, en Haute-Saône et dans la Nièvre ;
  - Des modifications des plages horaires ont été instaurées en Côte-d'Or et dans le Territoire de Belfort ;
  - Une revalorisation des forfaits de régulation a été appliquée en Côte-d'Or et dans le Doubs.

- Dans le **Grand-Est**, des modifications de l'organisation de la PDSA ont été apportées en 2023, et ces changements seront intégrés dans la prochaine version du cahier des charges :
  - Des modifications de plages horaires de PDSA ont été effectuées dans les Ardennes ;
  - Des resectorisations ont été mises en œuvre dans le Haut-Rhin et les Ardennes ;
  - Des MMG ont été ouvertes à Châlons-en-Champagne et Reims dans la Marne.
- En **Nouvelle-Aquitaine**, le cahier des charges régional n'a pas subi une révision complète, cependant, un arrêté modificatif de la dernière version en vigueur a été publié, intégrant les évolutions suivantes :
  - La revalorisation des forfaits de régulation libérale pour l'ensemble des départements de la région ;
  - La révision de la sectorisation dans les Deux-Sèvres et en Charente.
- En **Martinique**, un arrêté modificatif de la dernière version du cahier des charges a été publié en 2023 pour intégrer les changements suivants :
  - Une revalorisation des forfaits de régulation libérale ;
  - Des adaptations des horaires de régulation libérale de la PDSA.
- Dans le **Pays de la Loire**, des modifications de sectorisations ont été effectuées en fin d'année, et seront intégrées dans la prochaine version du cahier des charges régional de la PDSA qui devrait être publié au courant de l'année 2024.

L'organisation de la PDSA n'a pas subi de modification au cours de l'année 2023 en Normandie, en Guadeloupe, et en Guyane, mais certains points méritent d'être soulignés :

- En **Normandie**, une reprise de travaux de refonte du cahier des charges régional de la PDSA est projetée au cours de l'année 2024 ;
- En **Guadeloupe**, l'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSAG) a été chargé de mener une évaluation quantitative de l'état des lieux de la PDSA, dont les résultats sont attendus pour le premier semestre 2024. Il est prévu que cette évaluation quantitative soit complétée par une évaluation qualitative afin d'établir les bases nécessaires à la rédaction du prochain cahier des charges régional de la PDSA.

La région Mayotte, quant à elle, ne dispose pas d'un cahier des charges régional de la PDSA.

## **2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2023**

---

### **2.1. La régulation médicale**

---

La régulation médicale joue un rôle crucial dans le parcours de soins des patients. C'est une activité indispensable pour assurer le bon fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires, car elle représente le premier contact du patient avec le dispositif. En effet, le Code de la santé publique stipule que « *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, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (15) »<sup>5</sup>.*

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

En 2023, l'organisation de la régulation de la permanence des soins ambulatoires repose principalement sur une organisation départementale pour la vaste majorité des départements examinés, soit 86% d'entre eux. Dans les cas restants, la régulation est gérée par une organisation interdépartementale (6%) ou une organisation régionale (7%), comme c'est le cas en Bourgogne-Franche-Comté où la régulation d'une partie de la région est gérée par l'ACORELI (Association Comtoise de régulation libérale).

Les modalités d'accès à la PDSA peuvent varier d'un département à l'autre. Elles peuvent être spécifiques à la PDSA ou être les mêmes que celles de la régulation de l'aide médicale urgente (AMU). Dans tous les cas, l'accès à la régulation doit être gratuit sur l'ensemble du territoire, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique<sup>6</sup> : *" 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..."*.

En 2023, les modalités d'accès à la régulation médicale de la PDSA répertoriées varient selon le département :

- De la même manière que les années précédentes, le **15** demeure le principal moyen d'accès à la régulation médicale de la PDSA. Il s'agit du point d'entrée du dispositif de PDSA dans 82 départements, et constitue le numéro d'accès unique pour 52 d'entre eux ;
- L'accès à la régulation médicale durant les horaires de PDSA est assuré par un numéro **départemental ou régional spécifique**, tel que le 3966, dans 21 départements ;
- Les patients peuvent également accéder à la régulation des appels de PDSA en utilisant un **numéro d'association de type SOS Médecins** dans 15 départements ;
- Le **116-117**, qui permet d'aboutir à un dispositif de régulation médicale propre à la PDSA, est quant à lui utilisé dans 15 départements. C'est le cas notamment en Normandie et dans le Pays de la Loire.

Il est possible que les numéros d'accès à la régulation des appels de PDSA se cumulent dans un même département. 71 départements disposent d'un numéro d'accès unique, tandis que 32 départements ont déclaré cumuler 2 à 3 numéros distincts d'accès à la régulation.

---

<sup>5</sup> Article [R6315-3](#) du Code de la Santé Publique - Légifrance

<sup>6</sup> Article [L6314-1](#) du Code de la Santé Publique, Modifié par LOI n°2023-1250 du 26 décembre 2023 - art. 51–Légifrance

Il est également intéressant de noter qu'il existe un numéro d'urgence méconnu de la population, le **114**, dédié aux personnes sourdes, sourdaveugles, malentendantes et aphasiques. Ce numéro gratuit et accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 permet à ces personnes de contacter les secours les plus proches grâce à un dispositif de conversion totale (visio, texte, voix, images) par SMS, internet ou via l'application « Urgence 114 »<sup>7</sup>.

### ***b. Régulation déportée et visiorégulation***

En vertu de la réglementation, les médecins régulateurs peuvent être joints directement depuis leur cabinet ou leur domicile, ce qui est désigné sous le terme de « régulation déportée ». En 2023, 22 départements ont confirmé que cette disposition était mise en œuvre en pratique, soit 5 de plus qu'en 2022. Cette méthode offre la possibilité de favoriser une participation plus étendue des médecins, notamment dans des contextes de contraintes géographiques particulières (zones difficiles d'accès, vastes étendues géographiques, etc.) ou en prévision de pics anticipés d'appels (fermeture de services d'urgence en été, grèves, etc.), il peut donc sembler surprenant que cette pratique ne soit pas plus largement adoptée. Parmi les départements n'ayant pas mis en place la régulation déportée, 25% 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.

Les CDOM ont également été interrogés sur l'utilisation de la visiorégulation dans leur département, un dispositif permettant au médecin régulateur d'opter pour un échange vidéo avec le patient s'il le juge nécessaire, favorisant ainsi une optimisation de l'évaluation de son état. Ce dispositif n'a été mis en œuvre que dans 15 départements, tout comme en 2022, malgré son utilité avérée. En effet, une étude menée au Samu de Loire-Atlantique, portant sur 112 dossiers de régulation a révélé que le recours à la visiorégulation a conduit le médecin régulateur à ajuster sa décision dans 43% des cas, améliorant ainsi l'efficacité du diagnostic sans pour autant rallonger la durée de l'appel.

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

Les CDOM ont été interrogés au sujet de l'instauration d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA, que ce soit le 116-117, ou un numéro départemental ou régional, et 39% d'entre eux se sont déclarés favorables à une telle mesure, soit 5% de moins qu'en 2022. Pour les CDOM favorables à cette mesure, l'instauration d'un numéro spécifique à la PDSA pourrait contribuer à désengorger l'accès au 15 en distinguant dès le départ les véritables urgences vitales des appels relevant de la médecine générale. Cette mesure aurait également pour effet de soulager les assistants de régulation médicale (ARM) qui font face à une augmentation des appels à gérer, ce qui conduirait à une diminution des délais d'attente pour les patients. Ces CDOM 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 expérimentent actuellement le 116-117 sont majoritairement en faveur de la généralisation d'un numéro spécifique pour la régulation des appels de la PDSA, en raison des motifs précédemment évoqués. C'est notamment le cas du

---

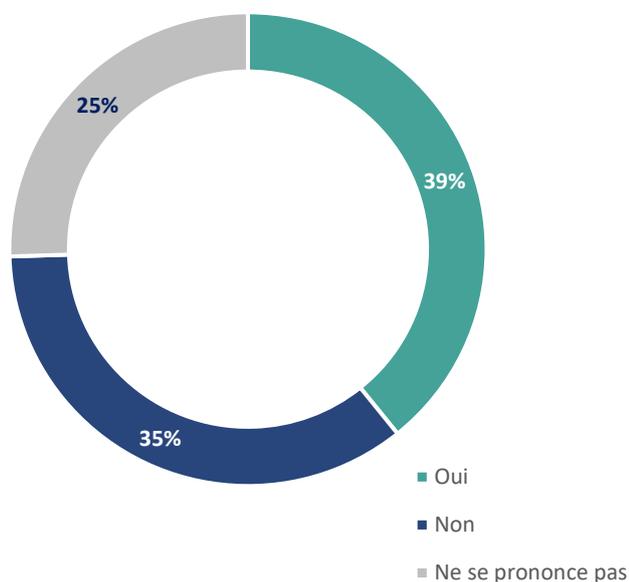
<sup>7</sup> <https://www.info.urgence114.fr/documentations-et-ressources/>

CDOM de la Seine-Maritime qui souligne que le 116-117 est un numéro facile à retenir pour la population et qu'il est « *victime de son succès* » dans le département.

Les CDOM défavorables à la mise en place d'un numéro spécifique d'accès à la régulation médicale de la PDSA représentent actuellement une part de 35%, soit une hausse de 4% par rapport à 2022. Ces CDOM estiment que le 15 est suffisamment efficace et facile à mémoriser pour une population largement habituée à utiliser ce numéro. Ils expriment également des inquiétudes quant au risque de confusion potentiel chez les patients, en particulier les personnes âgées ou les enfants, qui pourrait résulter de la multiplication des numéros et de ce fait compliquer l'accès aux soins. De plus, certains départements soulignent le risque d'erreurs d'orientation si l'évaluation du niveau d'urgence de l'appel est laissée à l'appréciation du patient, comme le mentionne le CDOM du Lot-et-Garonne : « *Nous avons une plateforme commune entre le 15 et le 18, cela permet d'éviter les erreurs d'orientation qui pourraient survenir si le patient est à l'origine du choix.* ». Par ailleurs, l'efficacité et la pertinence du 116-117 ont été remis en question dans certains départements, conduisant à la fin de l'expérimentation de ce numéro dédié. C'est le cas notamment en Corse où cette décision a été prise en raison de divers problèmes constatés, tels que la confusion parmi la population, en particulier chez les personnes âgées, le manque de visibilité auprès des touristes de passage et l'absence de gain de temps.

Un quart des CDOM interrogés n'ont pas exprimé d'avis sur cette question.

**Graphique 3** – Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA en 2023



Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

#### d. La part des actes non-régulés

Les actes médicaux réalisés durant les horaires de la PDSA font majoritairement l'objet d'une régulation médicale, mais sur le terrain, l'absence de cette régulation reste une réalité pour diverses raisons.

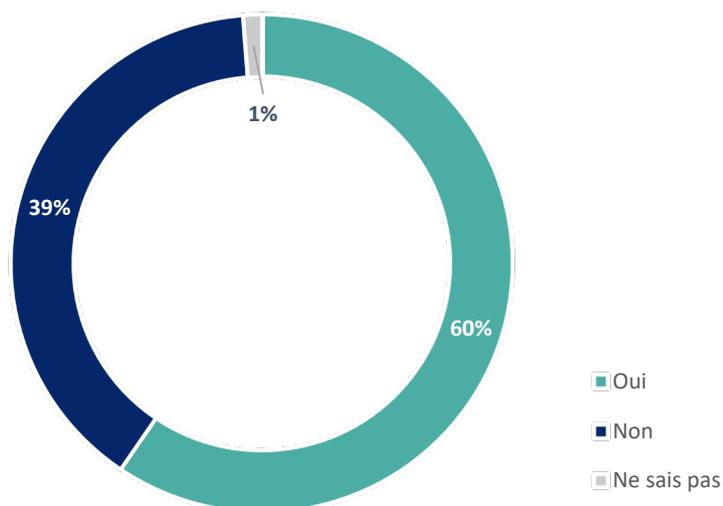
Certains médecins réalisent des actes médicaux pendant les horaires de PDSA sans être désignés comme des effecteurs de la PDSA sur le tableau de garde. On observe par exemple que de nombreux médecins acceptent de voir leurs patients qui les sollicitent directement en horaires de PDSA, en dehors de l'organisation établie dans le cahier des charges régional, donc sans régulation médicale.

Par ailleurs, il peut arriver que l'organisation prévue dans le cahier des charges de la PDSA permette la réalisation d'actes sans régulation médicale, en particulier dans les régions où les patients peuvent se rendre de manière autonome dans les MMG ou d'autres sites dédiés à la PDSA. En 2023, parmi les départements où il existe des sites dédiés identifiés comme assurant la PDSA, 60% des CDOM ont déclaré que ces sites étaient accessibles aux patients sans régulation préalable, tout comme en 2022.

En effet, la circulaire définissant l'organisation des MMG modère le principe légal imposant la régulation médicale comme préalable à tout acte d'effection pendant les horaires de la PDSA, et précise que *"l'accès à la MMG doit de préférence être 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"*. Il est donc possible que des actes soient enregistrés comme étant régulés alors qu'ils ne le sont pas dans les faits, en particulier dans les territoires où les patients peuvent accéder à des sites dédiés identifiés comme assurant la PDSA sans régulation préalable.

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

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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

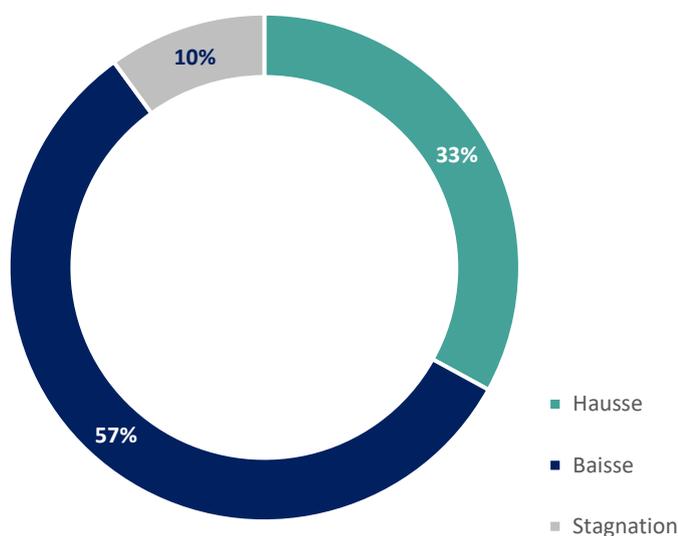
Les données fournies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) indique que 34% des actes réalisés en horaires de PDSA étaient non-régulés en 2022<sup>8</sup> au niveau national, soit 5% de plus qu'en 2021.

Au niveau départemental, cette part a baissé dans 57% des départements. La baisse a été supérieure ou égale à 10% dans 15 départements : les Yvelines, la Haute-Saône, l'Eure, le Pas-de-Calais, la Corrèze, la Creuse, les Landes, le Lot-et-Garonne, l'Aveyron, l'Allier, le Cantal, la Corse-du-Sud, la Martinique, la Guyane et l'Aude, où la baisse a atteint 19%.

La part des actes cotés non-régulés a augmenté dans 33 départements, parmi lesquels 12 départements qui ont connu une hausse de plus de 5% de cette part : le Loir-et-Cher, Paris, l'Oise, la Vienne, le Lot, l'Ardèche, la Loire, le Rhône, la Savoie, la Guadeloupe, la Réunion et le Val-de-Marne où cette hausse a atteint 32%.

Par ailleurs, la part des actes cotés non-régulés a stagné dans 10 départements.

**Graphique 5** - Proportions départementales en termes d'évolution de la part des actes cotés non-régulés entre 2021 et 2022

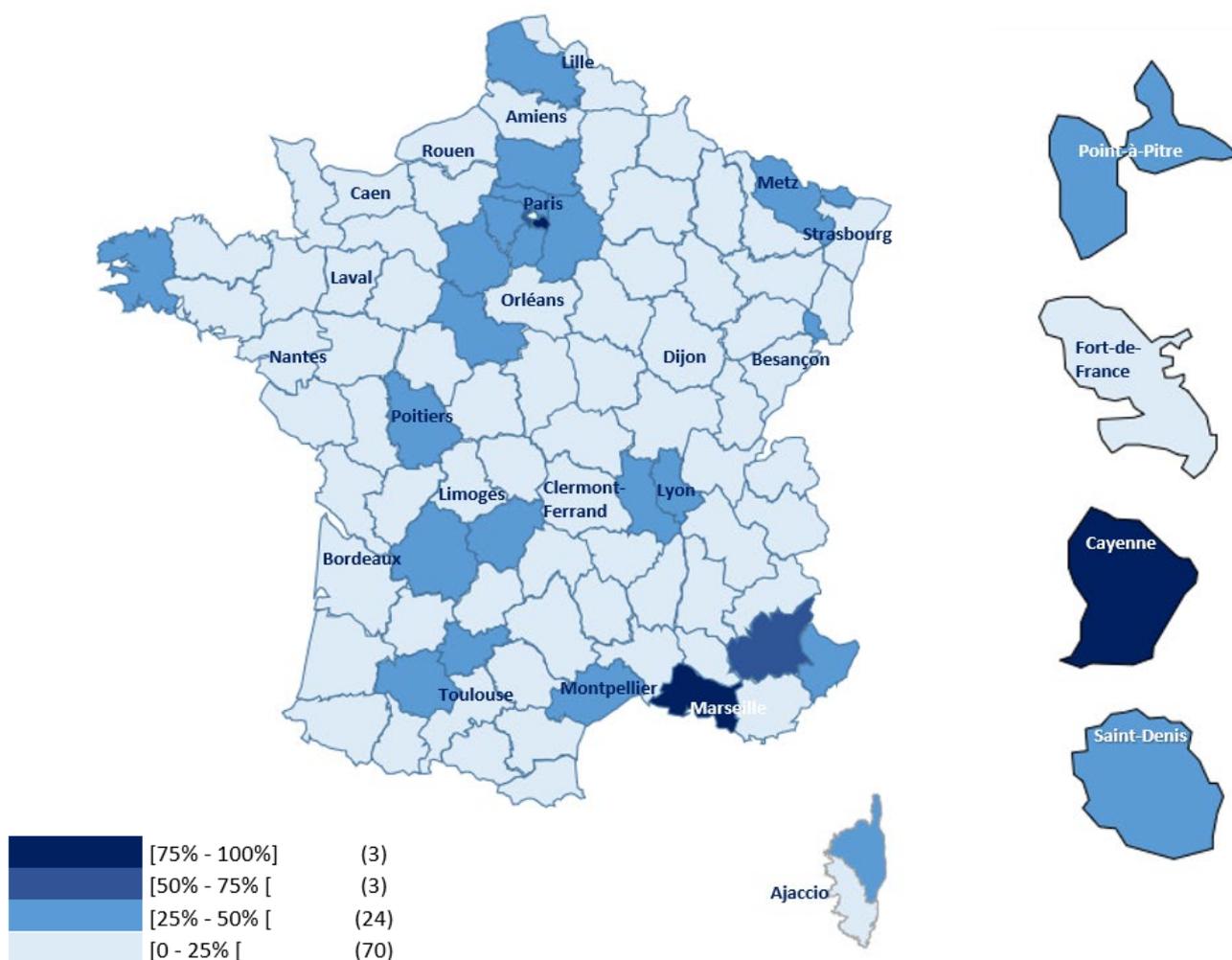


*Lecture : En 2022, 57% des départements ont connu une baisse de la part des actes cotés non-régulés sur l'ensemble des actes réalisés en horaires de PDSA.*

*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 2022, liquidation à fin mai 2023 - Traitement CNOM.*

<sup>8</sup> Les données de la CNAM ont une année de décalage, se reporter à la méthodologie pour davantage de précisions.

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

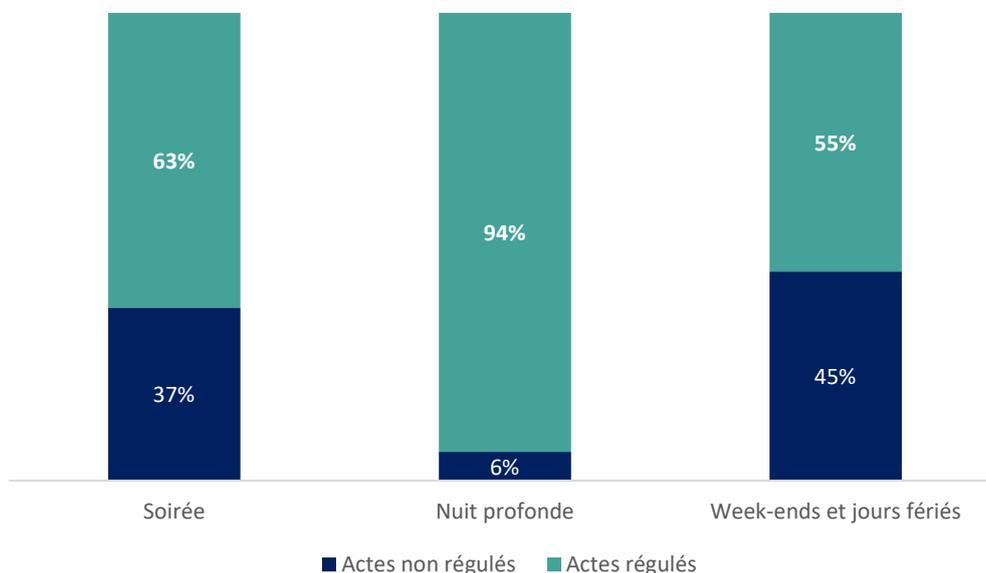


Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non-régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2022, liquidation à fin mai 2023 - Traitement CNOM.

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

Il est à noter que la proportion d'actes cotés non-régulés varie considérablement en fonction de la période de permanence des soins ambulatoires (PDSA) : elle atteint son maximum durant les week-ends et jours fériés (45%) ainsi qu'en soirées (37%), tandis qu'elle demeure relativement faible en nuit profonde (6%). Pour les créneaux de nuit profonde, les proportions observées sont identiques à celles de l'année précédente. En revanche, la part des actes cotés non-régulés a augmenté de 4% en soirées et de 5% pour les week-ends et jours fériés par rapport à l'année précédente.

**Graphique 6** - Proportions départementales en termes d'évolution de la part des actes cotés non-régulés entre 2021 et 2022



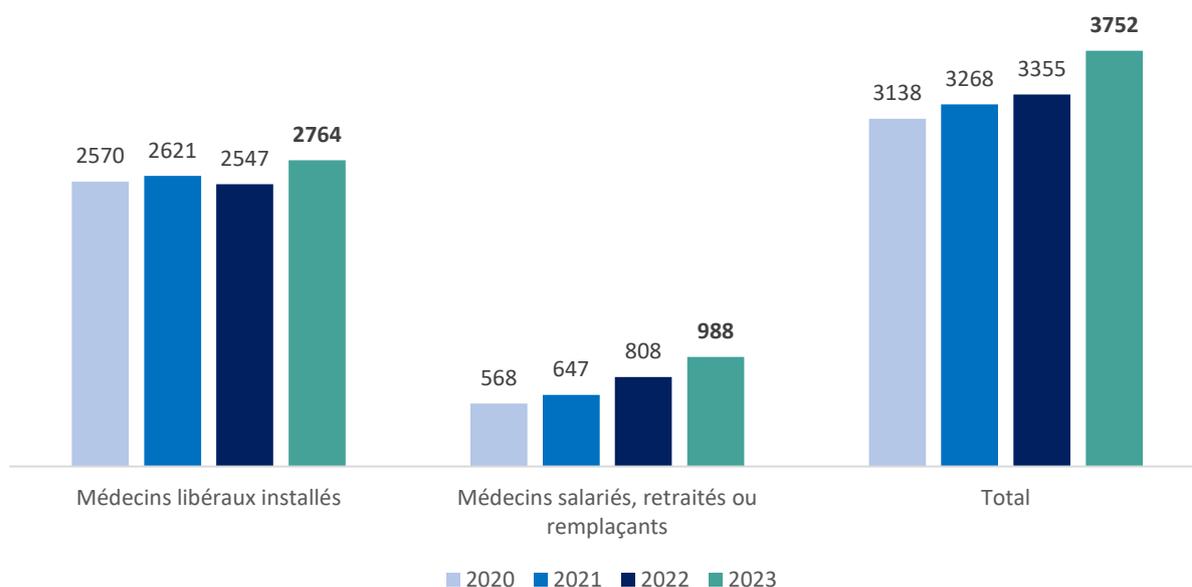
Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

#### e. **La participation des médecins libéraux à la régulation médicale**

L'enquête menée auprès des CDOM révèle qu'en 2023, des médecins libéraux ont participé à la régulation médicale de la PDSA dans la majeure partie du territoire, à l'exception de 5 départements : dans la Nièvre, dans les Ardennes, à Mayotte, en Guyane, et en Nouvelle-Calédonie.

Selon cette même enquête, 2764 médecins libéraux installés en activité régulière ont participé à la régulation médicale des appels en horaires de PDSA en 2023, soit une hausse de 8,5% par rapport à 2022. Parmi l'ensemble des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une activité régulière, soit 46048 en 2023, 6% ont participé à la régulation médicale de la PDSA, contre 5,4% en 2022. A ce chiffre s'ajoutent 988 médecins retraités, salariés ou remplaçants qui ont participé à la régulation des appels de PDSA, soit une hausse de 22,3% par rapport à 2022. Au total, nous recensons donc 3752 médecins généralistes qui ont assuré le rôle de médecin régulateur en 2023, contre 3355 en 2022, ce qui représente une augmentation 11,9% par rapport à l'année précédente.

**Graphique 7** - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA entre 2020 et 2023



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2020, 2021, 2022 et 2023

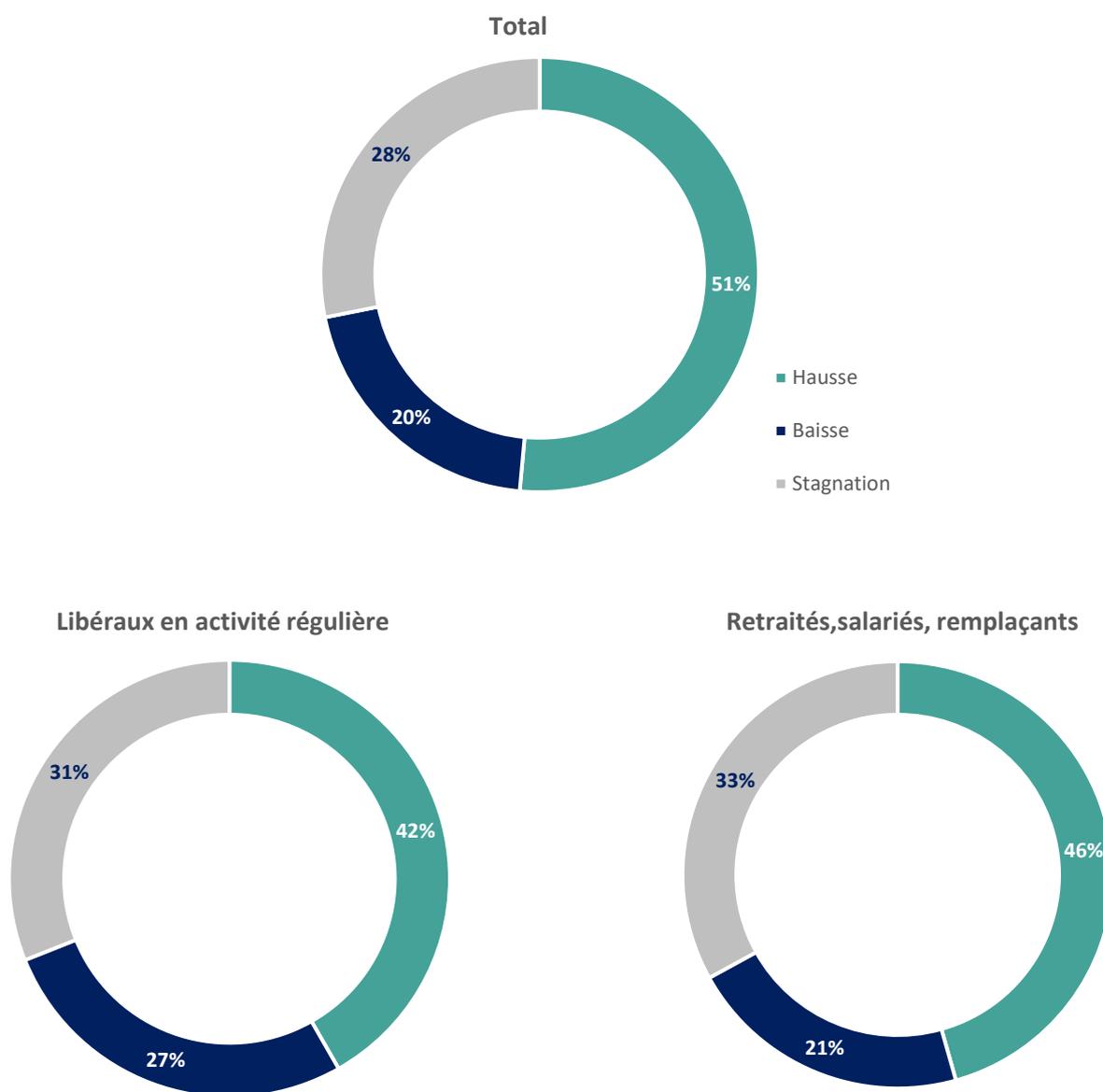
L'évolution du nombre de médecins régulateurs se poursuit donc, avec une augmentation plus marquée en 2023 par rapport aux années précédentes.

A l'échelle départementale, nous observons :

- Une hausse du nombre total de médecins régulateurs (libéraux installés, salariés, retraités et remplaçants) pour 51% des départements, avec une hausse de 4 médecins régulateurs en moyenne ;
- Une baisse du nombre total de médecins régulateurs libéraux pour 20% des départements, avec une baisse de 3 médecins régulateurs en moyenne ;
- Une stagnation du nombre de médecins régulateurs entre 2022 et 2023 pour 28% des départements.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Le total est différent de 100% en raison des arrondis.

**Graphique 8** - Évolutions départementales du nombre de médecins participant à la régulation médicale entre 2022 et 2023 – 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 51% des départements entre 2022 et 2023

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2022 et 2023

D'après les données provenant d'Ordigard, les médecins impliqués dans la régulation de la PDSA ont réalisé en moyenne 91 gardes<sup>10</sup> au cours de l'année.

<sup>10</sup> Une garde correspond habituellement à un créneau de 4h à 12h, mais peut également correspondre à des durées plus courtes selon le découpage des créneaux établi dans Ordigard.

## f. Front de garde de la régulation libérale

En raison du manque de données nationales permettant de suivre l'évolution réelle du front de garde de la régulation médicale pendant les horaires de la PDSA (c'est-à-dire le nombre de médecins affectés à la régulation par tranche horaire), nous avons effectué un recensement à partir des annexes départementales des cahiers des charges de la PDSA les plus récentes (voir en annexe du présent rapport pour les détails au niveau départemental). Cependant, ces données présentent certaines limites : les cahiers des charges ne sont pas tous à jour et peuvent contenir des informations non actualisées ; le nombre de lignes de garde peut varier dans une même tranche horaire ou au fil de l'année en fonction de la saison ou d'événements particuliers, ce qui rend difficile le comptage d'un nombre fixe de régulateurs. En l'absence de données précises, nous avons décidé d'établir des estimations minimales et maximales des lignes de garde prévues sur les créneaux horaires présentés.

**Tableau 1 – Front de régulation libérale (France entière) selon les plages horaires de la PDSA entre 2021 et 2023**

Créneaux horaires	Front de régulation libérale en 2021	Front de régulation libérale en 2022	Front de régulation libérale en 2023
Samedi matin	64 à 65	63 à 64	66
Samedi après-midi et soirée	182,5 à 215,5	181,5 à 220,5	185,5 à 223,5
Dimanche et jours fériés	177,5 à 235,5	180,5 à 242,5	179,5 à 245,5
Soirée de semaine (20h – 24h)*	138 à 160	146 à 168	129 à 169
Nuit profonde (24h – 8h)	79,5 à 94,5	88 à 104	81 à 103

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

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

L'analyse des données extraites des dernières versions des cahiers des charges régionaux de la PDSA révèle une très légère augmentation du nombre de médecins régulateurs prévus pour les créneaux des week-ends et jours fériés.

Malgré la demande de nombreux CDOM d'élargir les horaires de PDSA au samedi matin, l'étude des cahiers des charges a révélé peu d'évolution en 2023 concernant cette plage horaire, avec un nombre de médecins régulateurs inscrits très proche de celui de l'année précédente. En 2023, 40 départements disposent d'au moins une ligne de régulation libérale le samedi matin, soit 2 de moins qu'en 2022. Il convient également de souligner que cette plage horaire peut être prise en charge par le SAS dans les départements où ce service est déployé.

Les plages horaires de PDSA disposant des fronts de gardes les plus conséquents sont les dimanches, jours fériés, ainsi que les samedis après-midi et début de soirée. On observe une

couverture significative des créneaux de soirées de semaine, bien que cette plage ne soit pas couverte dans 4 départements : les Ardennes, la Lozère, Mayotte et la Guyane. Le front de régulation est nettement moins élevé en nuit profonde, et aucune ligne de régulation n'est prévue pour cette plage horaire dans 28 départements, soit 1 de moins qu'en 2022.

**g. Rémunération de la régulation**

La rémunération relative à la participation des médecins à la régulation médicale en horaires de PDSA repose sur des forfaits d'astreinte, dont les montants sont déterminés localement par les Agences Régionales de Santé (ARS) via le Fonds d'Intervention Régional (FIR) dont elles disposent. Toutefois, ces montants ne peuvent être inférieurs à 70€ par heure de régulation, conformément à l'Arrêté du 20 avril 2011<sup>11</sup> relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Il convient de noter que toutes les régions appliquent des tarifs horaires supérieurs à ce montant minimum de 70€ établi au niveau national. En 2023, les rémunérations horaires varient de 90€ à 150€ selon les régions et les plages horaires.

Nous observons depuis deux ans une augmentation des rémunérations horaires de la régulation des appels de PDSA, avec 28% des départements ayant été concernés par une revalorisation des forfaits de régulation en 2023 et 57% en 2022. Cette évolution traduit la volonté des ARS d'harmoniser la rémunération de la régulation en horaires de PDSA avec les rémunérations pratiquées dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS).

---

<sup>11</sup> [Arrêté du 20 avril 2011](#) relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire- Légifrance

**Tableau 2 - Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2023**

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	90 € - 110 €				-
Bretagne	100 €				-
Centre-Val de Loire	100 €	-	100 €	100 €	100 €
	Indemnité de déplacement pour les médecins vivant en dehors de la circonscription du lieu de régulation de 0,62€/km et indemnité de temps de trajet de 80 €/h				
Corse	100 €				
Grand-Est	100 € - 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 €	120 €	100 €	100 €	100 €
Nouvelle-Aquitaine	115 €	130 € <i>(de 00h à 06h)</i>	115 €	115 €	115 €
Occitanie	100 €				-
Pays-de-la-Loire	100 € - 125 €				NC
PACA	100 € - 110 €	130 €	100 € - 110 €	100 € - 110 €	100 € - 110 €
Martinique	110 €	-	135 €	135 € - 150 €	-
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 €				-

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

## ***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 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 2023, la plateforme a géré 129 685 dossiers, un chiffre en baisse de 1,2% 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 :

- 48% de conseils médicaux ;
- 37% de consultations en points fixes (cabinet d'un médecin de garde ou site dédié) ;
- 8% d'envoi d'un transport sanitaire ;
- 2% de visites à domicile.

Près de la moitié des appels (49%) ont eu lieu le week-end (21% le samedi et 28% le dimanche). En jours de semaine, la part des appels se situait entre 9% et 11%. En ce qui concerne la répartition annuelle, c'est en décembre et en mai qu'on comptabilise le plus grand nombre d'appels, la part de dossiers traités durant ces mois s'élevant respectivement à 11% et 9%.

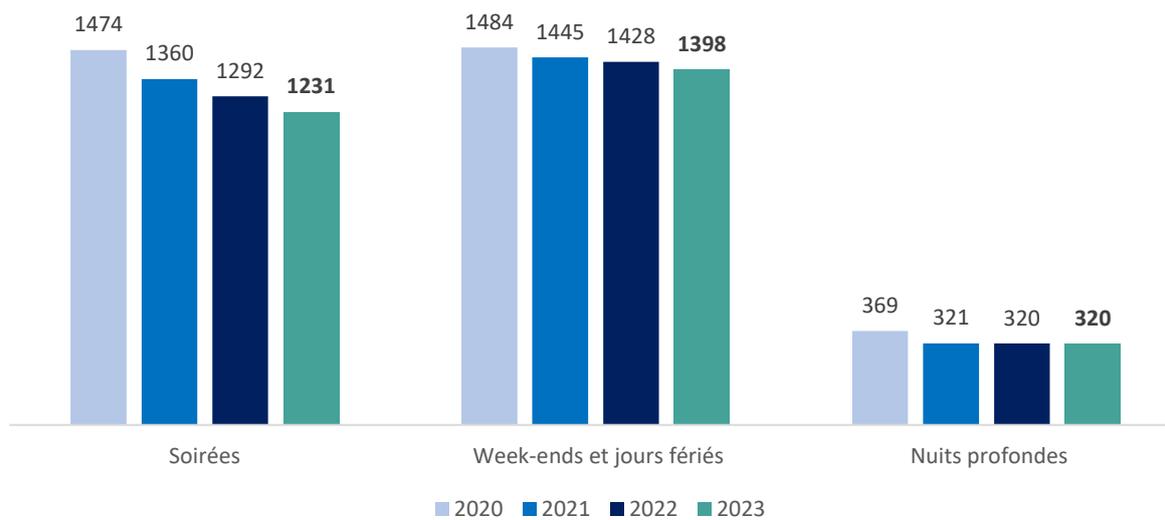
Les dossiers gérés par l'ACORELI en 2023 sont passés par le numéro de régulation dédié à la PDSA, le 3966, dans 42% des cas (+1% par rapport à 2022), ont été renvoyés par le CRRA 15 dans 52% des cas (-1%) et par la plateforme de régulation des sapeurs-pompiers, le 18, dans 6% des cas (identique à 2022).

## 2.2. L'effectif

### a. Evolution des territoires de PDSA<sup>12</sup>

Nous observons depuis plusieurs années une tendance à la diminution du nombre de secteurs de PDSA à travers le territoire, et cette tendance semble se poursuivre en 2023, particulièrement en ce qui concerne les créneaux de début de soirée ainsi que les week-ends et jours fériés. En effet, nous constatons une diminution de 5% du nombre de secteurs en soirées, une diminution de 2% les week-ends et jours fériés, et une stabilité en nuit profonde.

**Graphique 9** - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire entre 2020 et 2023



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

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2020, 2021, 2022 et 2023

Il est possible que cette tendance ralentisse à l'avenir, particulièrement lorsque la réduction du nombre de secteurs au cours des années précédentes a entraîné la formation de secteurs trop vastes, engendrant ainsi des distances importantes à parcourir pour les médecins et les patients. Des divisions de secteurs ont ainsi eu lieu en 2023 pour créer des secteurs moins étendus, notamment à La Réunion et dans les Hauts-de-France.

Généralement, un territoire ou un secteur de PDSA correspond à une ligne de garde conformément au cahier des charges de la PDSA. Cependant, certains secteurs peuvent être couverts par plusieurs médecins lors de périodes de forte affluence ou lorsque la population couverte nécessite plusieurs lignes de garde pour répondre à toutes les demandes de prise en charge, même si certains secteurs peuvent n'être couverts par aucune ligne de garde dans le cas de "zones blanches", comme indiqué dans la partie **2.2.b**.

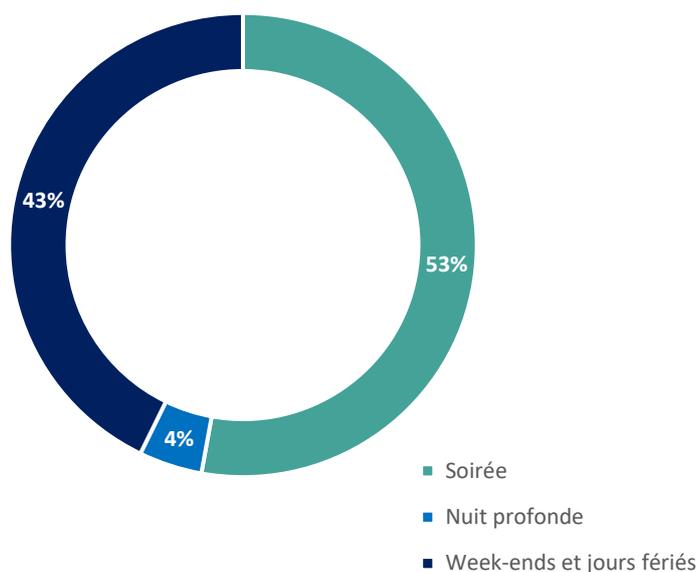
<sup>12</sup> Les données sur le nombre et la couverture de territoires de PDSA sont déclaratives. Il est possible que la réalité diverge de l'organisation définie par le cahier des charges, dans ce cas ce sont les données reflétant la réalité du terrain qui ont été retenues. Pour s'assurer que l'écart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

Nous avons ainsi pu observer une augmentation des renforts de lignes de garde, la part des créneaux de gardes qui comportant au moins 2 effecteurs sur une tranche horaire étant de 9,2% sur l'ensemble des créneaux en 2023, contre 8,6% en 2022.

Un territoire de PDSA doit être défini en fonction des besoins observés, en veillant à ce que les distances à parcourir ne soient pas excessives pour le médecin de garde, ce qui pourrait entraver la prise en charge. Sur le plan de l'organisation, une demande importante en soins non programmés pourrait se traduire par un nombre élevé de territoires ou par une augmentation du nombre de lignes de garde. À l'inverse, une demande très faible, voire inexistante, pourrait entraîner une réduction du nombre de territoires par resectorisation ou la suppression de lignes de garde. La proportion importante de secteurs de garde les week-ends et jours fériés peut s'expliquer par une forte demande durant ces périodes, tandis que la demande est généralement moins importante en nuit profonde, ce qui pourrait expliquer une couverture plus faible durant cette plage horaire, en comparaison des plages horaires de débuts de nuits ou de journées de week-ends et jours fériés.

Les données d'activité de la CNAM confirment que la plupart des actes de PDSA, régulés ou non, étaient effectués pendant les soirées, les week-ends et les jours fériés. En effet, 53% des actes de PDSA étaient réalisés en soirées, 43% durant les week-ends et jours fériés, tandis que seulement 4%<sup>13</sup> étaient effectués en nuit profonde en 2022<sup>14</sup>.

**Graphique 10** - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2022 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 2022, liquidation à fin mai 2023 - Traitement CNOM.

<sup>13</sup> Il faut tenir compte du fait qu'il y a moins de créneaux de gardes en nuit profonde, et que cela peut impacter le nombre d'actes réalisés sur cette plage horaire.

<sup>14</sup> Les données de la CNAM ont une année de décalage, se reporter à la méthodologie pour davantage de précisions.

## b. Couverture des territoires de PDSA et « zones blanches »

En complément du décompte du nombre de territoires de garde, qui ne fournit pas à lui seul une vision complète de l'organisation de la PDSA, il est crucial de déterminer combien de ces territoires bénéficient réellement d'une prise en charge ambulatoire. En 2023, leur part s'élevait à 97% durant les week-ends et jours fériés, à 96% en soirées et à 27% en nuits profondes, des chiffres en hausse par rapport à 2022 (Cf. Tableau 3). Nous observons donc une amélioration de la couverture des territoires par une prise en charge ambulatoire, quelle que soit la plage horaire concernée. Dans les 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. Ces zones sont alors qualifiées de "zones blanches".

Ainsi, c'est en nuits profondes que la proportion des "zones blanches" est la plus élevée. En 2023, aucun territoire n'était couvert pendant cette période dans 39 départements, soit 1 de plus qu'en 2022. Les principales raisons évoquées pour justifier l'arrêt de la couverture de ces territoires pendant les nuits profondes sont la faible activité observée dans ces zones et les difficultés rencontrées pour mobiliser des volontaires sur cette plage horaire.

**Tableau 3 - Organisation de l'effectif en fonction du créneau horaire en 2023**

	Territoires où l'effectif est assuré par des médecins de la PDSA et taux de couverture		Territoires où l'effectif est assuré par les services de l'AMU (« zones blanches »)		Départements où il existe des « zones blanches »	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Week-ends et jours fériés</b>	<b>1349</b>	<b>97%</b>	<b>47</b>	<b>3%</b>	<b>14</b>	<b>14%</b>
<i>En 2022</i>	1353	95%	75	5%	11	11%
<b>Soirées (20h – 24h)</b>	<b>1180</b>	<b>96%</b>	<b>49</b>	<b>4%</b>	<b>14</b>	<b>14%</b>
<i>En 2022</i>	1221	95%	71	5%	17	16%
<b>Nuits profondes</b>	<b>326</b>	<b>27%</b>	<b>903</b>	<b>73%</b>	<b>87</b>	<b>84%</b>
<i>En 2022</i>	313	24%	979	76%	93	90%

Lecture : En 2023, l'effectif était assuré par des médecins de la PDSA pour 97% des territoires les week-ends et jours fériés.

\* Le nombre de territoires en nuits profondes a été ramené au nombre de territoires en soirées, c'est-à-dire sans tenir compte des éventuelles resectorisations. Par exemple, si un département comprend 10 secteurs en soirée et plus que 5 secteurs en nuit profonde (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 2022 et 2023

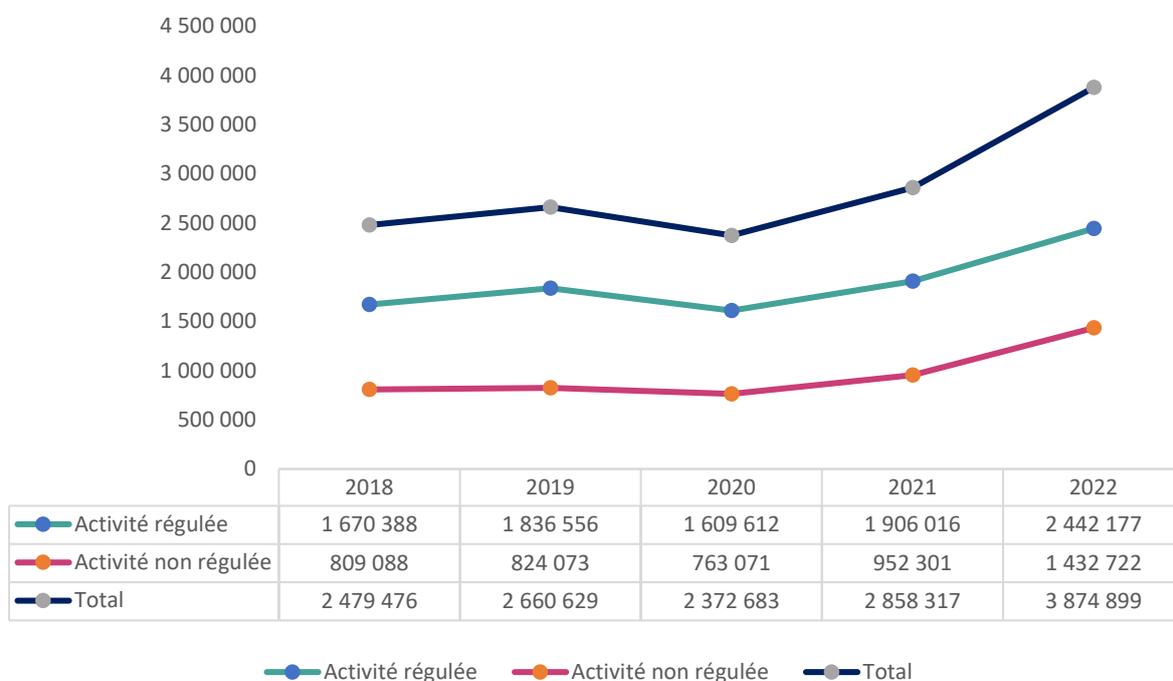
En 2023, la part de « zones blanches » en soirées de semaine s'élève à 4%, soit un point de moins qu'en 2022. Malgré cette relative amélioration de la couverture des territoires durant ce créneau, 73% des CDOM interrogés déclarent craindre à l'avenir un désengagement des médecins volontaires sur un ou plusieurs territoires pour assurer la PDSA en soirées. Ce chiffre s'élevait à 75% en 2022.

Les CDOM, interrogés à ce sujet, mettent en avant deux grandes tendances expliquant ce phénomène : d'une part, un désengagement de fait lié à l'évolution démographique des médecins, en particulier leur vieillissement couplé à des départs en retraite souvent sans succession, ce qui contribue à une pénurie de médecins et à la désertification médicale de certaines régions ; d'autre part, un désengagement "choisi" résultant de multiples facteurs qui peuvent se cumuler :

- La surcharge de travail, pouvant conduire à l'épuisement professionnel voire à un surmenage, est soulignée par de nombreux CDOM qui font également référence à la pénibilité de la PDSA, à la forte activité en journée, et à l'augmentation continue de la patientèle, conséquence du nombre croissant de patients sans médecin traitant attiré. Dans certains secteurs peu pourvus en médecins à cause du déclin de la démographie médicale, ce n'est pas tant la charge de travail durant les gardes qui est mise en cause, mais plutôt la forte récurrence des gardes, comme le souligne le CDOM de la Vienne.
- L'activité réduite en soirée, en particulier le faible nombre d'appels après 22h, qui rend cette plage horaire peu attractive pour les médecins installés ou les remplaçants en raison du faible nombre d'actes réalisés.
- La rémunération, jugée peu attractive par de nombreux médecins, peut également constituer un frein. Cela concerne à la fois la valorisation des actes et les forfaits d'astreinte d'effecton rémunérés au minimum 15€ par heure, jugés trop bas par certains praticiens. Certains CDOM soulignent également le faible différentiel de rémunération entre l'effecton fixe et mobile, ce qui nuit à l'attractivité de l'effecton mobile, comme le souligne le CDOM de Seine-Saint-Denis.
- Les resectorisations induisant des longues distances à parcourir pour les médecins, et l'éloignement des points fixes de consultation de leur lieu d'habitation.
- Les responsabilités familiales durant les horaires de PDSA ainsi que les évolutions sociétales qui accordent d'avantage d'importance à la qualité de vie réduisent l'attrait du dispositif de PDSA pour les jeunes médecins. De nombreux CDOM soulignent également que la féminisation de la profession contribue au désengagement des médecins en début de soirée. Cependant, les statistiques relatives à la participation des femmes à la PDSA ne confirment pas cette affirmation ; au contraire, elles montrent une augmentation continue de leur participation au dispositif (voir paragraphe **2.4.c. Profils des médecins de garde**).
- Certains médecins pointent également du doigt l'attitude de certains patients vus en PDSA, qu'ils décrivent comme consumériste et parfois agressive, ce qui engendre de la fatigue et du stress pour les praticiens. Selon eux, les patients exigent parfois des réponses immédiates en soirée pour des actes qui pourraient attendre le lendemain,

ou des renouvellements d'ordonnance. Cette tendance à l'augmentation du nombre d'actes réalisés en début de soirée, entre 20h et minuit, est confirmée par les données fournies par la CNAM, qui montrent que le nombre d'actes réalisés durant ce créneau a augmenté de 36% entre 2021 et 2022<sup>15</sup>.

**Graphique 11 – Evolution du nombre d'actes effectués en soirée entre 2018 et 2022**

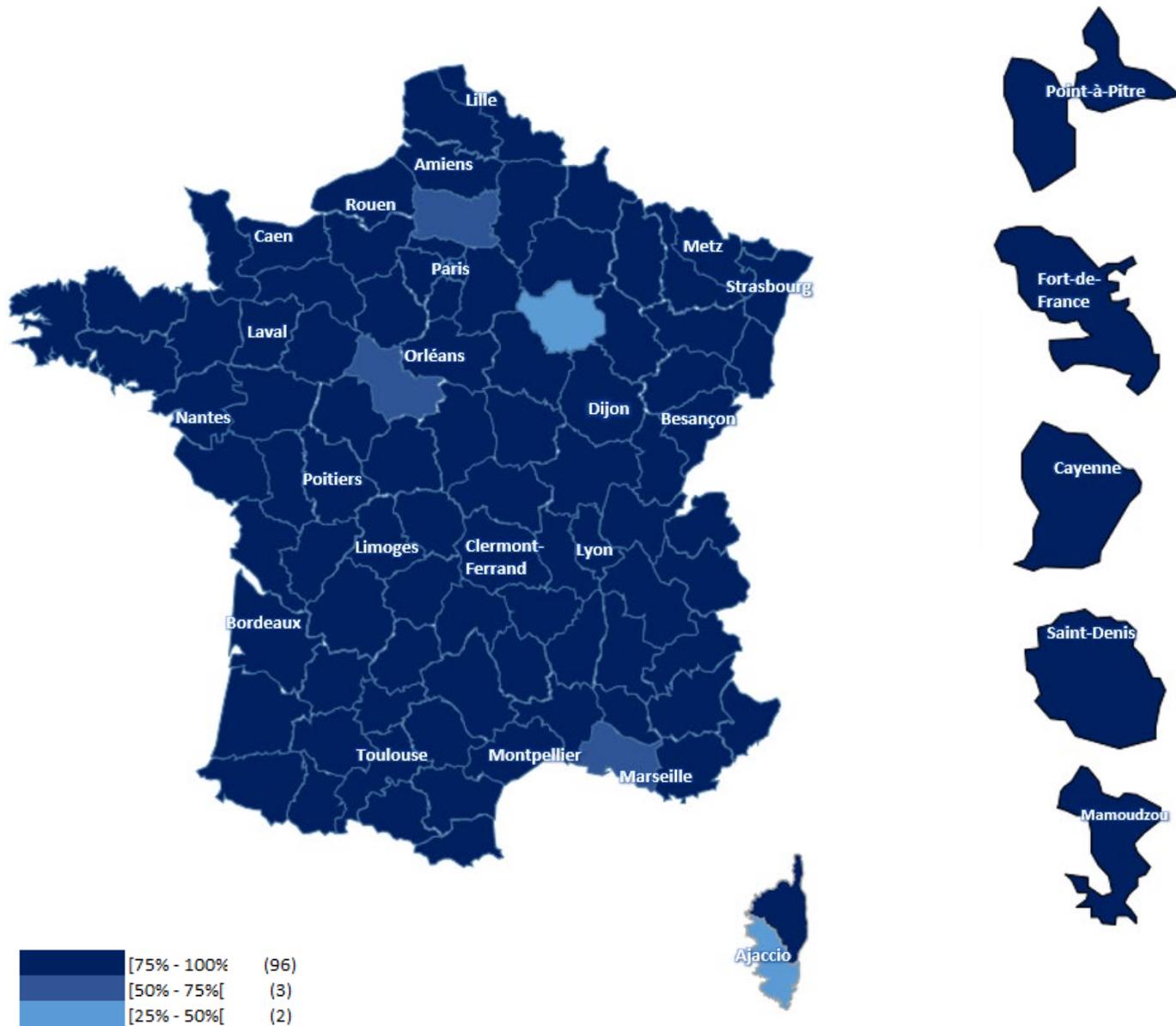


Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non-régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022

En 2022, la téléconsultation représentait 27% de l'activité non régulée.

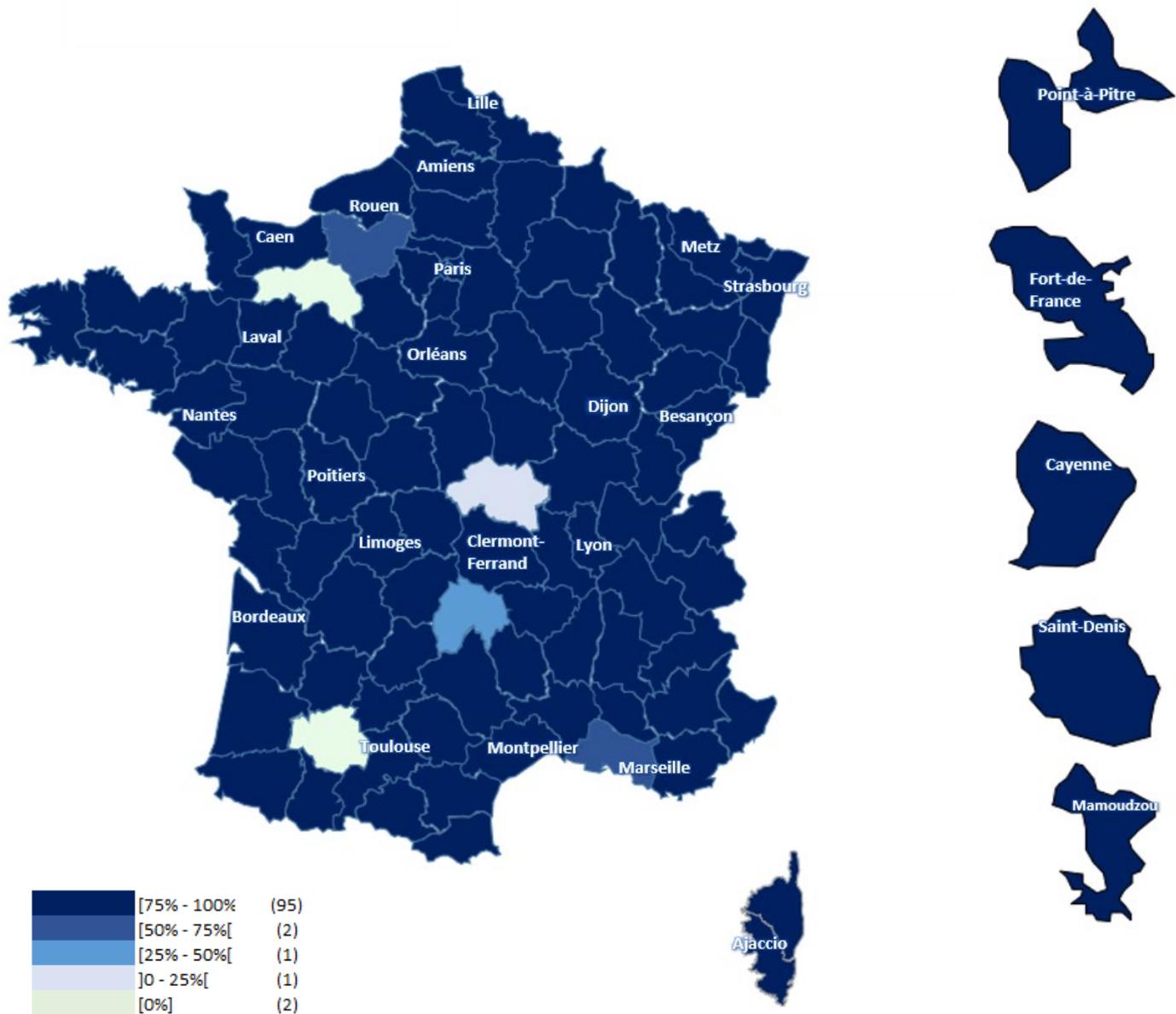
<sup>15</sup> Les données de la CNAM ont une année de décalage, se reporter à la méthodologie pour davantage de précisions.

**Cartographie 2 - Taux de couverture des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés en 2023**



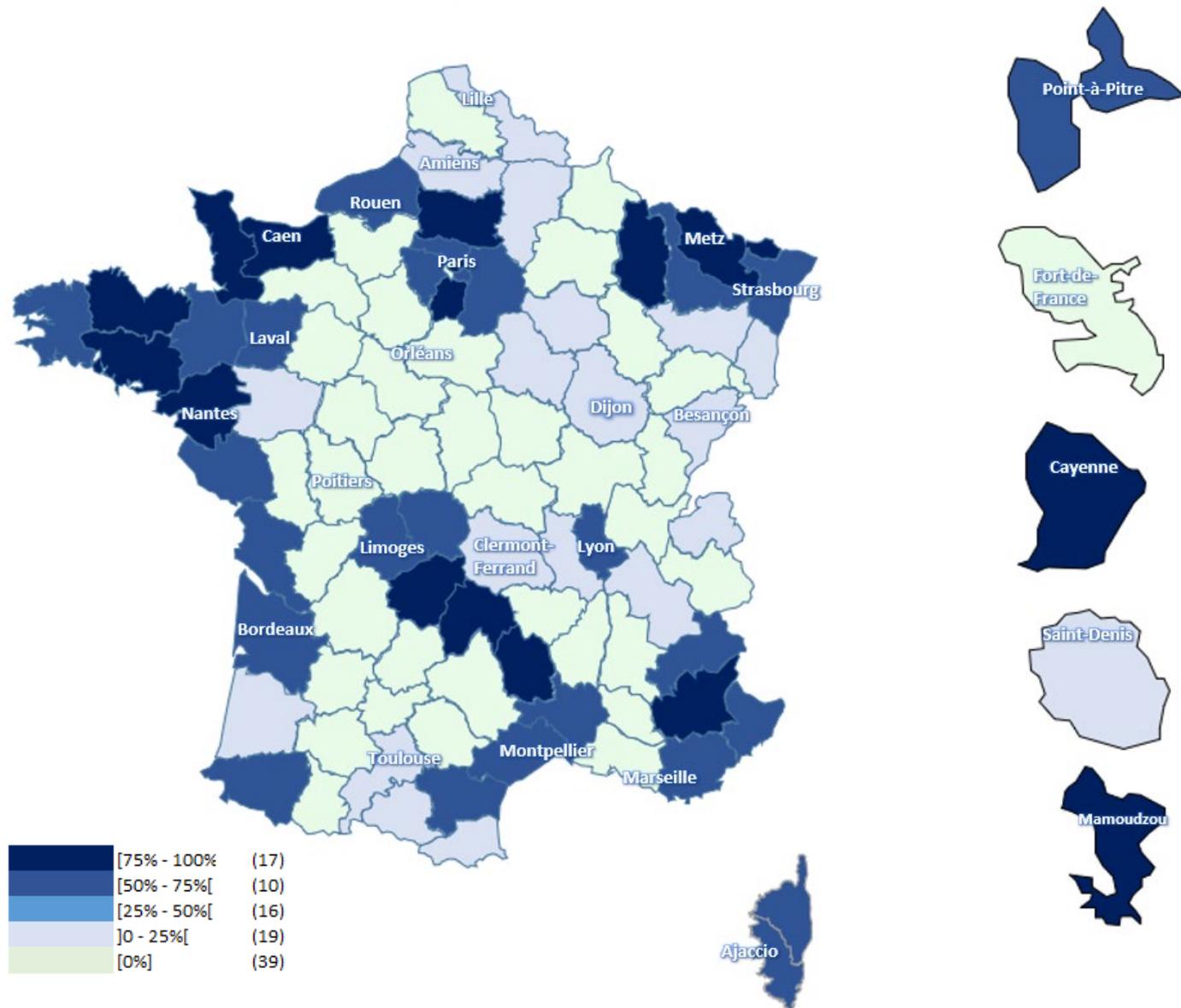
Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

**Cartographie 3** - Taux de couverture des territoires de PDSA en soirée (de 20h à minuit) en 2023



Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

**Cartographie 4 - Taux de couverture des territoires de PDSA en nuit profonde en 2023**



Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

### ***c. Effectation fixe : maintien du développement des sites dédiés***

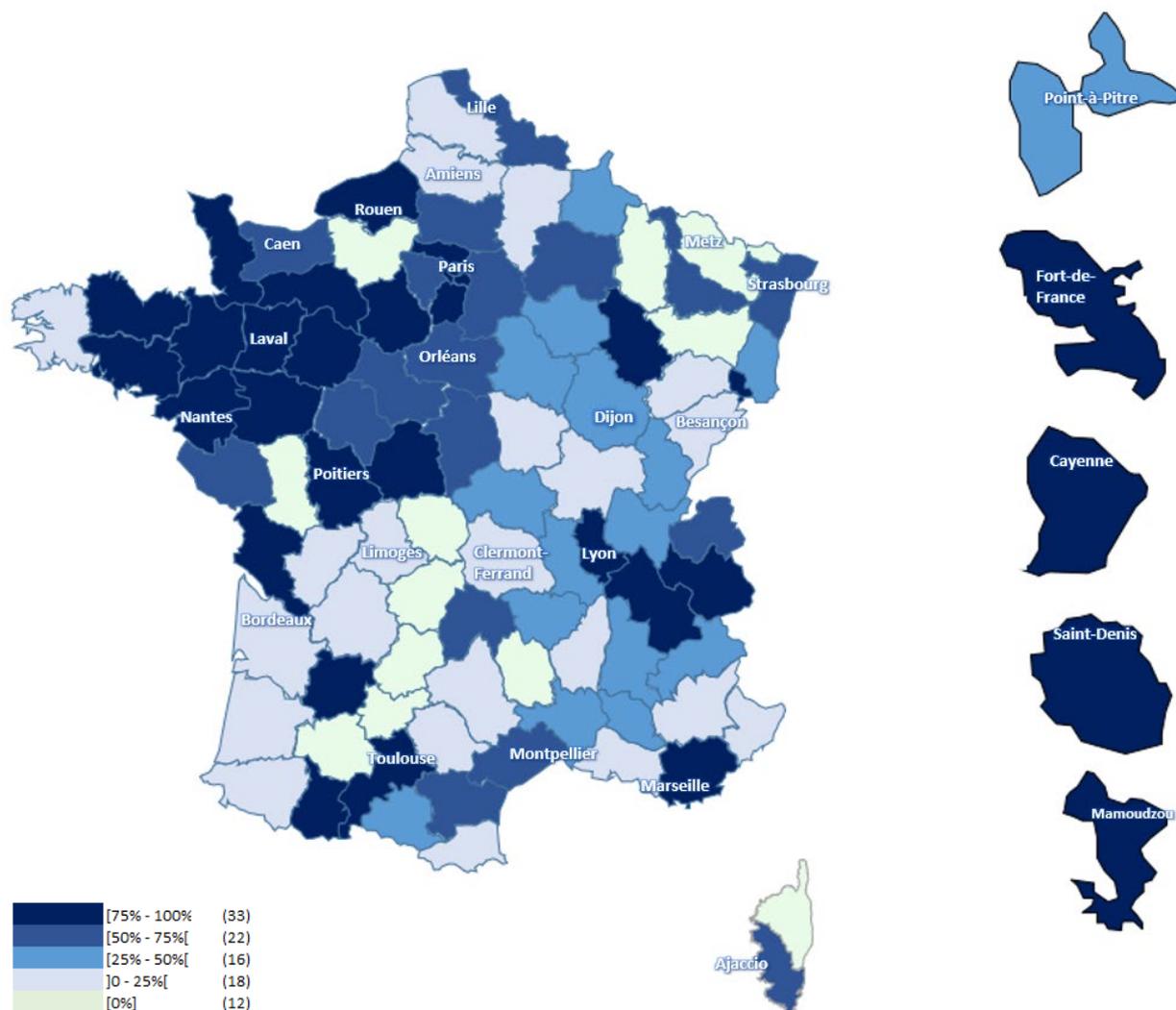
Les lieux d'effectation fixe désignent les lieux identifiés par les cahiers des charges régionaux où les patients peuvent se rendre en horaires de PDSA. Ces lieux peuvent avoir plusieurs dénominations : Maisons médicales de garde (MMG), Centres d'accueil et de permanence des soins (CAPS), centres de consultations gérés par des associations de type SOS Médecins. Ils peuvent être situés dans des locaux spécifiquement dédiés à l'activité de la PDSA, adjacents à des établissements de santé publics ou privés, au sein d'EHPAD, de maisons de santé pluriprofessionnelles, ou dans des centres municipaux de santé. Les heures d'ouverture varient d'une structure à l'autre en fonction des besoins du territoire et de l'organisation de la PDSA en place.

La majeure partie du territoire national était couverte par des sites dédiés en 2023, avec 90 départements dotés de telles structures, soit un de moins qu'en 2022. Il est important de noter que, même dans les départements non-dépourvus de ces installations, les prises en charge traditionnelles au cabinet du médecin étaient toujours effective dans 83% des départements.

D'après l'enquête menée auprès des CDOM, on dénombrait ainsi 541 sites dédiés au 31 décembre 2023, soit 6 de plus qu'en 2022.

La proportion des territoires de PDSA couverts par un site dédié les week-ends et jours fériés a atteint 45% en 2023, soit une hausse de 2% par rapport à 2022. Des nouveaux sites dédiés ont été créés dans 14 départements, notamment dans le Nord, les Bouches-du-Rhône, la Marne ou encore dans les Hauts-de-Seine.

## Cartographie 5 - Taux de secteurs de PDSA couverts par des sites dédiés en 2023



Sources : CNOM, Enquête PDSA 2023

La mise en œuvre du pacte de refondation des urgences a considérablement renforcé le déploiement des sites dédiés, passant de 464 lors de la publication du rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé en décembre 2019, à 541 au 31 décembre 2023. Cela représente une augmentation de plus de 17% du nombre de sites dédiés sur cette période.

L'engagement à développer la prise en charge des patients au sein de ces sites dédiés a été réaffirmé lors de la publication de la Mission flash<sup>16</sup> sur les urgences et les soins non programmés en juin 2022.

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

La mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables est une mesure fréquemment évoquée par les CDOM lorsqu'on les interroge quant aux pistes

<sup>16</sup> [Mission flash sur les urgences et soins non programmés](https://solidarites-sante.gouv.fr/missions-et-missions-flash/mission-flash-sur-les-urgences-et-soins-non-programmes), Solidarites-santé.gouv.fr

d'amélioration de la situation de la PDSA dans leur département. Ce système est encore peu répandu, mais il semble particulièrement nécessaire dans les secteurs où l'effectif mobile n'est pas assurée. En effet, la présence d'un effecteur mobile permet la consultation à domicile des patients qui ne disposent pas de moyen de transport. C'est donc en l'absence d'effectif mobile que la mise en place de transports vers le point fixe semble être la plus pertinente.

Parmi les CDOM interrogés dans le cadre de l'enquête, 79 ont indiqué qu'ils rencontraient des difficultés de fonctionnement de la PDSA dans leur territoire en 2023. Pour 61% d'entre eux, la mise en place d'un dispositif de transport des patients faisait partie des mesures à mettre en place pour améliorer la situation. Le développement de ce dispositif a été encouragé par la Mission flash sur les urgences et soins non programmés en 2022, 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 évolué favorablement l'année de la publication de cette mission, en passant de 4 départements disposant de ce type de transports en 2021, à 12 en 2022. Ce nombre est resté stable en 2023.

Dans 77% des cas, ce dispositif était fonctionnel sur l'ensemble du département. En 2023, le système d'acheminement des patients vers un site dédié à la PDSA, généralement déclenché par la régulation, impliquait la mobilisation d'ambulances, de véhicules sanitaires légers (VSL), ou de taxis financés par le FIR.

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

Avec la croissance de l'effectif fixe et l'expansion des sites dédiés à la PDSA, l'organisation de l'effectif mobile varie selon les territoires. Son objectif est de prendre en charge les visites dites incompressibles, comme le souligne la circulaire DGOS du 23 mars 2007<sup>17</sup>. Cette notion n'est pas définie dans les textes et est traitée de manière inégale dans les cahiers des charges régionaux. En général, les visites dites incompressibles concernent les situations où les patients sont dans l'incapacité de se déplacer et où il n'est pas opportun de recourir à un transport sanitaire ; cela inclut notamment les patients en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou toute situation hors AMU pour laquelle le médecin régulateur estime nécessaire de faire déplacer un médecin de garde.

En 2023, 32 CDOM ont déclaré que l'effectif mobile n'était pas mise en place dans leur département, soit 2 de moins qu'en 2022. Parmi ces départements, on retrouve notamment la Côte-d'Or, l'Ain, la Charente-Maritime, les Deux-Sèvres, ou encore la Moselle. Pour les autres départements, l'effectif mobile est mise en œuvre selon différentes modalités :

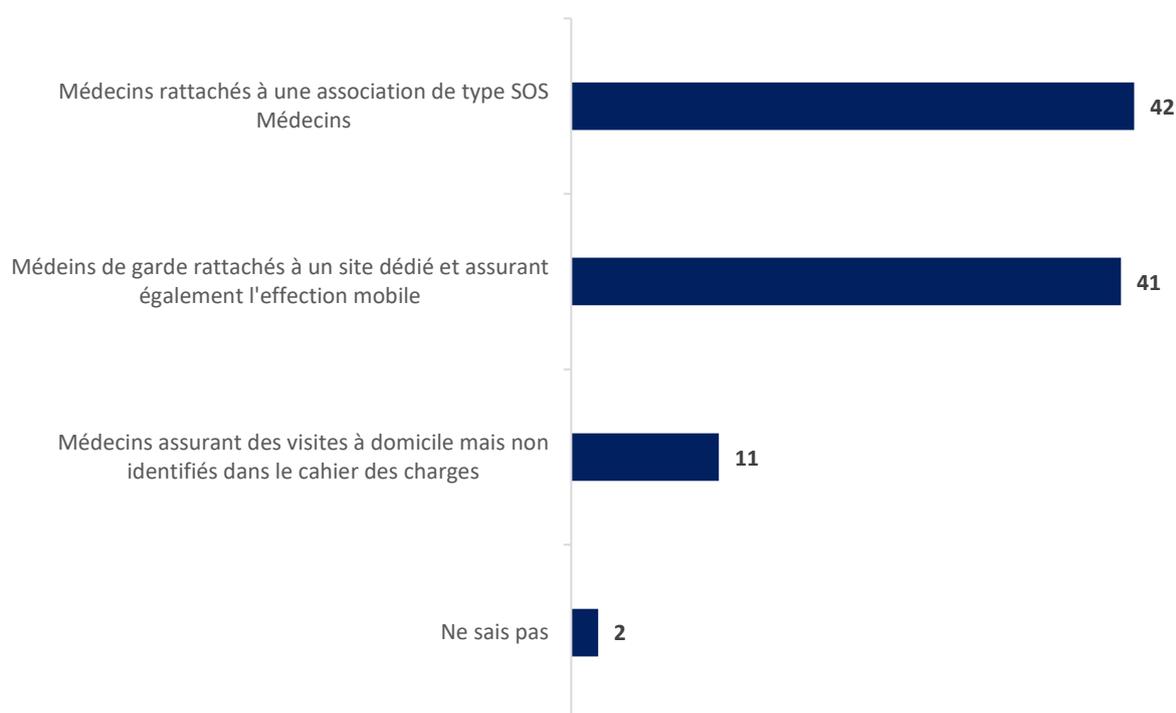
- Dans 42 départements, l'effectif mobile est assurée par une association de soins telle que SOS Médecins, souvent en complément d'autres effecteurs mobiles, comme c'est le cas dans 59% des situations. Les associations de type SOS Médecins sont les seuls effecteurs mobiles identifiés dans 19 départements, représentant ainsi 45% des départements où ce type de structure est implanté. Parmi ces départements, on retrouve les Bouches-du-Rhône, le Val-d'Oise, la Savoie, le Loiret, ou encore la Seine-Maritime.

---

<sup>17</sup> [Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire](#)

- Dans 41 départements, les visites à domicile sont effectuées par des médecins de garde rattachés à un site dédié qui effectuent également l'effecton mobile. Cette pratique est observée notamment dans le Puy-de-Dôme, le Tarn, la Creuse, en Vendée, ou encore dans les Côtes-d'Armor.
- L'effecton mobile peut également être réalisée de manière "informelle", c'est-à-dire sans forfait d'astreinte dédié. Cela se produit dans les départements où l'effecton mobile n'est pas prévue par le cahier des charges mais est tout de même assurée par certains médecins de garde. Dans ce cas, la réalisation des visites dépend de la bonne volonté des médecins et peut donc varier d'une garde à l'autre. Ce mode d'organisation est constaté par les CDOM dans 11 départements : en Haute-Vienne, en Corse-du-Sud, dans le Gers, en Lozère, en Meurthe-et-Moselle, dans le Pas-de-Calais, en Gironde, dans la Drôme, à Paris, en Indre-et-Loire et dans le Lot.

**Graphique 12 – Mise en place et modalités de l'effecton mobile par département en 2023**



Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

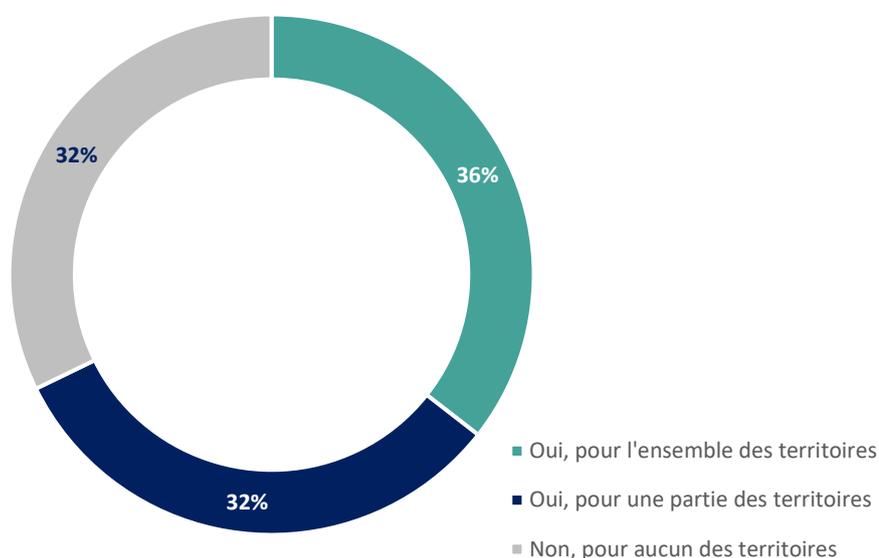
En ce qui concerne la prise en charge des visites qualifiées d'incompressibles, l'enquête réalisée auprès des CDOM révèle que parmi les 90 départements bénéficiant de sites dédiés à la PDSA, 32 n'étaient pas pourvus de dispositifs de prise en charge de ces visites dans l'ensemble des secteurs couverts par un site dédié, soit 2 de plus qu'en 2022.

---

**Graphique 13 –** Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés (N = 90)

---

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



---

*Lecture : Pour 36% 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 2023

---

**f. Rémunération de l'effectif**

Tout comme pour la régulation, la rémunération des forfaits d'astreinte d'effectif est déterminée par les ARS dans le cahier des charges régional de la PDSA. Depuis 2022, le montant de l'astreinte d'effectif ne peut être fixé en deçà de 180€ les 12 heures, soit 15€ par heure, conformément à l'arrêté du 24 décembre 2021<sup>18</sup> modifiant l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la PDSA.

Le cahier des charges régional peut également inclure, tout en respectant les limites établies par l'article 2 de cet arrêté, la possibilité d'ajuster ces rémunérations forfaitaires en fonction des contraintes géographiques et des diverses obligations liées à la permanence des soins.

Ces rémunérations forfaitaires, ainsi que les conditions éventuelles de leur ajustement, sont spécifiées dans le cahier des charges régional de la permanence des soins<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> [Article 1 de l'Arrêté du 24 décembre 2021<sup>18</sup> modifiant l'arrêté du 20 avril 2011](#) - Légifrance

<sup>19</sup> [Article 1 de l'arrêté 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participants à la permanence des soins ambulatoires](#) - Légifrance

En 2023, 12 départements ont bénéficié d'une revalorisation des forfaits d'astreinte d'effecton. À l'échelle nationale, les montants de ces forfaits, par tranche de quatre heures, se situaient entre 60€ et 250€ pour l'effecton fixe, et entre 60€ et 670€ pour l'effecton mobile.

**Tableau 4 - Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effecton en 2023**

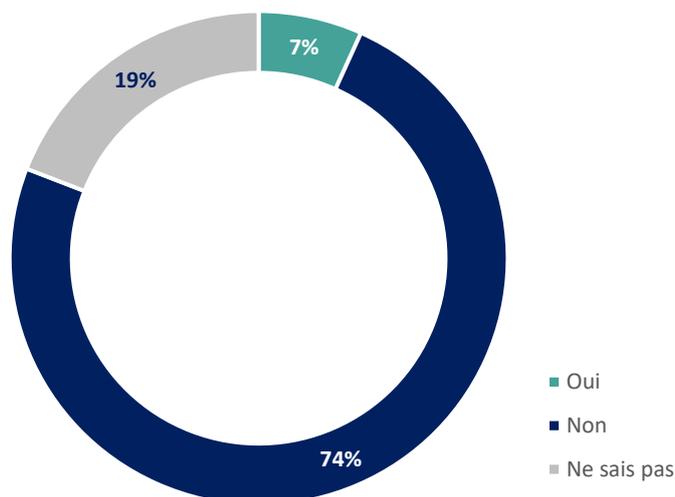
Région		20h – 24h	Minuit – 8h	Sam. 12h-20h	Dimanche, fériés et ponts 8h-20h	Sam. 8h-12h
Auvergne-Rhône-Alpes		60 €	120 €	120 €	180 €	-
Bourgogne Franche-Comté	Fixe	60€ - 160€	120 €	120€ - 170€	180€ - 230€	-
	Mobile	<i>Les MMG bénéficient d'une indemnité de sujétion</i>				-
Bretagne	Fixe	60 €	120 €	120 €	180 €	-
	Mobile	<i>L'effecton fixe en nuit profonde ne concerne que les îles</i>				-
Centre Val de Loire	Fixe	60 €	-	120 €	180 €	60€ + 26,5€ de majoration par acte régulé
	Mobile	400€ - 670€	300 €	400€ - 840€	600€ - 1260€	200 €
Corse		60 €	120 €	120€ - 150€	180€ - 250€	-
Grand-Est		60 - 135€	120€ - 450€	120€ - 270€	180€ - 600€	-
		<i>Majoration en cas de resectorisation, fonction du temps de déplacement entre les deux communes les plus éloignées du secteur</i>				
Hauts-de-France		100 €	200 €	200 €	300 €	-
Ile-de-France	Fixe	60€ - 200€	120€ - 400€	120€ - 400€	180€ - 600€	-
	Mobile	<i>Tarifs dégressifs à partir du 2<sup>ème</sup> acte réalisé</i>				-
		60€ - 150€	200€ - 300€	120 €	180€ - 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 € - 100 €	120 € - 250 €	120 € - 320 €	180 € - 480 €	-
	Mobile	75 € - 300 €	120 € - 200 €	120 € - 680 €	180 € - 1020 €	-
	Mixte	60 € - 100 €	120 € - 250 €	120 € - 320 €	180 € - 480 €	-
Pays-de-la-Loire	Fixe	90€ - 150€	120€ - 400€	120€ - 300€	180€ - 450€	-
	Mobile	<i>Les plages horaires et les montants varient selon les départements</i>				-
		600 € - 828 €		400 € - 552 €		
		<i>Baisse du montant horaire si aucun acte n'est réalisé</i>				
Provence-Alpes-Côte d'Azur		60€ - 120€	120 € - 240 €	120 € - 240 €	180 € - 360 €	60 € - 120 €
		<i>Samedi matin uniquement si précédé d'un jour férié</i>				
Martinique		135 € de 19h à 23h	270 € 24/12 et 31/12	210 € de 13h à 23h	210€ - 270€	-
Guadeloupe		70-110 €	140 €	140 €	210 €	70 €
		<i>L'effecton en nuit profonde ne concerne que les îles du Sud : La Désirade, Marie-Galante et Les Saintes</i>				
Guyane		250 €	-	510 €	750 €	-
Réunion	Fixe	89 €	142 €	124 €	195 €	-
		19h - 24h		12h - 19h	8h - 19h	
	Mobile	148 €		178 €	355 €	
		19h - 24h		14h - 20h		-

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

### g. Effectation et téléconsultation

Dans le cadre de l'enquête menée auprès des CDOM en 2023, seulement 7 d'entre eux ont déclaré avoir connaissance de l'utilisation de la téléconsultation par les médecins effecteurs de la PDSA, soit un de plus qu'en 2022.

**Graphique 14** – Part des départements où la téléconsultation a été utilisée en effectation en 2023



Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

Le recours à la téléconsultation dans le cadre de la PDSA demeure marginal en 2023, se limitant à des situations spécifiques. Par exemple, elle est pratiquée uniquement par les effecteurs de SOS Médecins dans certains secteurs de la Manche et du Bas-Rhin, mise en place de manière expérimentale mais non reconduite par l'ARS dans les Bouches-du-Rhône et le Var, ou encore elle permet à un infirmier diplômé d'État de se rendre auprès du patient avec une valise télé-connectée en collaboration avec un médecin de garde dans le Vaucluse.

Il est important de souligner que 19% des CDOM interrogés ont déclaré ne pas être informés de l'utilisation de la téléconsultation par les médecins effecteurs dans le cadre de la PDSA. Ainsi, il est possible que cette pratique soit plus répandue sur le terrain que ce que l'enquête ne laisse paraître.

Selon les données fournies par la CNAM, les téléconsultations représentaient 27% de l'activité non régulée en 2022<sup>20</sup> aux horaires de PDSA et 0,7% de l'activité régulée.

<sup>20</sup> Les données de la CNAM ont une année de décalage, se reporter à la méthodologie pour d'avantage de précisions.

## 2.3. Modification des horaires de permanence des soins

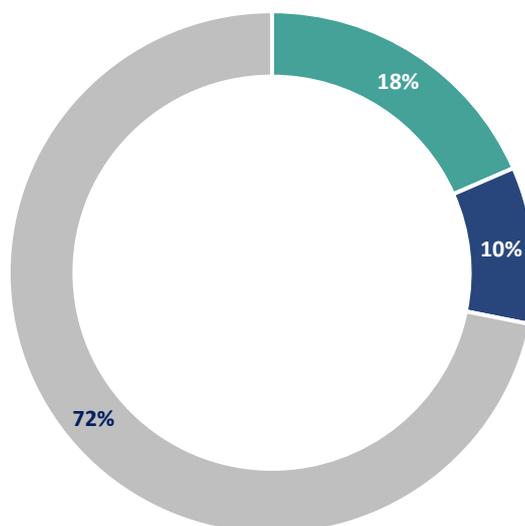
### a. Extension des horaires de PDSA au samedi matin

Conformément au Code de la Santé Publique, la PDSA du week-end démarre officiellement à midi le samedi, excluant ainsi le samedi matin. Cependant, l'extension de la PDSA à cette plage horaire reste une demande persistante des CDOM et des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux depuis plusieurs années.

Sur le terrain, l'élargissement de la PDSA n'est pas à la hauteur de ces revendications, puisque seuls 29 départements ont déclaré que les horaires de PDSA avaient été étendus au samedi matin pour la régulation, contre 38 l'année précédente. Ce nombre déclaratif ne reflète pas nécessairement les données issues des dernières versions des cahiers des charges régionaux disponibles. Elle peut s'expliquer par le déploiement progressif du service d'accès aux soins (SAS)<sup>21</sup> sur l'ensemble du territoire, ce dernier intégrant cette plage horaire en ce qui concerne la régulation. On observe également une réduction du nombre de départements au sein desquels la PDSA a été étendue au samedi matin pour l'effection, en plus de la régulation. En 2023, seuls 10 départements sont concernés, contre 15 en 2022. Il est pertinent de rappeler que ce nombre avait connu un bond en 2022 (+5 par rapport à 2021), à la suite des mesures initiées dans le cadre des recommandations dites *Braun*<sup>22</sup>.

**Graphique 15** – Part des départements ayant élargi la PDSA au samedi matin en 2023

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



■ Oui, pour la régulation uniquement ■ Oui, pour la régulation et l'effection ■ Non

Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

<sup>21</sup> D'après les données fournies par la DGOS, 63 SAS étaient déployés au 1<sup>er</sup> février 2024, couvrant ainsi 80% de la population.

<sup>22</sup> [Mission flash sur les urgences et soins non programmés](https://solidarites-sante.gouv.fr/missions-et-mesures-de-gouvernement/missions/mission-flash-sur-les-urgences-et-soins-non-programmes), Solidarites-santé.gouv.fr

Dans un contexte où de moins en moins de cabinets médicaux sont ouverts le samedi matin, ce qui conduit à un transfert des demandes vers d'autres services de santé comme le SAMU et les urgences, la majorité des CDOM pour lesquels la PDSA n'a pas encore été étendue au samedi matin dans leur département semblent être favorables à cette extension. En effet, 59% des CDOM se sont déclarés favorables à l'extension de la PDSA au samedi matin, comme en 2022 (voir graphique 16).

Les motifs avancés par les CDOM en faveur de cette mesure sont variés :

- La constatation de la fermeture des cabinets médicaux le samedi matin, un constat partagé dans de nombreux départements, comme le souligne le CDOM de l'Aude : *« De très nombreux cabinets sont fermés le samedi matin, et seule une MMG est ouverte. Le vivier de médecins étant faible, cela engendre aussi des difficultés dans les réponses du SAS aux patients. »*. De même, le CDOM des Pyrénées-Orientales l'affirme : *« La majorité des cabinets médicaux étant fermés à partir du vendredi 20h, l'extension de la PDSA à partir de samedi matin est plus que nécessaire pour éviter la masse d'appels à partir de midi. »* ;
- Des CDOM évoquent également le fait que l'extension de la PDSA au samedi matin permettrait une plus juste rémunération des médecins travaillant durant cette plage horaire, comme le CDOM de la Lozère : *« Inclure le samedi matin, avec la rémunération de week-end dès le matin, serait une avancée importante. »* ;
- L'extension de la PDSA le samedi matin permettrait de réduire l'afflux de patients dès l'ouverture de la garde à midi selon plusieurs CDOM, d'autant que l'absence de PDSA le matin complexifie les réponses de la régulation ;
- Une PDSA organisée le samedi matin pourrait également alléger la charge qui repose sur les médecins qui maintenaient jusque-là leur cabinet ouvert, et permettrait alors aux médecins qui ne sont pas inscrits au tableau de garde de prendre du repos, comme le mentionne le CDOM du Maine-et-Loire : *« A l'ère des 35 heures il est envisageable que les médecins se reposent le samedi matin »*.

Les CDOM défavorables à l'extension des horaires de la PDSA au samedi matin sont au nombre de 13, tout comme en 2022 : l'Essonne, les Deux-Sèvres, la Marne, le Tarn-et-Garonne, le Loiret, la Loire-Atlantique, le Bas-Rhin, la Polynésie, la Seine-Maritime, la Nièvre, la Réunion, Mayotte et la Guyane.

Ils s'opposent à cette mesure pour diverses raisons. Certains estiment qu'il s'agit d'une mission de médecine générale de ville et qu'il existe déjà des cabinets ouverts le samedi matin, tandis que certains CDOM craignent un conflit tarifaire entre les médecins qui seraient désignés comme médecins de garde de la PDSA et les médecins pratiquant habituellement leur activité de cabinet à cet horaire.

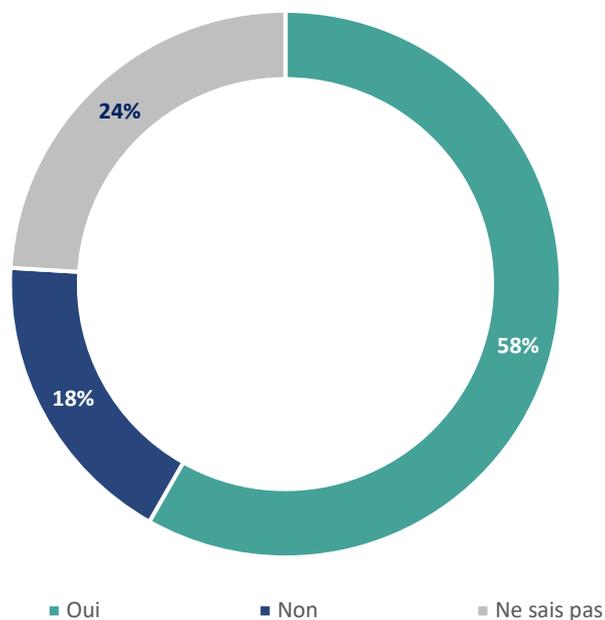
En outre, près d'un quart des départements (24%) ne se sont pas prononcés quant à l'extension de la PDSA au samedi matin.

---

**Graphique 16** – Avis des CDOM au sujet de l’extension des horaires de PDSA au samedi matin en 2023

---

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



---

Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

---

**b. Horaires adaptés en soirées**

L'enquête menée auprès des CDOM révèle que les horaires de PDSA en soirées de semaine ne correspondent pas toujours à l'activité réelle constatée sur le terrain. Bien que cette plage soit prévue pour couvrir le créneau de 20h à minuit, 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 diminuent après 22h. La question de l'avancement de la plage horaire de soirée a été soulevée à plusieurs reprises parmi les évolutions de la PDSA que les CDOM souhaitent aborder. On peut citer l'exemple du CDOM des Pyrénées-Atlantiques qui estime qu'il serait pertinent d'appliquer des horaires plus adaptés à l'activité, de 18h à 22h par exemple, ou l'exemple des CDOM du Puy-de-Dôme et des Bouches-du-Rhône qui évoquent une moindre activité en soirée, surtout après 22h. Certains CDOM, comme ceux de l'Allier et du Haut-Rhin évoquent également la possibilité d'avancer la garde à 19h ou 18h30, à l'instar des établissements de santé.

Des adaptations ont déjà été mises en place sur le terrain. Par exemple, en Gironde, la garde en soirée a été avancée de 18h à 22h dans certains secteurs hors métropole. Dans le Lot et le Territoire de Belfort, l'effectif a été interrompue à 22h dans certains secteurs. De même, dans l'Aude, une MMG ferme désormais ses portes à 22h30 en raison d'une faible activité après 22h. Le cahier des charges régional de la Réunion a également entériné l'avancement

de la PDSA à 19h en effecton dans tous les secteurs, tout en maintenant une couverture jusqu'à minuit.

La régulation est également impactée par l'adaptation des horaires en soirée selon l'activité, comme en atteste le tableau du front de garde de régulation libérale en Annexe 1. Les horaires de la régulation de PDSA ont été avancés à 18h dans la Loire et les Landes dans le cadre d'une expérimentation, et à 19h dans le Lot-et-Garonne, les Pyrénées-Atlantiques, les Deux-Sèvres, en Haute-Vienne, à la Réunion, dans l'Ain, l'Allier, l'Ardèche, le Cantal, la Drôme, l'Isère, en Martinique et en Dordogne. On observe également des fronts de régulations plus importants en début de soirée, comme c'est le cas dans l'Ain, à la Réunion et en Savoie durant certaines périodes, 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*

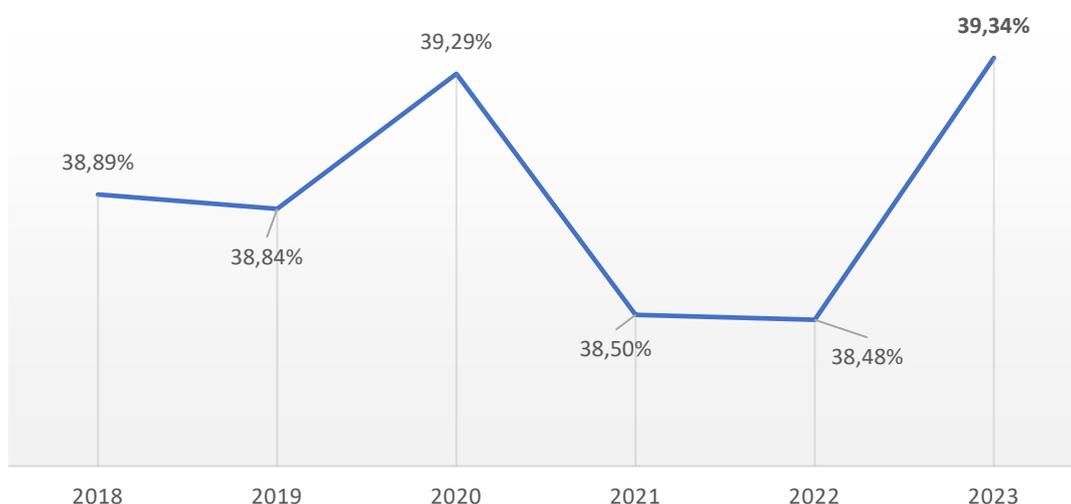
Depuis 2018, le taux de participation des médecins généralistes à la permanence des soins ambulatoires a été calculé en utilisant des données homogènes et comparables à l'échelle nationale, même si certains départements n'ont pas pu être intégrés au calcul. En effet, les données d'activité permettant de réaliser ce calcul sont recueillies par Ordigard et ne sont donc pas exhaustives : elles couvrent uniquement les 95 départements utilisant ce logiciel. Il convient également de souligner que, bien que les médecins exemptés soient exclus du décompte des médecins susceptibles de prendre des gardes, seules les exemptions enregistrées dans Ordigard sont prises en compte dans le calcul. Par ailleurs, d'autres médecins pourraient être exemptés et n'en ont pas fait la demande dans la mesure où leur participation n'a pas été sollicitée. Pour cette raison, le dénominateur<sup>23</sup> constitue le maximum de médecins susceptibles d'effectuer une garde, et par conséquent le pourcentage de participation calculé sur la base de ce dénominateur constitue **l'estimation basse** de la participation effective des médecins à la PDSA.

Après une baisse de la participation observée à la suite du regain enregistré en 2020 durant la crise sanitaire, la participation des médecins à la PDSA a de nouveau augmenté en 2023, atteignant 39,34%, contre 38,48% en 2022. On a ainsi comptabilisé 26065 médecins volontaires parmi les 66257 médecins susceptibles de prendre une garde au cours de l'année 2023.

---

<sup>23</sup> Se référer à la méthodologie en page 6 pour d'avantage de précisions.

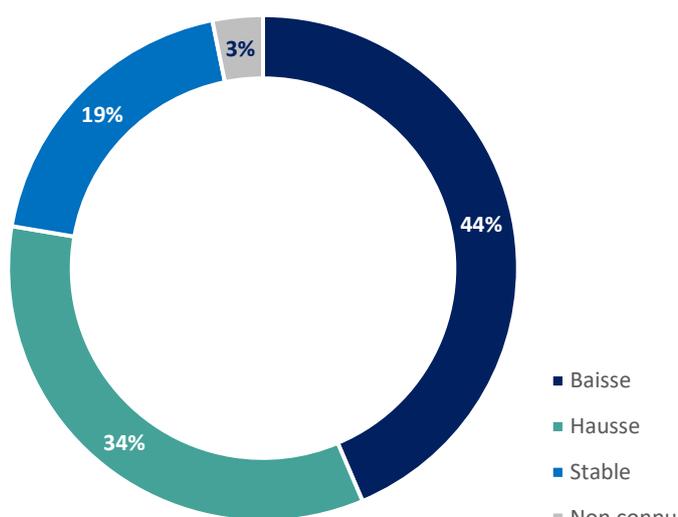
**Graphique 17** – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2018 et 2023 au niveau national



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2018-2019-2020-2021-2022-2023

Au niveau départemental, on observe des disparités significatives, avec un taux minimum de 8% à Paris et un maximum de 82% dans les Vosges. Il est aussi notable que, entre 2022 et 2023, le taux de participation à la PDSA a augmenté dans 34% des départements, diminué dans 44%, et est resté stable dans 19% des départements.

**Graphique 18** – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2022 et 2023 au niveau départemental



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2022-2023

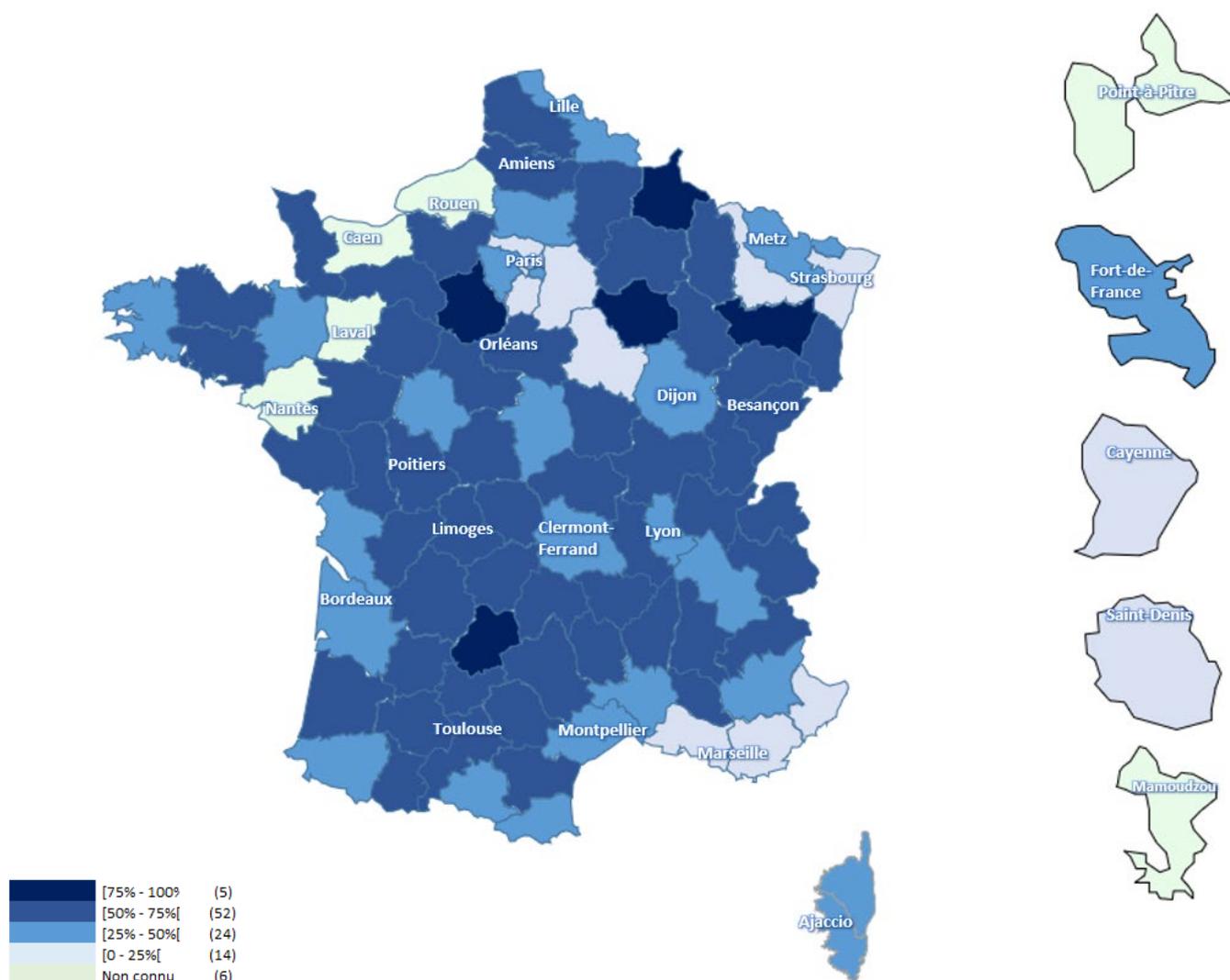
Il est pertinent de noter qu'une grande majorité des départements (68%) affiche un taux de participation supérieur à la moyenne nationale, et parmi eux, plus de la moitié (60%) bénéficient de taux de participation dépassant les 50%.

Cependant, le taux de participation ne suffit pas à lui seul à évaluer de manière qualitative le fonctionnement de la PDSA dans un territoire, et doit donc être interprété avec prudence. En effet, les tableaux de gardes ne peuvent pas être complétés dans des territoires abritant de grands centres urbains comme Paris, où d'ailleurs le CDOM estime que la PDSA fonctionne bien dans l'ensemble du département, malgré un faible taux de participation (8%). C'est dû notamment à la professionnalisation de la PDSA dans ce territoire. On observe également l'impact de la professionnalisation de la PDSA sur le taux de participation dans des départements comme la Seine-et-Marne et la Réunion où le faible taux de participation (respectivement 10% et 13%) est associé à une forte implication d'associations de PDSA telles que SOS Médecins dans le dispositif.

A l'inverse, un taux de participation élevé ne garantit pas nécessairement un fonctionnement optimal de la PDSA. On peut prendre l'exemple de la Haute-Loire, de l'Aube ou de l'Eure-et-Loir qui bénéficient de taux de participation élevés (respectivement 74%, 75% et 76%), et pour lesquels les CDOM déclarent malgré tout rencontrer des difficultés de fonctionnement de la PDSA dans certaines zones, notamment en raison de problématiques liées à la démographie médicale.

Le détail des taux de participation de chaque département est disponible en Annexe 2.

## Cartographie 6 - Taux de participation des médecins à la PDSA en 2023



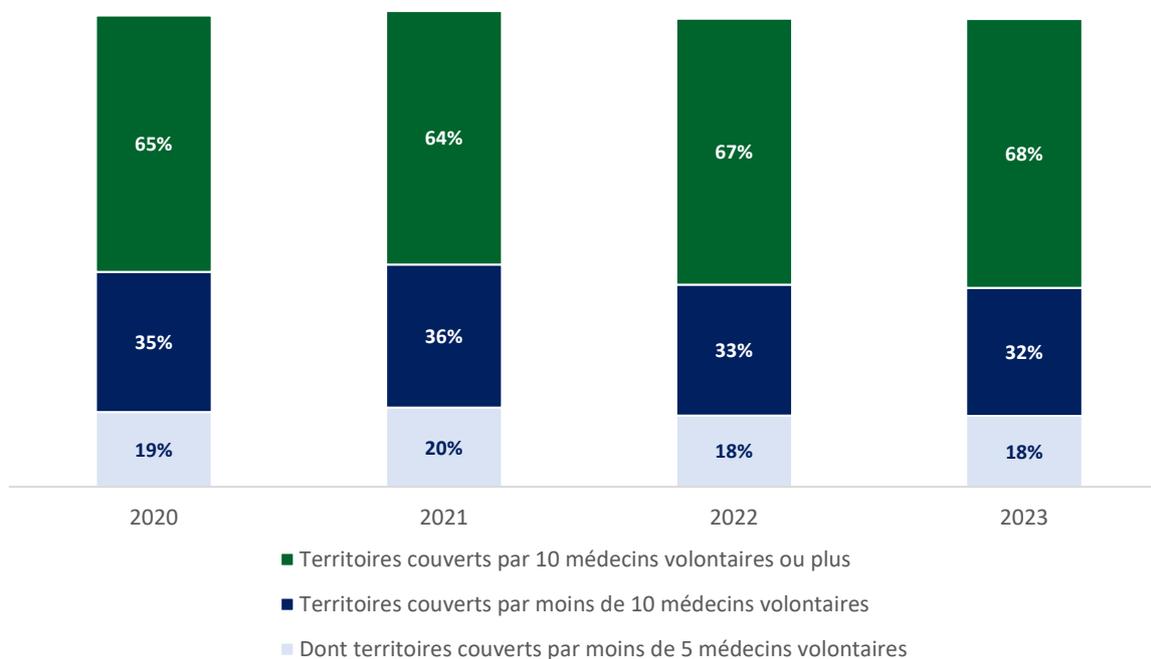
Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2023

### b. Evolution du nombre de médecins par territoire de PDSA

En 2023, d'après l'enquête menée auprès des CDOMS, 32 % des secteurs de permanence des soins ambulatoires (en se basant sur le nombre de secteurs pour les week-ends et les jours fériés) étaient couverts par 10 médecins volontaires ou moins. Parmi eux, 18% des secteurs étaient desservis par 5 volontaires ou moins, un chiffre identique à celui de 2022.

Nous observons donc une certaine constance dans la couverture des territoires de permanence des soins ambulatoires par rapport à 2022, avec une amélioration par rapport aux années précédentes.

**Graphique 19** - 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 2020 et 2023



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

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA entre 2020 et 2023

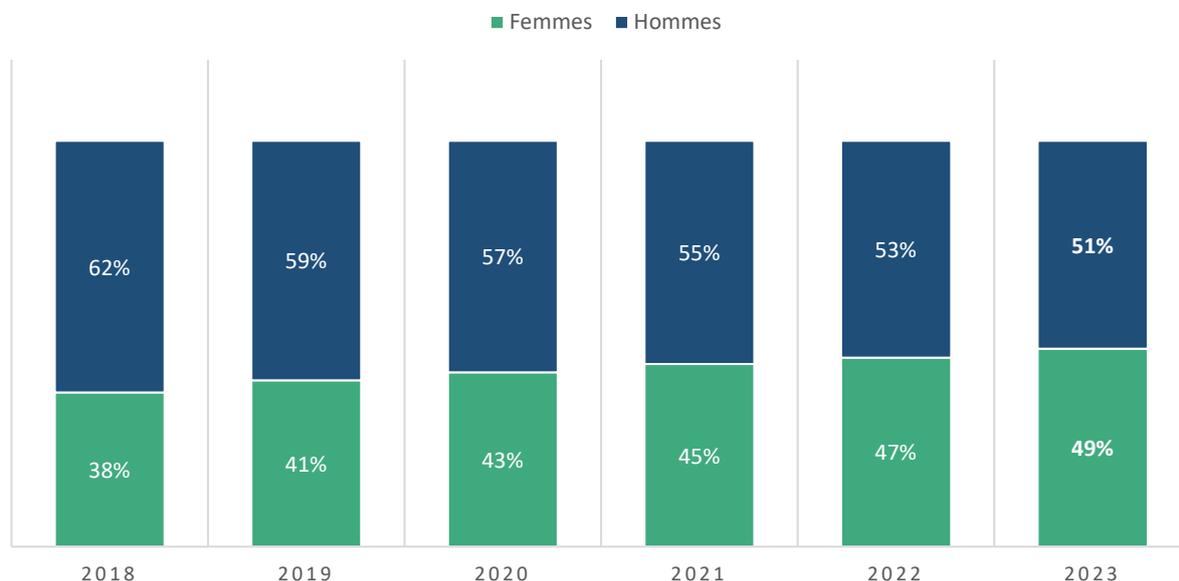
En 2023, les médecins effecteurs (titulaires ou remplaçants) ont réalisé en moyenne 28 gardes, soit une de moins qu'en 2022. Ce nombre varie considérablement d'un département à l'autre, ou même d'un secteur à l'autre. Ainsi, cette moyenne varie d'un minimum de 6 gardes par médecin dans l'Orne à un maximum 161 gardes en Seine-et-Marne. Cependant, cette moyenne englobe également les médecins travaillant au sein d'associations telles que SOS Médecins, pour qui les prises en charge en horaires de permanence des soins ambulatoires s'inscrit dans leur activité quotidienne, contrairement aux médecins libéraux installés qui participent au dispositif de PDSA en plus de leur activité en cabinet. Les données disponibles ne permettent pas encore de différencier le nombre moyen de gardes effectuées par les médecins libéraux installés de celui des médecins « professionnels » de la permanence des soins ambulatoires. Ainsi, la moyenne présentée peut être considérée comme la borne haute du nombre moyen de gardes réalisées en 2023.

### c. Profils des médecins de garde

Bien que les médecins participant à la PDSA soient majoritairement des hommes, les données issues d'Ordigard révèlent que la proportion de femmes qui prennent des gardes d'effectif ou de régulation augmente continuellement d'année en année. En effet, la part des femmes participant à l'effectif en horaires de PDSA est passée de 38% en 2018 à 49% en 2023, marquant ainsi une augmentation de 11% en 5 ans, tandis que la part des femmes médecins généralistes exclusifs a augmenté de 7% sur la même période. Par ailleurs, la part

de femmes participant à l'effecton est supérieure à celle des hommes dans près d'un tiers des départements (32), comme c'est le cas en Haute-Garonne ou en Isère où leur part atteint respectivement 62% et 60% des participants à l'effecton.

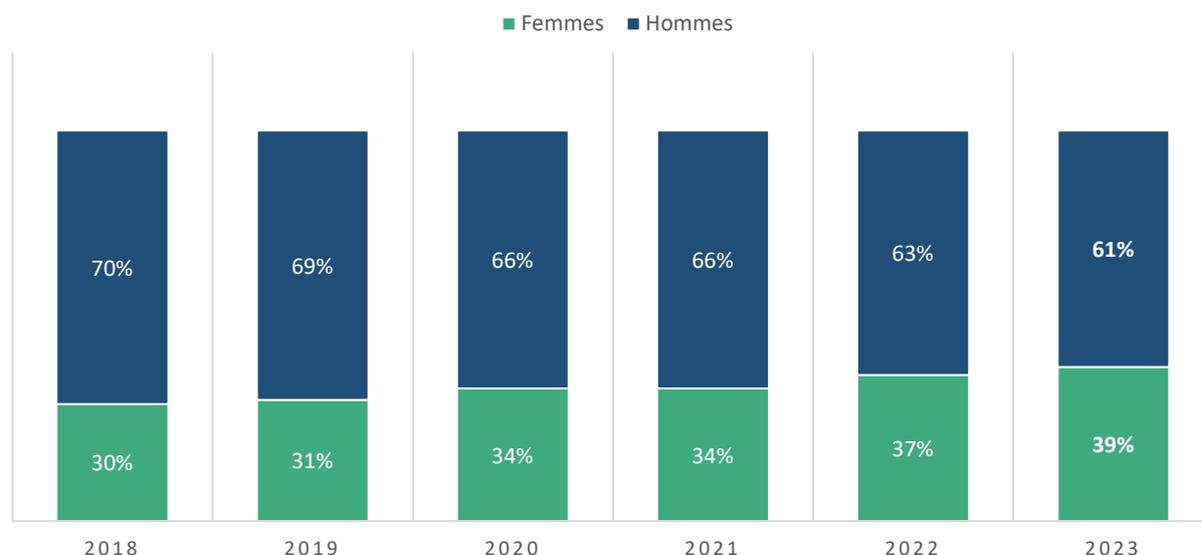
**Graphique 20** - Répartition des médecins effecteurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2023



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 et 2023

Les hommes sont également majoritairement représentés parmi les participants à la régulation en horaires de PDSA, mais la part des femmes continue sa progression en 2023, atteignant ainsi 39% contre 30% en 2018. Leur part est supérieure à celle des hommes dans 11 départements, parmi lesquelles le Cantal (65%) et les Hauts-de-Seine (62%) notamment.

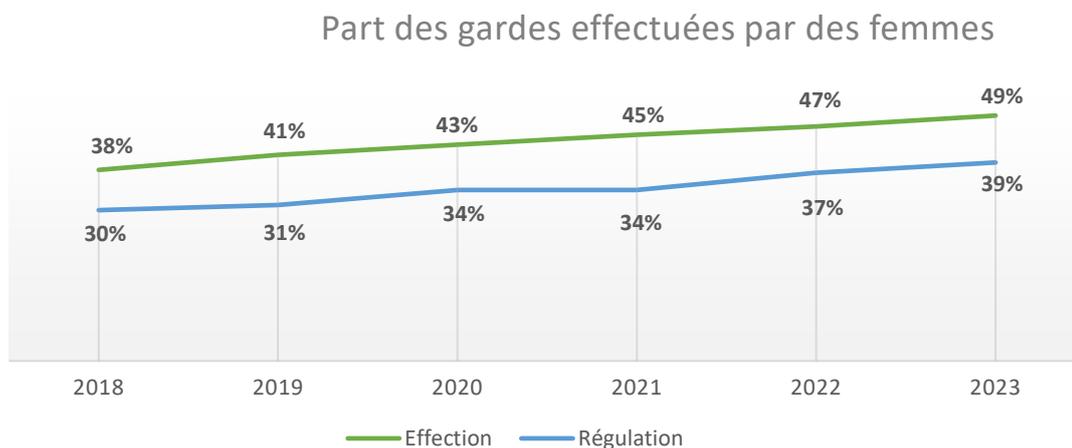
**Graphique 21** - Répartition des médecins régulateurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2023



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 et 2023

Dans le cadre de l'enquête, les CDOM ont été interrogés quant à leur éventuelle crainte d'un désengagement des médecins volontaires pour les gardes de soirées à l'avenir, et la féminisation de la profession a été mentionnée à plusieurs reprises comme étant l'une des raisons d'un probable désengagement. Il semblerait que cette inquiétude puisse être atténuée car les données issues d'Ordigard démontrent, au contraire, une augmentation constante de la part des gardes effectuées par des femmes, à la fois en effectif et en régulation.

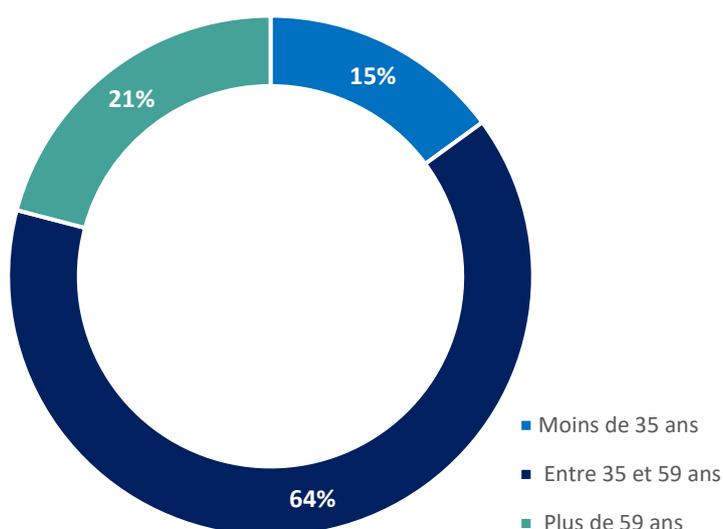
**Graphique 22** - Part des médecins de gardes effectuées par des femmes de 2018 à 2023



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 et 2023

Comme constaté les années précédentes, l'âge moyen des effecteurs de la garde continue de diminuer entre 2022 et 2023, passant de 45,8 ans à 45,2 ans. On observe un âge moyen minimum de 40,1 ans en Indre-et-Loire et un maximum de 52,5 ans dans la Creuse. La tranche d'âge prédominante parmi les médecins effecteurs se situe entre 35 et 59 ans.

**Graphique 23** – Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2023 selon la tranche d'âge



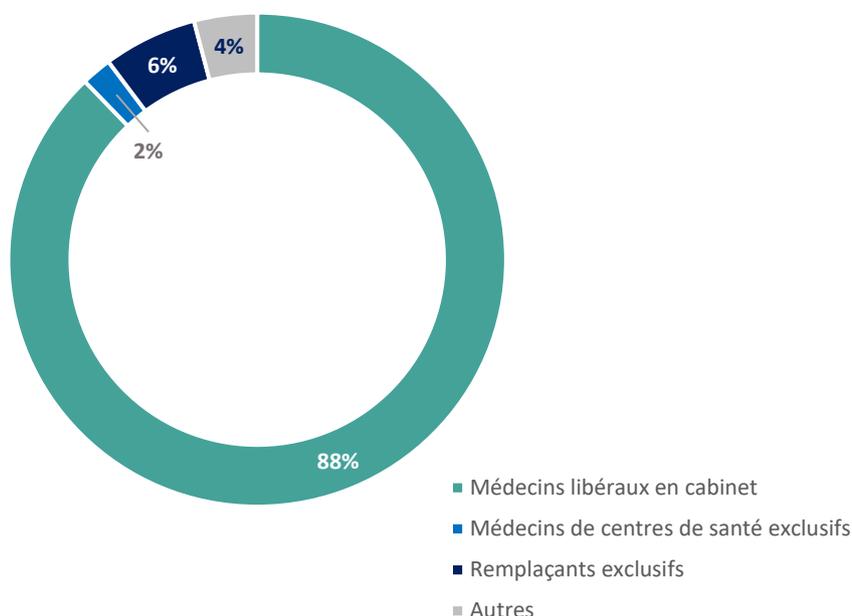
Source : CNOM, Ordigard, 2023

La moyenne d'âge des remplaçants en effecton s'élève à 33,2 ans.

La moyenne d'âge des médecins régulateurs est quant à elle de 54,1 ans au niveau national, présentant un minimum de 43,8 ans dans la Manche et un maximum de 69,2 ans dans le Tarn-et-Garonne.

En ce qui concerne leur mode d'exercice, la majorité des médecins participant à la PDSA sont des médecins généralistes qui exercent en cabinet. En 2023, ils constituaient 88% des participants, une proportion identique à celle de 2022. La part des remplaçants exclusifs n'a pas évolué depuis l'année précédente et représente 6% des médecins participants à la PDSA, tandis que la part des médecins exerçant exclusivement en centres de santé et participant à la PDSA a été divisée par deux pour n'atteindre que 2% en 2023.

**Graphique 24** - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2023 selon le mode d'exercice



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2023

Bien qu'ils soient moins représentés, les médecins salariés travaillant dans des centres de santé peuvent également être impliqués dans l'organisation de la PDSA. Selon l'accord national, ces médecins ont la possibilité de participer au dispositif, et le centre de santé recevra alors une rémunération forfaitaire définie dans le cadre du cahier des charges établi par l'ARS. Il est donc envisageable que des centres de santé se convertissent en MMG pendant les heures de la PDSA.

Il convient de rappeler que les médecins salariés des centres de santé peuvent participer à la PDSA en leur propre nom, en qualité de médecins intervenant occasionnellement dans des missions de service public. L'instruction interministérielle du 25 octobre 2019 précise les modalités de mise en œuvre de cette participation, permettant ainsi aux médecins concernés de percevoir les rémunérations associées à cette activité sans être soumis à un statut d'exercice libéral.

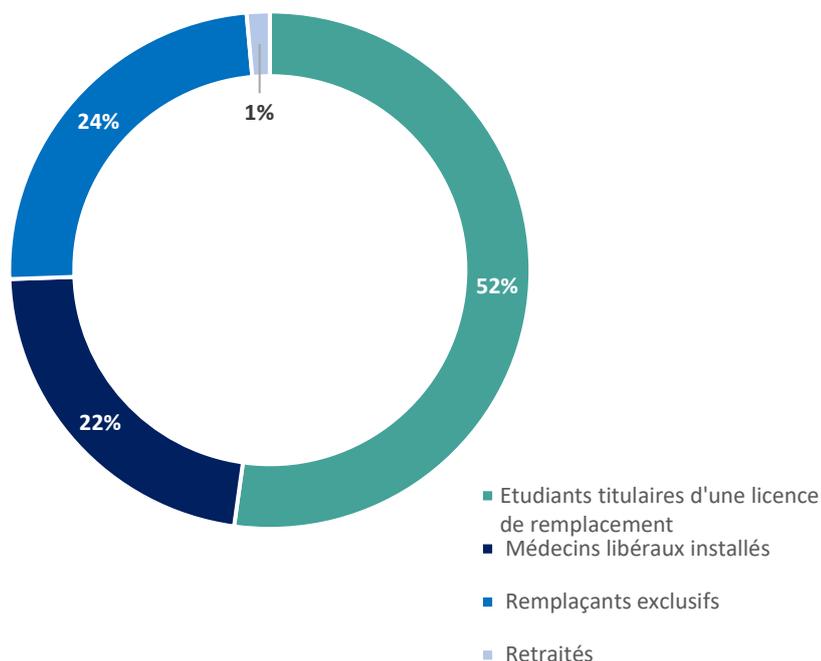
#### **d. Remplacement**

Le remplacement demeure une pratique courante selon les données d'Ordigard, qui révèlent que près d'un quart des médecins effecteurs ont été remplacés au moins une fois en 2023, tout comme l'an passé (24,1% en 2023 et 24,2% en 2022). La variation de la part des médecins effecteurs remplacés est particulièrement prononcée au niveau départemental, avec un minimum de 1,1% dans le Nord et un maximum de 69,9% dans l'Aube. Les médecins systématiquement remplacés sur l'ensemble de leurs gardes de l'année 2023 représentent quant à eux une part de 5,2% au niveau national. Le recours au remplacement est une pratique moins fréquente en régulation médicale : seulement 1% des médecins régulateurs ont été remplacés au moins une fois en 2023, et la proportion de ceux remplacés de manière systématique est de 0,3%.

La proportion de gardes d'effectif assurées par des remplaçants reste relativement faible et s'établit à 6,9% en 2023, tout comme l'année précédente. Ce chiffre présente également des variations marquées au niveau départemental, allant de 0,2% dans le Puy-de-Dôme à 35,5% dans le Val-de-Marne. Cependant, il convient de traiter ces chiffres avec prudence, car ils sont issus des données enregistrées 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. Par conséquent, ils doivent être interprétés comme la fourchette basse du taux de gardes remplacées au cours de l'année.

Tout comme l'année précédente, la majorité des remplaçants en 2023 étaient des étudiants, représentant 52% de leur part au total en 2023, contre 54% en 2022. Ils étaient suivis par les médecins ayant un statut de remplaçants exclusifs (24% en 2023 contre 23% en 2022) et des médecins libéraux installés (22% en 2023 contre 21% en 2022). La participation des médecins retraités actifs est restée marginale, représentant seulement 1% des effecteurs remplaçants, contre 2% en 2022.

**Graphique 25** - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2023 selon le statut



Source : CNOM, Ordigard, 2023

Le CNOM collabore avec la CNAM afin de fournir aux médecins salariés, retraités et remplaçants des cartes CPS contenant les données nécessaires à la télétransmission, dans le but d'élargir le nombre de médecins volontaires potentiels. Une expérimentation a été menée dans le Val-d'Oise, où des cartes CPS facturantes ont été mises à disposition de 4 médecins non-installés exerçant de manière intermittente et participant à la PDSA à la maison médicale de Pontoise. Cette initiative a reçu des retours positifs de la part de l'Ordre des Médecins, de l'Assurance Maladie et de l'Agence du Numérique en Santé (ANS), et s'est révélée concluante sur le plan technique, avec des télétransmissions réussies. L'expérimentation a été menée à bien et désormais, le CNOM et la CNAM sont prêts à déployer ce dispositif dans tous les départements qui souhaiteraient en bénéficier.

Par ailleurs, l'enquête menée auprès des CDOM révèle que la cotisation obligatoire à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) pourrait représenter un frein à la participation de certains retraités qui souhaiteraient en être exonérés. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 a introduit une exonération des cotisations de retraite en 2023 pour les médecins en cumul retraite/activité libérale intégral dont le revenu professionnel non salarié annuel est inférieur à 80000€. Cependant, cette exonération n'a malheureusement pas été reconduite dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024.

#### **e. Exemptions et réquisitions**

Conformément à l'article R 6315-4 du Code de la santé publique, le CDOM peut accorder des exemptions de permanence, prenant en considération l'âge, l'état de santé, et éventuellement les conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins

exemptés est transmise par le CDOM au directeur de l'ARS qui la communique ensuite au préfet du département ou au préfet de police à Paris. Les CDOM décident ces exemptions à l'issue d'une appréciation individualisée de chaque demande. On peut relever qu'aucun texte ne spécifie d'âge précis au-delà duquel un médecin ne pourrait plus participer à la PDSA. En ce qui concerne l'état de santé, les demandes sont examinées au cas par cas. Même si l'insécurité et les contraintes familiales ne relèvent pas des critères d'exemption définis 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 le tableau de garde comporte des carences et en présence de médecins non-exemptés sur le territoire, le préfet peut recourir à des réquisitions pour pallier les lacunes. Cependant, ces réquisitions ne sont pas systématiques selon les départements.

En 2023, 75 départements ont déclaré avoir connu des carences de couverture dans certains secteurs au cours de l'année, et parmi eux, 43 CDOM ont été conduits à intervenir pour garantir la complétude des tableaux de garde. Des carences ont entraîné des réquisitions préfectorales en lien avec la PDSA dans 65 départements au cours de l'année 2023, tandis que seulement 44 départements avaient fait l'objet de réquisitions en 2022 et 23 en 2021. Ces réquisitions étaient d'ordre ponctuel dans 78% des départements concernés, et récurrentes dans les 22% restants. Dans certains cas, ces réquisitions récurrentes surviennent dans des secteurs peu pourvus en médecins volontaires ou durant des périodes où il est plus difficile de mobiliser des médecins de garde, telles que les fêtes de fin d'année ou les week-ends incluant des jours fériés. Cependant, la majeure partie des réquisitions effectuées en 2023 ont eu lieu dans le cadre des mouvements de grève des médecins généralistes. D'après les données recueillies auprès des CDOM, nous avons recensé au moins 1019 médecins réquisitionnés au cours de l'année. Il convient de noter que ce chiffre représente un nombre minimum, compte tenu des CDOM n'ayant pas été en mesure de fournir les chiffres concernant les réquisitions effectuées dans leur département.

La chambre disciplinaire nationale a jugé à l'occasion de trois décisions publiées en date du 19 avril 2021<sup>24</sup>, 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

---

Mis en place 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 conçu pour offrir à tout patient confronté à un besoin de soins non programmés **en dehors des horaires de PDSA** un accès à un professionnel de santé, à distance et à toute heure, lorsque l'accès à son médecin traitant est impossible. Conformément au 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*

---

<sup>24</sup> Chambre disciplinaire nationale N° 14116 ; 14117 ; 14118

*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. »<sup>25</sup>.*

Concrètement, le SAS intervient dans le cadre de demande de soins non programmés lorsque l'accès au médecin traitant ou à une solution de proximité n'est pas immédiatement possible.

#### **a. Etat des lieux du déploiement du SAS**

Selon les données fournies par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au 1er février 2024, on recense 63 SAS en fonctionnement, couvrant ainsi 80% de la population française. Parmi ceux-ci, 49 SAS utilisent la plateforme numérique<sup>26</sup>.

Au niveau national, cela se traduit par :

- 2 départements d'outre-mer et 3 régions totalement couvertes par un SAS ;
- 9 régions partiellement couvertes ;
- 1 région et 3 départements d'outre-mer n'ayant pas encore officialisé le lancement du dispositif.

---

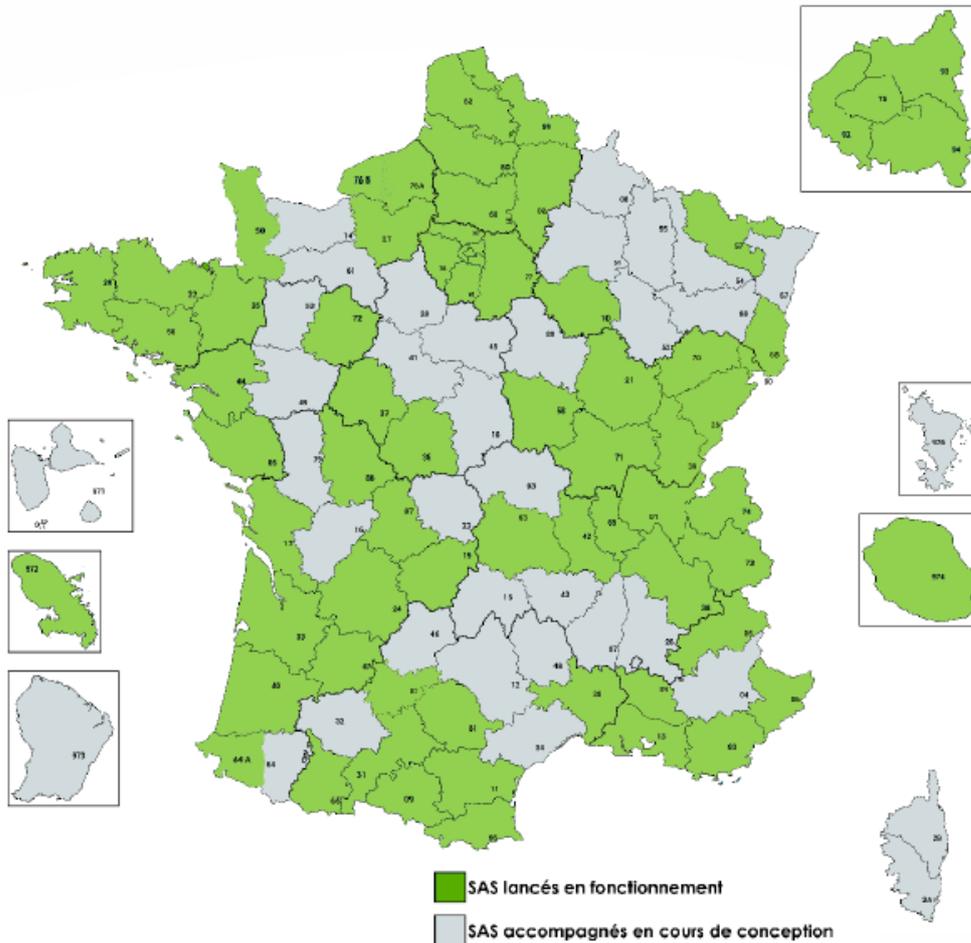
<sup>25</sup> [Article L6311-3 du Code de la Santé Publique](#) - Légifrance

<sup>26</sup> <https://sas.sante.fr/>

---

## Cartographie 7 - Déploiement des SAS au 1<sup>er</sup> février 2024

---



---

Source : DGOS, 2024

---

### b. *Articulation entre le SAS et la PDSA*

L'articulation entre le SAS et la PDSA se situe au cœur de l'organisation des services de santé, garantissant une prise en charge efficace des patients en fonction des besoins et des horaires. Le SAS intervient durant les horaires ouvrés pour répondre aux besoins de soins non programmés lorsque le médecin traitant est indisponible, tandis que la PDSA prend le relais en dehors des heures d'ouverture habituelles, assurant la continuité des soins en soirée, les week-ends et les jours fériés. Ces deux dispositifs s'inscrivent dans une démarche globale visant à garantir l'accessibilité des soins médicaux, en adaptant la réponse aux demandes des patients selon le moment et la nature de leurs besoins.

Dans le contexte de notre enquête, nous avons interrogé les CDOM sur l'articulation entre le SAS et la PDSA, et 37 CDOM ont confirmé cette articulation.

Cette articulation entre le SAS et la PDSA peut se traduire de différentes manières, qui peuvent se combiner :

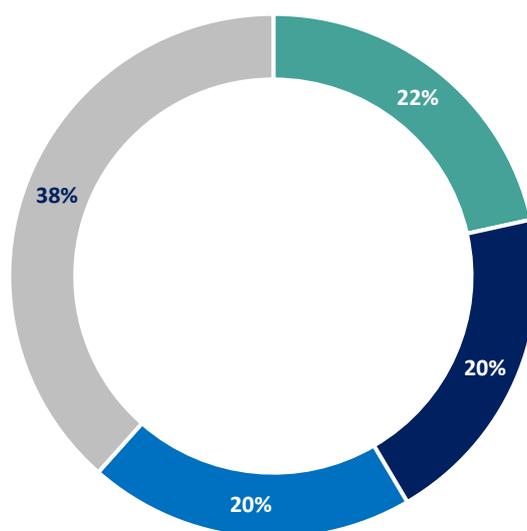
- Par des locaux dédiés communs, et parfois même le partage d'outils tels que les ordinateurs et logiciels, entre le SAS et la PDSA. C'est notamment le cas dans le Gard, les Hauts-de-Seine, l'Ariège, l'Aude, en Haute-Garonne et dans la Vienne ;
- Par la régulation des appels du SAS et de la PDSA effectuée par les mêmes médecins régulateurs libéraux, comme observé dans les Alpes-Maritimes, en Loire-Atlantique, dans le Doubs et dans les Yvelines ;
- Par la gestion ou la cogestion du SAS et de la PDSA par la même association de médecins régulateurs libéraux. Cette situation est observée notamment en Seine-Saint-Denis, en Haute-Savoie, en Vendée, à Paris et dans le Val-de-Marne où l'association libérale départementale de la PDSA a élargi son champ d'action pour inclure le SAS, avec un coordinateur médical dédié qui gère les deux activités ;
- Par la création d'un groupe de coopération sanitaire pour porter le projet comme c'est le cas en Loire-Atlantique et en Savoie ;
- Par l'adressage des patients vers les médecins de garde de la PDSA par les opérateurs de soins non programmés (OSNP) ou les médecins régulateurs du SAS, comme c'est le cas dans la Loire, en Ille-et-Vilaine et dans la Manche ;
- En reportant les demandes de consultation vers la PDSA lorsque des demandes de consultations en journée ne peuvent pas être honorées, comme cela a été signalé par le CDOM du Nord.

Parmi les départements concernés par la mise en place du SAS, 25 ont quant à eux indiqué qu'il n'existait pas d'articulation entre le SAS et la PDSA. Dans la grande majorité des cas, cette absence d'articulation s'explique par un SAS en cours de déploiement et une montée en charge progressive du dispositif, tandis que certains CDOM considèrent qu'il s'agit de deux organisations et deux prises en charge bien distinctes qui n'ont pas nécessairement besoin de s'articuler.

### **c. *Fonctionnement du SAS selon les CDOM***

Nous avons interrogé les CDOM concernés par la mise en place du SAS quant à leur évaluation du bon fonctionnement de ce dispositif dans leur département, et les retours ont été plutôt mitigés. Parmi eux, 22% estiment que le SAS fonctionne bien dans l'ensemble du département, 20% considèrent que le SAS fonctionne mais que certaines zones sont en difficulté, et la même proportion de CDOM estime qu'il ne fonctionne pas correctement dans leur département.

**Graphique 26** – Evaluation du fonctionnement du SAS par les CDOM en 2023



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

Source : CNOM, Enquête PDSA, 2023

Parmi les départements qui considèrent que le SAS fonctionne bien dans l'ensemble du département, certains évoquent la collaboration efficace entre la ville et l'hôpital, comme le mentionnent le CDOM de la Vienne ou encore le CDOM de la Loire qui indique que le SAS permet d'adresser plus de 50 patients par jour vers la médecine de ville et jusqu'à 100 patients durant les vacances de Noël. D'autres départements attribuent le succès du SAS à l'implication des médecins, comme en témoigne le CDOM des Yvelines : « *La philosophie sur le 78 est de faire participer tous les médecins de premier recours sur le SAS (plus d'un quart des médecins de premier recours qui participent au SAS).* ». Les départements où le fonctionnement a été satisfaisant évoquent également la bonne coordination entre les différents acteurs, tels que les CPTS, les ADOPS, les CDOM ou encore entre l'AMU, les ARM et les OSNP.

Les CDOM qui reconnaissent le bon fonctionnement du SAS mais signalent des difficultés dans certaines zones mentionnent majoritairement la difficulté à mettre à disposition du SAS des créneaux de consultation, comme observé dans le Gard, l'Ariège ou la Sarthe. La difficulté à mobiliser des professionnels de santé est également due pour certains à la crainte de l'intrusion de la plateforme numérique fournie par la DGOS dans leur agenda.

Les CDOM qui jugent que le fonctionnement du SAS n'est pas satisfaisant déplorent principalement la pénurie de médecins, à la fois en régulation et en effectif, ce qui entraîne un manque de médecins inscrits sur les listes du SAS pour accueillir les patients ou des créneaux de régulation non pourvus dans certains territoires. Cela se traduit par de longs délais d'attente pour les patients et des réponses jugées trop faibles. D'autres regrettent, au contraire, que des créneaux ouverts en journée pourraient être pourvus mais ne le sont pas, tandis que les maisons médicales de garde restent toujours surchargées le soir, ou déplorent que la plateforme numérique fournie par la DGOS n'intègre pas encore les CPTS malgré leur forte implication dans le dispositif. Certains CDOM remettent en question le principe même du

SAS : il est jugé inutile dans les régions où la plupart des médecins libéraux consultent sans rendez-vous. Parallèlement, il est déploré que le SAS soit principalement pris en charge par des cabinets dédiés qui ne prennent plus en charge les patients polyopathologiques, ce qui ne compense pas l'absence de suivi par un médecin traitant et aggrave la désertification médicale. Enfin, il a également été mentionné qu'il était « *irréaliste* » de vouloir réguler toutes les demandes de soins non programmés par le 15, et qu'il était préférable que le 15 soit « *dédié à l'expertise du médecin régulateur et non plus à la prise de rendez-vous, les médecins n'étant pas des secrétaires médicales* ».

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

---

#### **3.1. La PDSA en EHPAD**

---

Majoritairement confrontés à une insuffisance de personnel médical, les EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées fragiles et dépendantes, sont tout particulièrement confrontés au défi de la prise en charge des soins non-programmés en et hors horaires de PDSA.

Durant les horaires de PDSA, les demandes de soins non-programmés des résidents sont souvent considérées comme des visites incompressibles, car il est généralement admis qu'il est préférable de réaliser des visites sur le lieu d'hébergement plutôt que de transporter ces patients vers un lieu de consultation. Néanmoins, l'intervention d'un médecin de garde en EHPAD n'est pas toujours évidente, nécessitant du matériel approprié, la présence de personnel sur place pendant les horaires de PDSA, ainsi que l'accès au dossier médical du patient. En l'absence de personnel soignant et d'informations disponibles, les médecins peuvent être réticents à intervenir dans ces établissements, compromettant ainsi la qualité des soins.

Dans les secteurs qui ne disposent pas d'équipes mobiles ou de dispositifs pour gérer les visites incompressibles, le recours à une ambulance pour le transport vers le service des urgences le plus proche semble être la seule solution lorsque des soins médicaux non-programmés sont nécessaires, à moins qu'une organisation spécifique ne soit mise en place.

Malgré l'importance de cette problématique soulignée par le CNOM depuis de nombreuses années, on observe que l'organisation de la PDSA pour les résidents d'EHPAD n'a pas connu d'évolution favorable.

En 2023, l'enquête menée auprès des CDOM indique que seuls 6 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 3 de moins qu'en 2022. On peut citer l'exemple des Yvelines où l'expérimentation mise en œuvre sous l'impulsion des mesures *Braun*<sup>27</sup>, consistant à la mise en place d'un dispositif de téléconsultation assistée en filière gériatrique, n'a pas été poursuivie par l'ARS en 2023, ce que déplore le CDOM.

Les dispositifs mis en place en horaires de PDSA impliquent la participation de médecins mobiles dans le Gard, une convention entre le centre hospitalier et les médecins libéraux dans l'Ariège, ou encore une convention impliquant la mise à disposition d'un chariot de

---

<sup>27</sup> [Mission flash sur les urgences et soins non programmés](#), Solidarites-santé.gouv.fr

télémédecine dans les EHPADs à destination des médecins régulateurs dans l'Orne. On peut également prendre l'exemple du Maine-et-Loire, où les médecins coordonnateurs des EHPAD, avec le soutien des urgentistes et gériatres du CHU d'Angers, ont lancé un programme de visiorégulation nocturne en collaboration avec le SAMU, assorti d'une mallette de soins d'urgence, afin de limiter les hospitalisations nocturnes des personnes âgées. Le dispositif prévoit que le soignant présent sur place contacte le SAMU qui lui envoie ensuite une SMS permettant au soignant de déclencher une téléconsultation avec le médecin régulateur urgentiste.

Il arrive également que la prise en charge des patients en EHPAD fasse partie intégrante des missions des médecins effecteurs inscrites dans le cahier des charges régionale de la PDSA, comme c'est le cas en Bretagne où ces patients sont pris en charge par l'effectif mobile.

### 3.2. PDSA et HAD

---

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) se caractérise par une prise en charge hospitalière à temps complet, avec des soins dispensés au domicile du patient, lui permettant ainsi de recevoir des soins dans son cadre familial lorsque la situation le permet. Elle assure des soins qui ne peuvent pas être réalisés dans le cadre de la médecine de ville en raison de leur complexité, intensité ou technicité, destinés à des patients nécessitant une continuité des soins ainsi qu'une équipe de coordination pluridisciplinaire et médicalisée. L'HAD n'est donc pas incluse dans le périmètre et les missions de la PDSA. Cependant, et conformément à l'article D6124-201 du code de la santé publique, « [...] A titre exceptionnel, avec l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé et pour les jours et horaires prévus à l'article R. 6315-1, le recours à l'avis médical peut être organisé en coopération avec le dispositif de permanence des soins ambulatoires dans le cadre d'une convention prévoyant, notamment, la procédure de recours, les modalités d'accès au dossier médical des patients et les modalités de rémunération (...) ». Les centres de régulation médicale s'organisent pour que le médecin régulateur ait accès, selon la législation en vigueur, aux conventions établies.

### 3.3. Etablissement des certificats de décès

---

Le certificat de décès est un acte médico-administratif indispensable pour procéder aux démarches funéraires. Selon le Code général des collectivités territoriales, « *L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat attestant le décès, établi par un médecin, en activité ou retraité, par un étudiant en cours de troisième cycle des études de médecine en France ou un praticien à diplôme étranger hors Union européenne autorisé à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine, dans des conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.* »<sup>28</sup> Aucun texte n'impose de délai pour l'établissement du certificat de décès, mais les dispositions relatives à l'admission en chambre funéraire ou aux opérations de transport des corps vers un établissement de santé précisent que ce délai ne peut excéder 48 heures.

Dans le cadre de la PDSA, la responsabilité de la rédaction des certificats de décès n'est pas formellement attribuée aux médecins de garde. Cependant, selon les données recueillies auprès des CDOM, cette tâche repose sur ces médecins pour tout ou partie du département dans 83% des départements, un chiffre en hausse par rapport aux 79% rapportés en 2022.

---

<sup>28</sup> Article [L2223-42](#) du Code général des collectivités territoriales - Légifrance

Le financement de la rédaction des certificats de décès a été traité par le décret n°2017-1002 du 11 mai 2017<sup>29</sup> et l'arrêté du 10 mai 2017<sup>30</sup>, lesquels ont institué un forfait de 100 euros versé par la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement, applicable durant les horaires de la PDSA, et en dehors de ces horaires dans les zones officiellement désignées comme fragiles en termes d'offres de soins<sup>31</sup>.

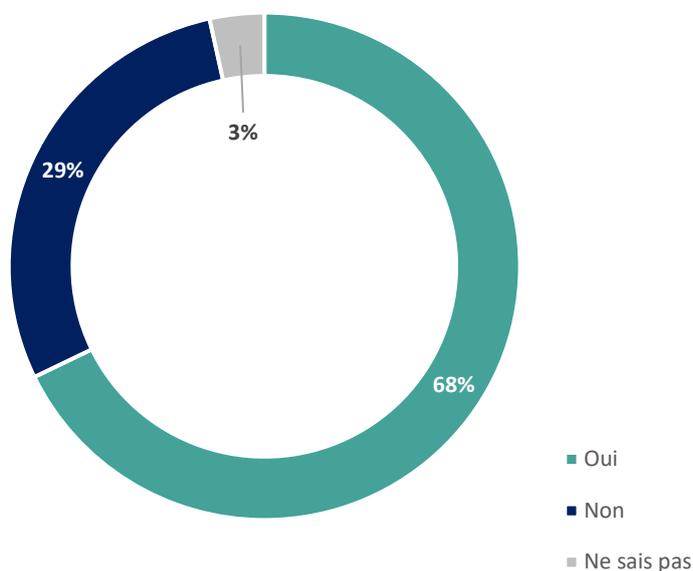
Néanmoins, la problématique de la gestion des certificats de décès persiste puisqu'en 2023, 68% des CDOM ont déclaré rencontrer des difficultés particulières liées à cette tâche, soit 7% de plus qu'en 2022.

---

**Graphique 27** - Répartition des départements rencontrant ou non des difficultés relatives à l'établissement des certificats de décès en 2023

---

Votre département rencontre-t-il des difficultés particulières à ce sujet ?



---

Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

---

Le principal obstacle rencontré réside dans la difficulté à trouver des médecins disponibles ou volontaires pour se déplacer afin d'établir des certificats de décès, comme en témoigne le CDOM des Alpes-Maritimes : « *Les médecins traitants ne font plus les certificats de décès de leurs propres patients. En raison de surcharge de travail ou l'absence d'effecteurs, il est difficile de trouver un médecin disponible.* ». Cette difficulté est accentuée dans les secteurs qui connaissent des pénuries, lorsque le périmètre des gardes est étendu, et/ou quand l'activité sur les sites d'effection fixe est déjà intense, comme le souligne le CDOM de Haute-Garonne :

---

<sup>29</sup> [Décret n° 2017-1002 relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient.](#) - Légifrance

<sup>30</sup> [Arrêté du 10 mai 2017 relatif au forfait afférent à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient.](#) - Légifrance

<sup>31</sup> Par arrêté du directeur général de l'ARS.

*« Les médecins ne peuvent pas être dans les MMG pour consultation et en même temps effectuer des certificats des décès sachant que nos territoires sont d'une grande amplitude. ».*

Dans certains territoires, les difficultés peuvent également être amplifiées selon la plage horaire durant laquelle survient le décès. Il peut être plus difficile de mobiliser des médecins effecteurs les week-ends, en nuit profonde ou encore en journée dans les zones où le forfait de 100€ précité n'est pas applicable en dehors des horaires de PDSA.

Le CNOM a sollicité, sans succès, une extension du dispositif tarifaire à toutes les plages horaires auprès des autorités publiques. La mise en place d'un double système de rémunération en fonction du moment ou du lieu de l'intervention est perçue comme incompréhensible tant par les médecins que par les familles. Cette approche rend le dispositif moins attractif et moins opérationnel. Le CNOM envisage de poursuivre ses démarches en vue d'une révision de cette politique. Il est à noter que, dans le cadre de la réglementation actuelle, les médecins salariés (à l'exception des médecins des centres de santé) et les médecins hospitaliers ne bénéficient ni du forfait de la CPAM ni du statut de collaborateur occasionnel du service public. Ils doivent également s'affilier aux organismes sociaux pour percevoir leurs rémunérations. Le CNOM prévoit d'initier des démarches auprès du ministère de la Santé pour remédier à cette situation.

En 2023, 55 CDOM ont indiqué qu'une organisation spécifique avait été instaurée dans leur département pour la rédaction des certificats de décès. Parmi les dispositifs mis en place, on peut mentionner l'élaboration de listes de médecins volontaires mises à disposition du SAMU. Cette approche a été mise en œuvre, notamment, dans le Vaucluse, les Bouches-du-Rhône, le Cher, l'Aude, le Cantal, la Seine-Maritime, l'Hérault, les Hautes-Alpes, les Pyrénées-Orientales, dans l'Ariège, dans le cadre d'un protocole signé avec le procureur de la République, la gendarmerie et la police.

D'autres dispositifs ont également été mis en place, tels que la mise à disposition d'une ligne téléphonique dédiée au CDOM 24h/24 en Haute-Corse, ou la mise en place de médecins mobiles sur le secteur de Nîmes métropole dans le Gard.

Il est important de noter que certains cahiers des charges intègrent explicitement la rédaction des certificats de décès parmi les missions du médecin de garde. C'est notamment le cas en Bretagne et à La Réunion, où cette tâche fait partie des visites dites incompressibles réalisées par l'effectif mobile. Le cahier des charges de la région Normandie aborde 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 spécifié qu'il n'est pas nécessaire que le médecin figure sur le tableau de gardes pour prendre en charge cet 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 modifié l'article L2223-42 du code général des collectivités territoriales en ce qui concerne l'établissement des certificats de décès. Conformément aux attentes, 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. Comme le rappelle la circulaire N° 2023-004 relative à l'établissement des certificats de décès, et en vertu de l'article R 2213-1-1 du code général des collectivités territoriales, *« Le médecin retraité sans activité qui souhaite être autorisé à établir des certificats de décès en fait la demande auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins de son lieu de résidence. Il doit être inscrit au tableau de l'ordre et demande, le cas »*

*échéant, son inscription à cette fin.* ». Dans ce contexte, des listes de médecins retraités volontaires pour réaliser les certificats de décès ont été établis dans 38 départements, dont le CDOM de Paris qui décrit le fonctionnement de ce dispositif : « *En accord avec le parquet, nous avons établi une liste de médecins retraités volontaires regroupant une quarantaine de médecins. Une formation au sein du CDOM standard 75 a été organisée avec la présence du parquet, de la CPAM de Paris et du représentant du préfet de police.* ». On dénombre au moins 266 médecins retraités volontaires<sup>32</sup> intégrés dans ce dispositif à travers le territoire.

Ce déploiement pourrait être fragilisé par la mise en place d'expérimentations permettant aux infirmiers diplômés d'Etat (IDE) de rédiger des certificats de décès.

Face à la problématique relative à l'établissement des certificats de décès, le gouvernement a autorisé, à titre expérimental, les IDE à signer des certificats de décès selon les modalités décrites dans un décret<sup>33</sup> et un arrêté<sup>34</sup> parus le 07 décembre 2023 au Journal Officiel, pris en application de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Cette expérimentation, initialement prévue pour un an, concerne l'Auvergne-Rhône-Alpes, le Centre-Val-de-Loire, l'Île-de-France, les Hauts-de-France, la Réunion et l'Occitanie. Dans les territoires concernés, des infirmiers pourront signer des certificats de décès « [...] *en cas d'indisponibilité d'un médecin pour établir le certificat de décès dans un délai raisonnable* [...] ». On peut citer l'exemple du Pas-de-Calais dans les Hauts-de-France, où le recensement des infirmiers libéraux a débuté grâce à l'utilisation de l'outil "Contact IDEL"<sup>35</sup> qui a permis de recenser 140 infirmiers libéraux volontaires. Le recensement se poursuivra en 2024 avec l'inclusion des infirmiers salariés travaillant dans les EHPADs et HAD. Ces infirmiers salariés ne pourront intervenir qu'au sein de la structure qui les emploie, et ce, pendant leurs heures de travail. Les infirmiers volontaires participant à cette expérimentation seront formés, initialement par le biais d'E-learning, suivi d'une mise en pratique à l'université de Lille.

Il convient cependant de préciser que l'article 3 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023, visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, **étend l'expérimentation** de la rédaction des certificats de décès par les infirmiers diplômés d'état (IDE) **à l'ensemble des régions françaises** en modifiant l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale susmentionnée qui la limitait à 6 régions.

Un projet de décret, ayant pour vocation de remplacer ou modifier le décret paru le 7 décembre 2023, est donc en cours d'élaboration.

### 3.4. Examen des gardés à vue

Selon le Code de la procédure pénale<sup>36</sup>, toute personne placée en garde à vue qui le demande a le droit d'être examinée par un médecin. Tout comme l'établissement des

---

<sup>32</sup> Ce chiffre doit être interprété comme la fourchette basse du nombre de médecins retraités volontaires pour établir les certificats de décès, compte tenu des CDOM n'ayant pas été en mesure de répondre à cette question.

<sup>33</sup> [Décret n° 2023-1146 du 6 décembre 2023 déterminant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023](#) - Légifrance

<sup>34</sup> [Arrêté du 6 décembre 2023 relatif à la prise en charge et au financement de l'expérimentation dans le cadre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023](#) - Légifrance

<sup>35</sup> Outil fourni par l'URPS IDEL et financé par l'ARS

<sup>36</sup> Article [63-3](#) du Code de procédure pénale - Légifrance

certificats de décès, l'examen des gardés ne fait pas officiellement partie des missions du dispositif de PDSA.

En raison de son caractère relevant d'un droit plutôt que d'une nécessité thérapeutique, le ministère de la Justice a soutenu qu'il ne devrait pas dépendre de l'organisation de la PDSA, car cela pourrait fragiliser davantage les zones présentant une faible démographie médicale, et où l'équilibre de la PDSA est fragile.

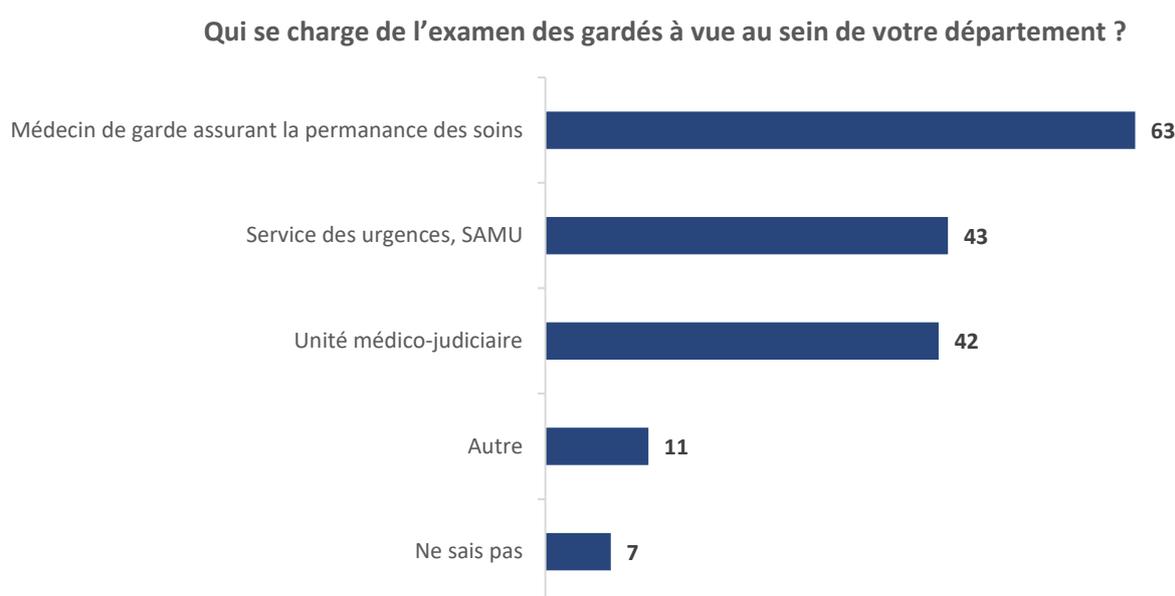
La réforme de 2010, issue du schéma d'organisation de la médecine légale, proposait de confier la réalisation de ces procédures aux Unités médico-judiciaires (UMJ). À partir de janvier 2011, le déploiement territorial de ces unités liées à des établissements publics de santé aurait dû conduire à la mise en place d'un système de permanence, permettant aux médecins légistes de se rendre dans les commissariats et les gendarmeries pour effectuer les examens médicaux des personnes en garde à vue.

L'enquête menée auprès des CDOM en 2023 révèle que la prise en charge exclusive par les UMJ était effective dans 13 départements : la Côte-d'Or, le Gard, les Hauts-de-Seine, l'Ain, la Nouvelle-Calédonie, la Seine-Saint-Denis, le Calvados, les Pyrénées-Orientales, l'Orne, la Vendée, les Yvelines, Paris et la Guyane.

Dans 29 autres départements, la prise en charge de l'examen des gardés à vue par les UMJ se réalise de manière conjointe 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 cela est observé dans le Var.

En outre, dans les départements où les UMJ ne prennent pas en charge ces actes, d'autres acteurs sont impliqués, tels que des médecins volontaires pour des gardes administratives dans le Lot-et-Garonne, ou encore des élus ordinaires dans la Loire.

**Graphique 28** - Répartition des acteurs participant à la prise en charge de l'examen des gardés à vue en 2023



Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

En 2023, parmi les départements au sein desquels l'examen des gardés à vue est effectué par un médecin de garde ou le service des urgences, 26 d'entre eux ont déclaré que le mode d'organisation avait fait l'objet d'une convention, soit 5 de plus qu'en 2022 :

- Entre les centres hospitaliers et le ministère de la justice ou les services de police, comme en Loire-Atlantique, en Haute-Loire, dans l'Ain, la Vienne ou encore dans la Marne où une convention est signée entre le CHU et le procureur de la république ;
- Entre les associations de type SOS Médecins et la préfecture ou les forces de l'ordre, comme c'est le cas dans le Rhône, le Val-de-Marne ou les Alpes-Maritimes ;
- Entre les médecins de garde de la PDSA, qu'ils interviennent au sein d'une MMG ou d'une association de type SOS Médecins, avec l'hôpital, comme c'est le cas dans l'Isère et le Haut-Rhin.

Les circulaires issues de la réforme de 2010 précitée autorisent le recours à un réseau de proximité, à titre dérogatoire et encadré par une convention, soit aux jours et heures non ouvrables de l'UMJ, soit lorsque des circonstances particulières, telles que l'éloignement géographique ou les délais de transport, le rendent nécessaire. Cependant, comme le soulignait en 2015 le rapport d'information parlementaire sur l'organisation de la permanence des soins<sup>37</sup>, ce qui devait être l'exception est, dans les faits, resté la norme dans de nombreux départements et, dans de nombreux cas, sans qu'une convention n'ait été établie.

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

---

### **4.1. Tableau de garde**

---

#### **a. *Élaboration***

L'organisation de l'élaboration des tableaux de garde de la permanence des soins ambulatoires peut varier en fonction des départements, impliquant différents acteurs. Les tableaux de garde 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 en collaboration entre le CDOM et les acteurs mentionnés. Quelle que soit l'approche choisie pour leur élaboration, la validation des tableaux de garde par le CDOM demeure obligatoire.

En 2023, les tableaux de garde d'effectif étaient majoritairement élaborés par les responsables de secteurs (83% des départements) et dans une moindre mesure par les associations départementales de PDSA (ADOPS, ASUM, et autres associations pour 35% des départements), pour être ensuite compilés et validés par les CDOM au niveau du département. Dans 17% des départements, le CDOM élabore et saisit les tableaux de garde d'effectif en plus de les valider.

En ce qui concerne la régulation, les tableaux de garde sont gérés majoritairement par des associations de médecins régulateurs libéraux (60%) ou des associations départementales de permanence des soins (38%). Dans une proportion beaucoup plus réduite (1%), les CDOM sont également impliqués dans l'élaboration des tableaux de garde de régulation. Il arrive

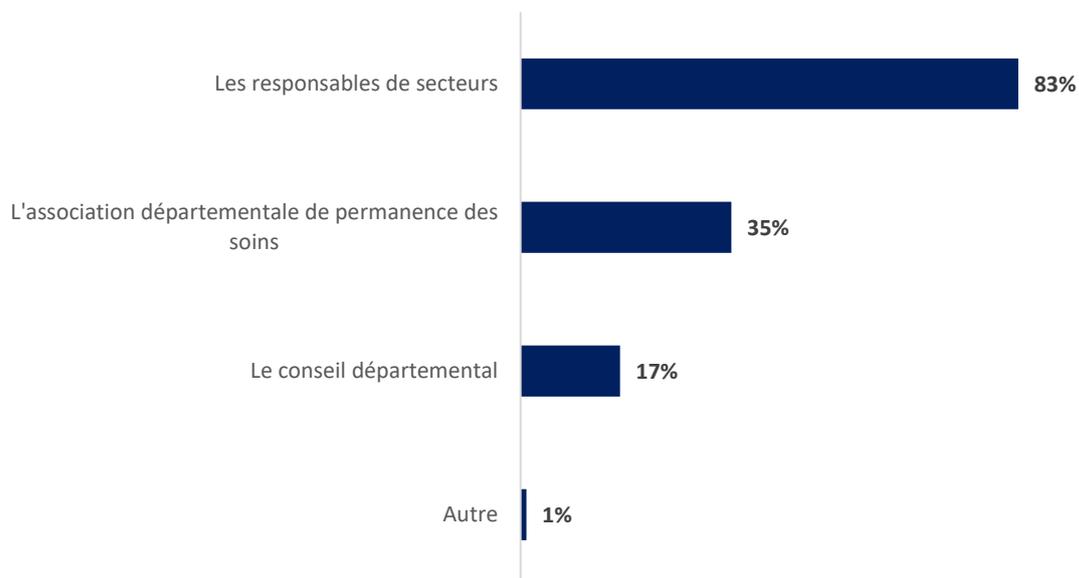
---

<sup>37</sup> [Assemblée Nationale, Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins, 2015.](#)

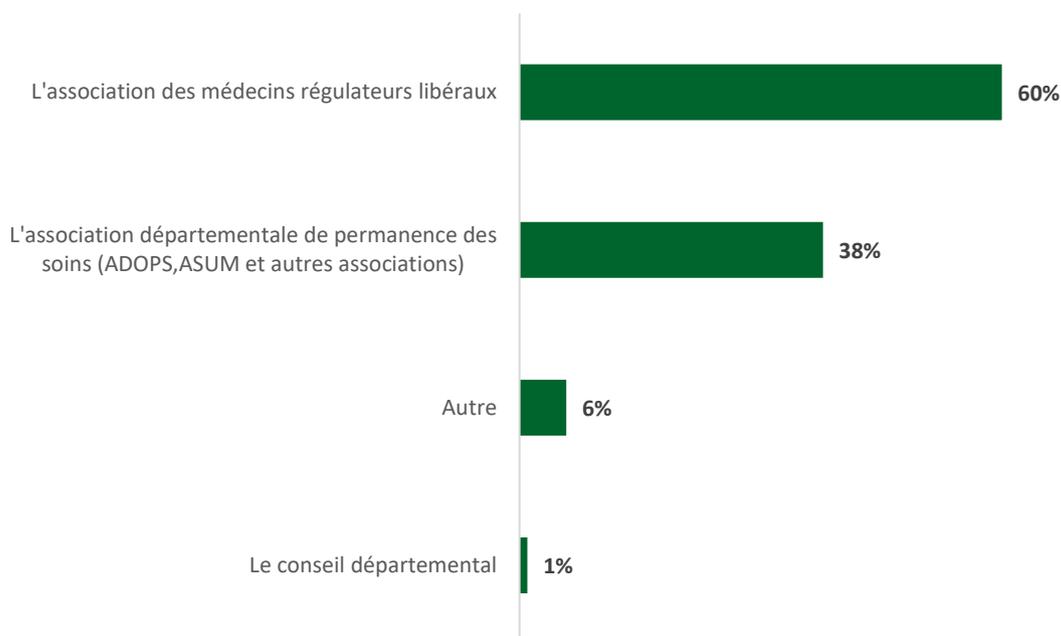
également que les tableaux de garde de régulation soient élaborés par d'autres acteurs, comme l'association médicale des urgences du Havre (AMUH) en Seine-Maritime, ou par le centre Hospitalier comme c'est le cas en Lozère et Nouvelle-Calédonie.

**Graphique 29** - Elaboration des tableaux de garde d'effectif et de régulation en 2023

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



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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2023

## **b. Utilisation des logiciels Ordigard et PGarde**

Le logiciel de gestion des gardes, Ordigard, a été développé en 2006 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en réponse au décret de 2005<sup>38</sup> régissant les modalités d'organisation de la permanence des soins et les conditions de participation des médecins. Cette solution permet de gérer les gardes d'effectif et de régulation dans chaque secteur de PDSA. Elle offre une gestion précise des secteurs de gardes, des plages horaires de PDSA, des associations de permanence des soins, des fiches de gardes des médecins, ainsi que de la tarification des forfaits d'astreinte.

Accessibles à divers 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, ces utilisateurs bénéficient de droits d'accès personnalisés selon leur statut.

Ordigard est également connecté à PGarde, un logiciel fourni et géré par l'Assurance Maladie, permettant la dématérialisation et la sécurisation des demandes de paiement des astreintes. Une fois les plannings de gardes consolidés et validés par l'ARS, ils peuvent être transmis à PGarde, garantissant un paiement rapide, sous 5 jours, des médecins effecteurs, régulateurs et associations mandataires.

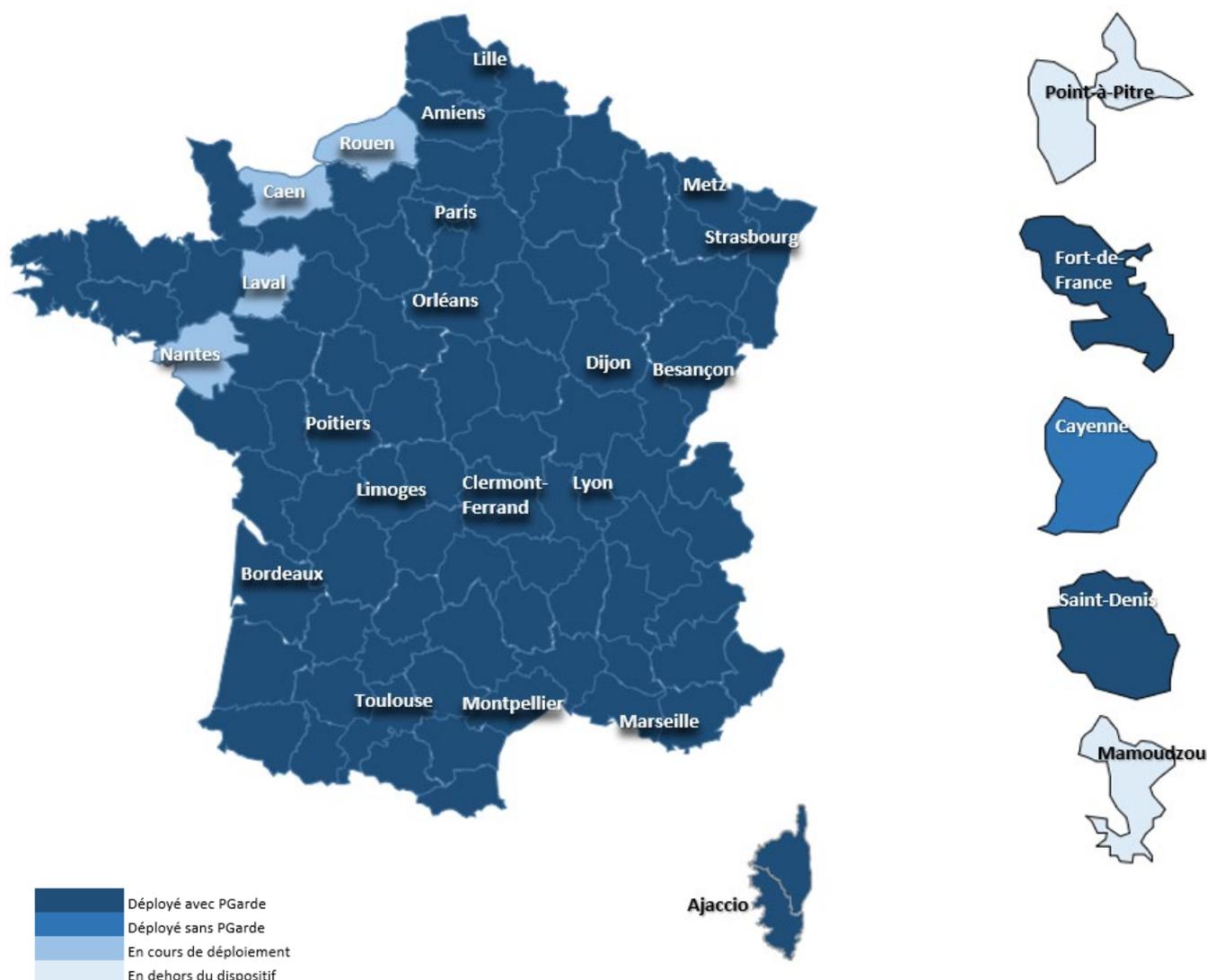
Parmi les 101 départements recensés en 2023 :

- 95 ont utilisé Ordigard ;
- 94 ont utilisé Ordigard couplé à PGarde ;
- 4 départements étaient en cours de déploiement d'Ordigard : la Mayenne, la Loire-Atlantique et la Seine-Maritime et le Calvados ;
- 2 étaient en dehors du dispositif Ordigard : la Guadeloupe et Mayotte.

---

<sup>38</sup> [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 8 - Déploiement d'Ordigard sur le territoire en 2023



Source : CNOM, Ordigard, 2023.

En 2023, sur les 1577 secteurs actifs présents dans Ordigard :

- 1477 étaient déclarés comme étant des secteurs d'effecton, soit 93,7% des secteurs actifs ;
- 100 étaient déclarés comme étant des secteurs de régulation, soit 6,3% des secteurs actifs.

Actuellement, une refonte de ce logiciel est en cours, visant à offrir aux utilisateurs une version dotée d'interfaces plus modernes et ergonomiques. La prochaine version d'Ordigard sera mise à disposition des utilisateurs au cours du premier semestre de 2024.

## 4.2. Plaintes et courriers reçus

---

Selon l'enquête menée auprès des CDOM, des plaintes ou des courriers portant sur la régulation ou l'effecton de la PDSA ont été adressés au conseil dans 42 départements, soit 3 de plus qu'en 2022.

En 2023, les plaintes ou les signalements provenaient principalement des patients, comme l'ont indiqué 27 départements, contre 22 en 2022. Lorsque ces signalements visaient les médecins effecteurs, ils portaient principalement sur les délais d'intervention jugés trop longs, des erreurs de diagnostic selon les patients, les tarifs des consultations, des soins jugés non consciencieux, ou encore l'attitude des médecins pendant la consultation ou la délivrance de certificats de décès. Les signalements visant la régulation étaient majoritairement liés à des réponses jugées inappropriées par les patients, qui auraient préféré accéder à un médecin de garde, se rendre aux urgences ou bénéficier d'une visite à domicile ou d'un transport sanitaire au lieu de recevoir un conseil médical. Certains signalements exprimaient également le ressenti des patients concernant la qualité d'écoute et de réponse des régulateurs. Cependant, il arrive que l'écoute des enregistrements des appels révèle que ces signalements n'étaient pas justifiés.

Des plaintes et signalements ont également été formulés par des médecins effecteurs dans 7 départements, à l'égard de la régulation ou en lien avec l'organisation de la PDSA ou l'exercice concurrentiel de certains centres de soins non programmés qui « *désorganiserait le dispositif de PDSA* ».

Dans 7 départements, des signalements ont été émis par les médecins régulateurs. Ces signalements étaient formulés à l'encontre des effecteurs en raison de difficultés à les contacter ou de leur réticence à se déplacer, ou portaient sur des dysfonctionnements techniques liés au matériel ou au réseau.

Un signalement a également été formulé par une autorité administrative pour le refus de déplacement d'un médecin afin de rédiger un certificat de décès.

En 2023, la chambre disciplinaire nationale a été amenée à se prononcer en appel sur deux plaintes concernant des médecins participant à la permanence des soins

Dans une première décision<sup>39</sup>, un médecin d'une association assurant la PDSA a eu un litige qui trouve son origine dans le comportement d'un médecin remplaçant qui n'a pas respecté ses obligations contractuelles.

Dans une seconde décision<sup>40</sup>, la chambre disciplinaire nationale a été amenée à se prononcer sur le comportement d'un médecin de garde intervenu plusieurs heures après la demande et pour lequel le patient a refusé l'examen.

---

<sup>39</sup> Décision 14893

<sup>40</sup> Décision 15072

### **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**

Les Associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS ou ASSUM) ou encore les Associations de médecins régulateurs libéraux sont des associations qui contribuent à l'organisation de la PDSA au sein de leur département par la coordination des tableaux de garde, et qui sont composées de médecins participant à la PDSA, qu'il s'agisse de médecins effecteurs ou régulateurs.

Ces associations jouent un rôle déterminant dans le bon fonctionnement de la PDSA dans de nombreux départements, en collaboration avec les CDOM. C'est le cas par exemple en Maine-et-Loire, où l'ADOPS regroupe 550 médecins généralistes installés ou remplaçants, et où le CDOM indique que la PDSA fonctionne de manière optimale notamment grâce à leur entente avec l'ADOPS 49.

L'enquête menée auprès des CDOM révèle qu'en 2023, le nombre de départements disposant d'une association dédiée à la permanence des soins (ADOPS, ASSUM ou AMRL) s'élevait à 91. Ces organisations particulièrement développées sur le territoire nationale jouent ainsi un rôle majeur dans 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 offrent une flexibilité aux professionnels désireux de collaborer pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population. Initiées par les professionnels de santé, ces CPTS rassemblent divers acteurs de santé d'un même territoire, comprenant des professionnels des soins de premier et/ou du second recours, ainsi que des intervenants hospitaliers, médico-sociaux et sociaux.

L'organisation des CPTS et les missions qu'elles se donnent sont hétérogènes, et peuvent inclure l'organisation de la PDSA au sein du territoire. Selon l'enquête menée auprès des CDOM, des CPTS en projet ou fonctionnelles jouaient ainsi un rôle dans l'organisation de la PDSA pour 14% des départements en 2023<sup>41</sup>, soit 2% de plus que l'année précédente.

Elles jouent un rôle dans l'organisation de la PDSA de différentes manières selon les départements :

- Elles participent à l'élaboration du cahier des charges régional de de la permanence des soins ambulatoires, comme c'est le cas dans le Gard ;
- Elles participent à la gestion de certaines maisons médicales de garde, comme dans les Hauts-de-Seine ;
- Elles participent à la prise en charge des soins non programmés (SNP) et des appels émanant du SAS, comme c'est le cas dans les Ardennes, la Manche, les Pyrénées-

---

<sup>41</sup> « Non » pour 77% des CDOM et « Ne sais pas » pour 10%.

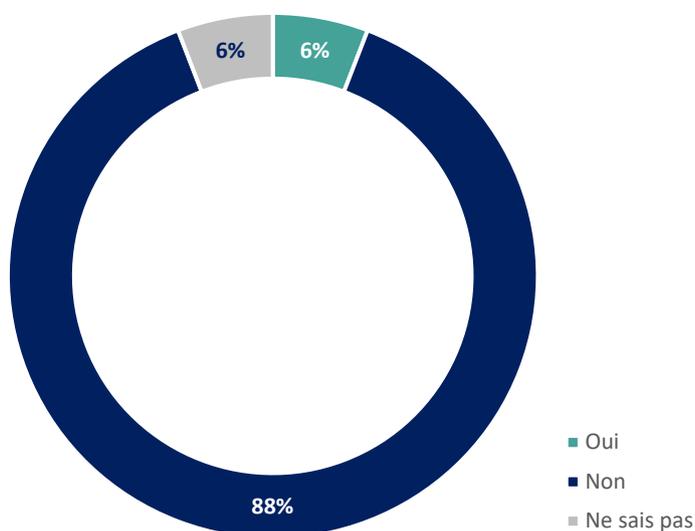
Atlantiques ou encore le Rhône. Cela permet de soulager la PDSA lorsque les SNP sont pris en charge durant les heures précédant les horaires de PDSA.

## 5. Permanence des soins ambulatoire spécialisée hors médecine générale

D'après les résultats de l'enquête menée auprès des CDOM, il ressort que l'organisation des prises en charge ambulatoires spécialisées, en dehors de la médecine générale, reste limitée en horaires de PDSA. En effet, en 2023, une PDSA spécialisée hors médecine générale serait en place dans seulement 6% des départements.

**Graphique 30** – Départements disposant d'une PDSA spécialisée hors médecine générale en 2023

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



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2023.

Lorsqu'elle est organisée, la PDSA spécialisée concerne principalement deux spécialités :

- La pédiatrie, comme illustré par les exemples des Alpes-Maritimes, la Loire-Atlantique, l'Isère et la Loire ;
- L'ophtalmologie, comme constaté en Charente ou dans la Manche où la PDSA dédiée à cette spécialité est organisée, bien qu'elle ne soit pas budgétisée.

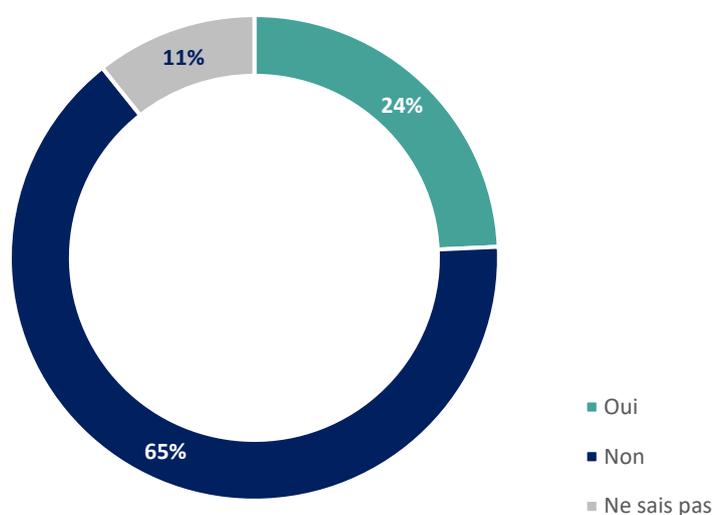
D'autres spécialités ont été évoquées de manière beaucoup plus limitées, telles que la gastro-entérologie ou la gynécologie obstétrique.

## 6. Partenariat ville-hôpital

En 2023, 24% des CDOM ont rapporté l'existence de partenariats et/ou conventions entre les Associations départementales d'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS), les associations de type SOS Médecins, et les services des urgences, soit 3% de plus qu'en 2022. Ces partenariats ont pour objectif de faciliter l'accès aux soins pendant les horaires de PDSA.

**Graphique 31** - 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, 2023

Ces partenariats entre la ville et l'hôpital dans le cadre de la PDSA se concrétisent de diverses manières :

- **Conventions régissant la coordination entre SOS Médecins et le Centre 15 ;**
- **Conventions entre les services d'accueil des urgences (SAU) et les médecins de garde de la PDSA :** Des conventions sont mises en place entre les services d'accueil des urgences des centres hospitaliers et les médecins de garde de la PDSA, y compris ceux intervenant dans les maisons médicales de garde ou les associations telles que SOS Médecins. Ces accords incluent souvent des dispositions pour la réorientation des patients des SAU vers les médecins de garde de la PDSA. Des exemples concrets de cette collaboration sont observés dans des départements tels que le Pas-de-Calais, l'Essonne, le Nord, le Cantal et la Loire-Atlantique.
- **Conventions régissant l'accès aux SAU après régulation par le médecin régulateur libéral :** En Mayenne par exemple, le service des urgences de l'hôpital de

Laval met un bureau à disposition des médecins régulateurs libéraux qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas réguler depuis leur domicile.

Ces différentes formes de partenariats visent à renforcer la coordination entre les services d'urgence hospitaliers, les médecins de garde de la PDSA, les professionnels de santé libéraux, les associations de permanence des soins, contribuant ainsi à faciliter l'accès aux soins des patients en horaires de PDSA.

## 7. Constats et perspectives

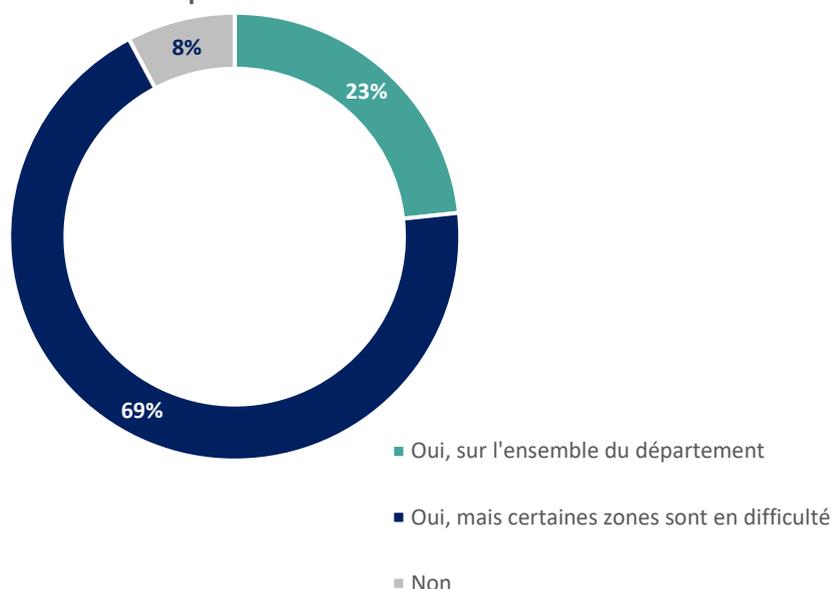
### 7.1. Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux

#### a. Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA par les CDOM

Les CDOM ont été interrogés quant à leur évaluation du bon fonctionnement de la PDSA dans leurs territoires dans le cadre de cette enquête. **Une grande majorité d'entre eux a répondu qu'ils estimaient que la PDSA fonctionnait globalement bien dans leur département**, mais que certaines zones rencontraient des difficultés (71 en 2023 contre 79 en 2022). Ils ont été 24 à répondre que la PDSA fonctionnait bien dans l'ensemble du département (contre 15 en 2022), tandis que 8 CDOM ont estimé que le dispositif ne fonctionnait pas correctement dans leur département (contre 9 en 2022).

#### Graphique 32 – Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA selon les départements

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



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2023

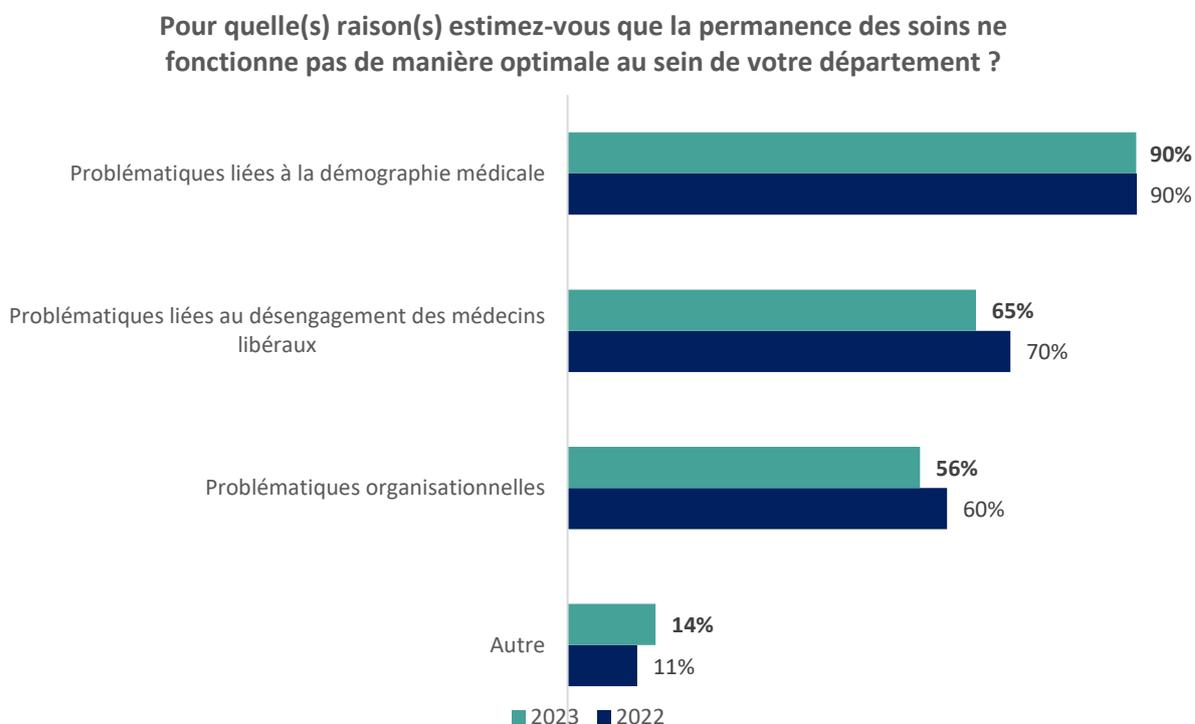
### b. Causes des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM

Les départements ayant déclaré rencontrer des difficultés au niveau du fonctionnement de la PDSA (départements ayant répondu « Oui, mais certaines zones sont en difficulté » et « Non » dans le graphique 32), ont soulevé les difficultés suivantes, classées par ordre d'importance et de priorité :

- Des problématiques liées à la démographie médicale ;
- Des problématiques liées au désengagement des médecins libéraux ;
- Des problématiques organisationnelles, impliquant que l'organisation définie dans le cahier des charges régional de la PDSA n'est pas en cohérence avec les problématiques de terrain.

Les CDOM interrogés ont également mentionné d'autres motifs qu'ils estiment être à l'origine du fonctionnement non optimal de la PDSA dans leur département (catégorie « Autre » dans le graphique 33). Parmi ces raisons figurent l'insécurité des médecins, le manque d'attractivité financière, les centres de soins non-programmés qui concurrencent le dispositif de PDSA, ou encore les conditions de travail des médecins régulateurs (parc informatique vieillissant, locaux surchauffés, etc.).

**Graphique 33** – Cause des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2022 et 2023 (N=88 en 2022 et N=79 en 2023)



Source : CNOM, Enquêtes PDSA, 2022 et 2023

### ***c. Les problématiques liées à la démographie médicale***

Les problématiques liées à la démographie se présentent donc au cœur des préoccupations des CDOM, et seraient la principale source de fragilisation de la PDSA, caractérisées par deux facteurs défavorables : la faible densité médicale, en particulier dans certaines zones rurales, et le vieillissement de la population médicale en exercice. On peut souligner l'exemple de l'Orne, où 23% des médecins généralistes libéraux avaient plus de 65 ans au moment de l'enquête, selon les informations fournies par le CDOM.

### ***d. Les problématiques liées à l'implication des médecins***

Les problématiques associées au désengagement des médecins libéraux sont également identifiées comme étant à l'origine des difficultés de fonctionnement de la PDSA, telles que mentionnées par 52 départements. Selon leurs observations, le désengagement des médecins libéraux est attribué aux raisons suivantes :

- Une activité trop faible dans certains secteurs (59%) ;
- L'insécurité des médecins de gardes dans certaines zones (52%) ;
- Une activité trop importante sur certains secteurs (28%) ;
- Des conflits entre les différents acteurs de la PDSA (15%).

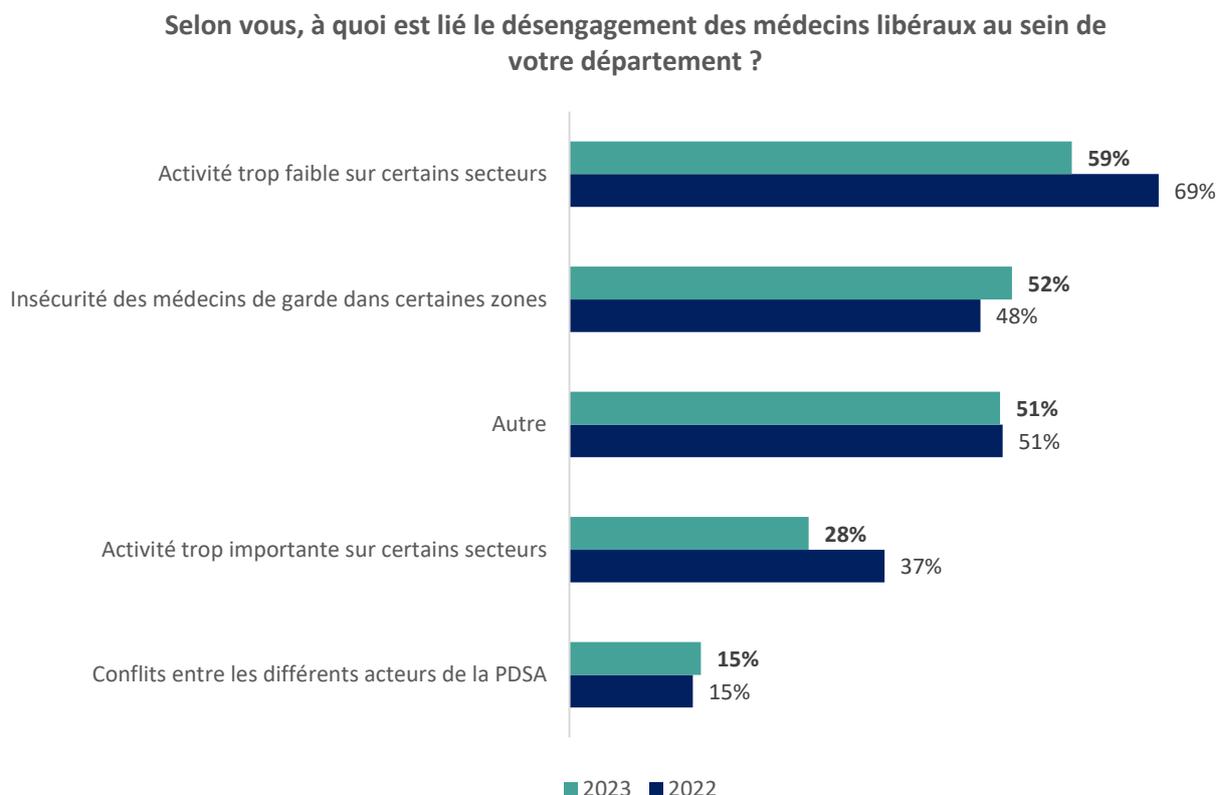
Plus de la moitié des répondants (51%) ont mentionné des raisons qui ne figuraient pas parmi les options proposées dans le questionnaire fourni aux CDOM (catégorie « Autre » dans le graphique 34). Ces raisons évoquées renvoient principalement à une surcharge de travail durant les horaires ouvrables, entraînant un épuisement professionnel des médecins de garde. C'est ce que semble confirmer l'enquête menée par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux d'Ile-de-France dans le cadre de son Baromètre santé des médecins libéraux franciliens 2023<sup>42</sup> qui révèle que, parmi les 1290 médecins répondants, 44% se situent « en zone de risque » d'épuisement professionnel.

D'autres facteurs ont été mentionnés pour expliquer le désengagement des médecins libéraux, comprenant notamment l'éloignement géographique des lieux de garde, l'orientation des patients vers les centres de soins non-programmés par la régulation, et la question de la rémunération, en particulier la déception des médecins quant à l'absence de revalorisation des consultations.

---

<sup>42</sup> [Baromètre santé des médecins libéraux franciliens 2023](#)

**Graphique 34** - Causes du désengagement des médecins libéraux selon les CDOM en 2022 et 2023 (N=62 en 2022 et N=71 en 2023).



Source : CNOM, Enquêtes PDSA, 2022 et 2023

#### **e. Les problématiques d'ordre organisationnel**

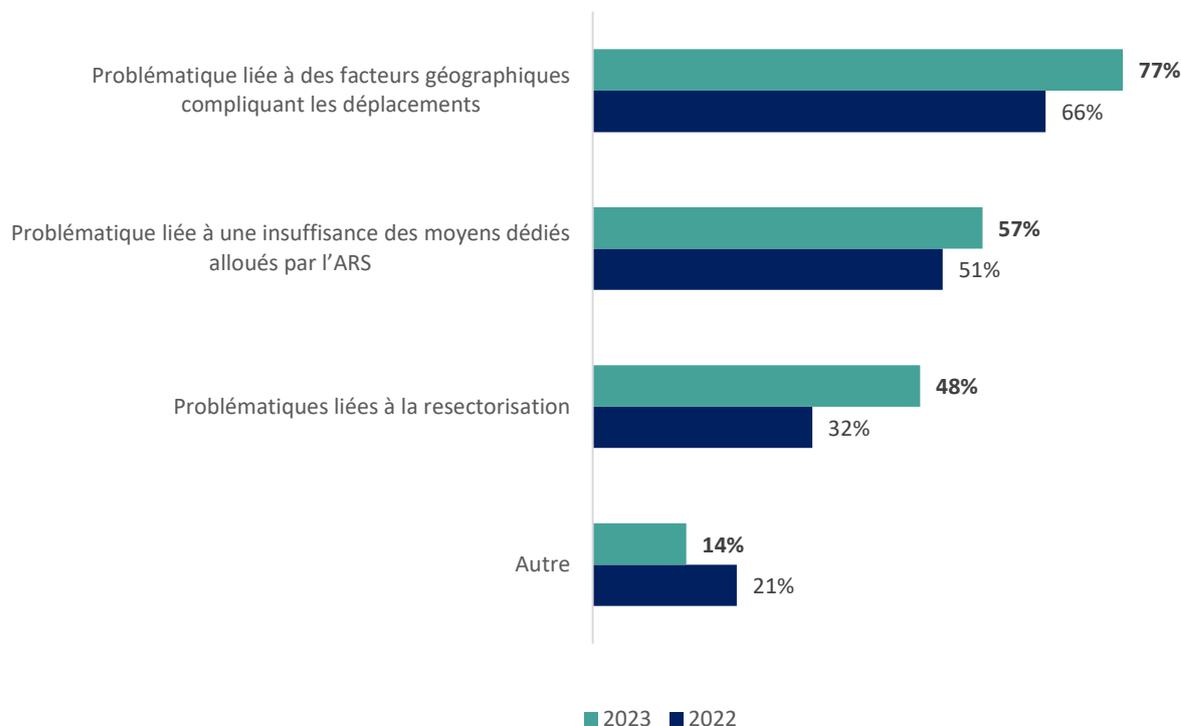
Les problématiques d'ordre organisationnel, identifiées par 46 départements, peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Des facteurs géographiques compliquant les déplacements (77%) ;
- Des problématiques liées à une insuffisance des moyens dédiés alloués par l'ARS (57%) ;
- Des problématiques liées aux resectorisations qui peuvent induire une augmentation des distances à parcourir pour les médecins (48%).

Les CDOM ayant fait part de problèmes d'ordre organisationnels dans leur département ont également évoqué des difficultés liées aux distances à parcourir pour rejoindre le centre de régulation, ou encore le manque de valorisation financière des actes ou des astreintes, en particulier en Polynésie où les médecins inscrits sur le tableau de garde ne perçoivent aucun forfait d'astreinte. D'autres défis sont très spécifiques à certaines régions, comme les difficultés de stationnement pour les médecins à Paris par exemple.

**Graphique 35** - Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2022 et 2023 (N=53 en 2022 et N=44 en 2023)

A quelles problématiques organisationnelles votre département est-il confronté ?



Source : CNOM, Enquêtes PDSA, 2022 et 2023

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

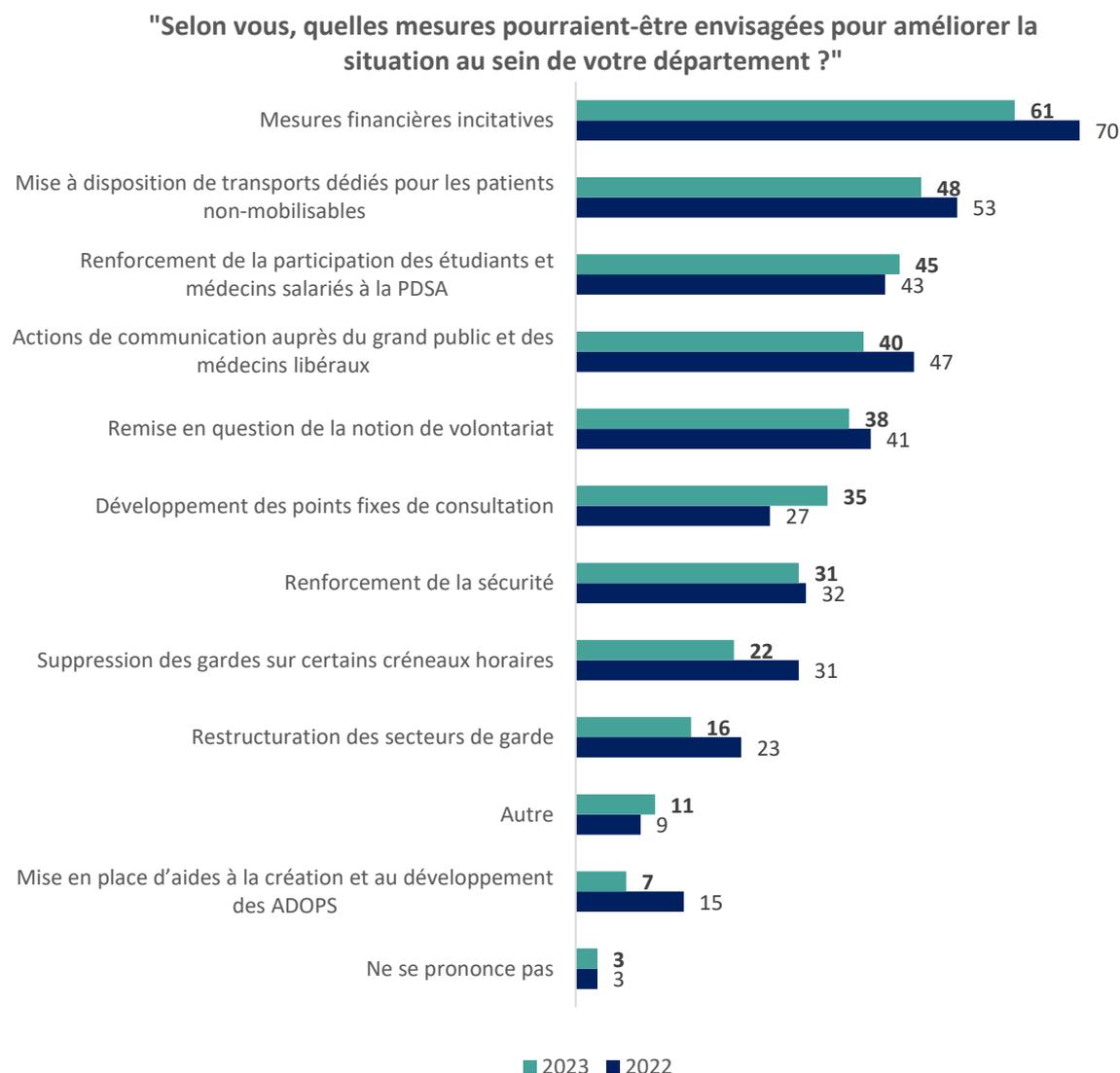
Les 79 CDOM ayant signalé des problèmes de fonctionnement de la PDSA ou des difficultés dans certaines zones ont également été interrogés sur les pistes d'amélioration pouvant être envisagées pour remédier à la situation.

Les pistes d'amélioration identifiées par les CDOM sont les suivantes, classées par ordre d'importance et de priorité :

- La mise en place de mesure financières incitatives, telles que l'élargissement de la défiscalisation à tous les territoires, la revalorisation des actes en visite ou encore l'indemnisation des distances parcourues pour rejoindre le centre de régulation (61 CDOM) ;
- La mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables (48) ;
- Le renforcement de la participation des étudiants et médecins salariés à la PDSA (45) ;
- La mise en place d'actions de communication auprès du grand public et des médecins libéraux (40) ;
- La remise en question de la notion de volontariat (38) ;
- Le développement de points fixes de consultation (35) ;

- Le renforcement de la sécurité (31) ;
- La suppression des gardes sur certains créneaux horaires (22) ;
- La restructuration des structures de garde (16) ;
- La mise en place d'aides à la création et au développement des ADOPS (7).

**Graphique 36** - Pistes d'améliorations désignées par les CDOM en 2022 et 2023 (N=88 en 2022 et N=79 en 2023)



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2022 et 2023

Lecture : Sur les 79 CDOM ayant rencontré des difficultés de fonctionnement de la PDSA en 2023, les mesures financières incitatives ont été désignées comme mesure envisagée pour améliorer la situation par 61 CDOM

Cette année encore, la question financière arrive en tête des pistes d'amélioration désignées par les CDOM, suivie du développement des transports dédiés pour les patients non-mobilisables et le renforcement de la participation des étudiants et médecins salariés à la PDSA.

Les pistes d'améliorations identifiées par les CDOM mettent également en lumière une préoccupation constante concernant le renforcement de la sécurité des médecins de garde. Cette préoccupation semble être étayée par les résultats du recensement national des incidents (agressions, violences verbales, vols, incivilités) mené par le CNOM<sup>43</sup> dans le cadre de son observatoire de la sécurité. Ce recensement révèle que le nombre d'incidents déclarés par les médecins a atteint un pic historique de 1244 incidents, et que les médecins généralistes étaient en première ligne puisqu'ils représentaient 71% des victimes d'agression en 2022.

Les CDOM interrogés ont également mentionné des mesures autres que celles proposées dans les choix de réponses précédents. Parmi celles-ci, on retrouve l'augmentation de l'effectif, la réorganisation des secteurs de garde, la modification des horaires de PDSA, l'intégration de la PDSA dans la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique), l'obtention de points retraite relatifs à la pénibilité du travail en décalé des médecins, ou encore la mise en place de repos compensateurs.

### **7.3. Initiatives et expérimentations**

---

Parmi les initiatives envisagées pour améliorer le fonctionnement de la PDSA dans les départements rencontrant des difficultés à cet égard, 52% des CDOM ont mentionné la mise en œuvre d'actions de communication à destination du grand public et des médecins libéraux. Parmi les CDOM interrogés, 19 ont déclaré que des actions de communication relatives au dispositif de permanence des soins avaient été mises en place dans leur département en 2023, soit 3 de moins qu'en 2022.

Ces actions de communication ont été réalisées à travers divers moyens : par voie de presse, via des campagnes d'affichage, des flyers, des publications dans des bulletins municipaux, des publications sur les réseaux sociaux, ainsi que des spots diffusés à la radio et à la télévision. Ces campagnes visaient à sensibiliser le grand public sur divers aspects du dispositif de PDSA, notamment son organisation, ses modalités d'accès, ainsi que l'utilisation appropriée des services de santé, y compris l'importance du recours à la régulation au début du parcours de soins.

Les CDOM ont également été sondés concernant la mise en place d'éventuelles initiatives ou expérimentations liées à la PDSA, et 20% d'entre eux nous ont indiqué que des actions ont été entreprises au sein de leur département au cours de l'année 2023.

---

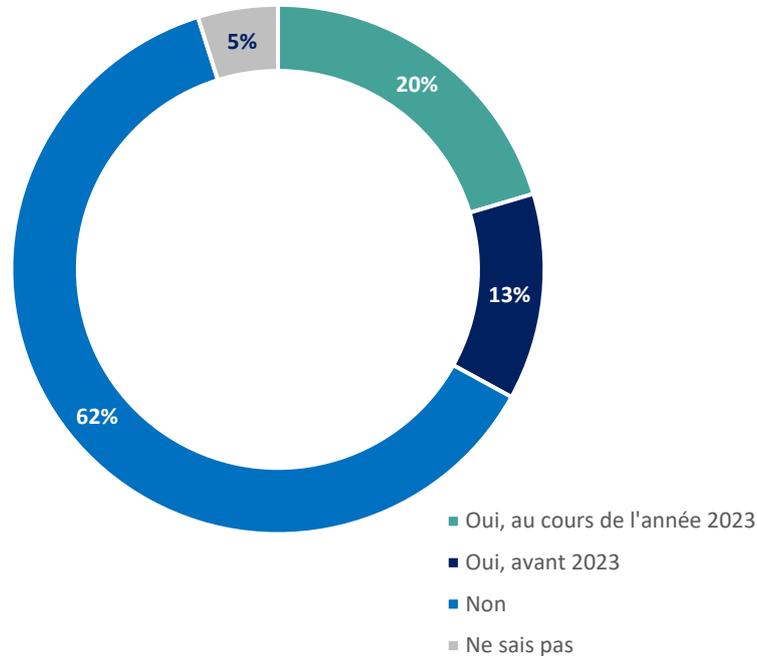
<sup>43</sup> Observatoire de la sécurité des médecins en 2022 – Recensement national des incidents par la section Exercice Professionnel du CNOM

---

**Graphique 37** - 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, Enquête PDSA 2023

---

Certaines des initiatives ou expérimentations mentionnées incluent des dispositifs qui ont été évoqués antérieurement dans ce rapport :

- La constitution de liste de médecins volontaires, qu'ils soient retraités ou non, pour l'établissement de certificats de décès ;
- La restructuration des territoires de garde, entraînant une diminution du nombre de secteurs ;
- L'ouverture de nouvelles maisons médicales de gardes ou points fixes de consultation. On peut souligner l'exemple du Rhône qui a expérimenté l'ouverture d'une MMG spécialisée en pédiatrie durant l'été 2023.
- Les modifications d'accès aux maisons médicales de gardes, avec la mise en place d'une régulation obligatoire ou encore la création de postes d'assistantes médicales chargées du triage et de la prise de rendez-vous ;
- Les modifications de plages horaires de PDSA, impliquant l'avancement des plages horaires de PDSA à partir de 18h, l'arrêt anticipé des plages de garde du soir à 22h ou 23h, ou encore l'arrêt des gardes en soirées et en nuit profonde dans les secteurs présentant une faible activité ou peu d'effecteurs ;

- Le renforcement des lignes de garde d'effectif ou de régulation durant les périodes de fortes tensions, particulièrement durant la période estivale ;
- L'extension de la PDSA au samedi matin.

Dans certains départements, d'autres initiatives et expérimentations plus spécifiques ont également été mises en œuvre :

- En Loire-Atlantique, une nouvelle exigence a été mise en place pour les internes effectuant leur stage chez un médecin généraliste : ils doivent dorénavant participer, sous la supervision d'un médecin titulaire, à deux plages de garde de quatre heures chacune par semestre en MMG ;
- Dans le cadre d'une expérimentation estivale dans la région PACA, précisément dans les Hautes-Alpes et le Vaucluse, les médecins régulateurs peuvent recourir à des infirmiers en pratique avancée (IPA) munis de malles télé-connectées pour effectuer des visites au domicile du patient, permettant ainsi la prise des constantes, des téléconsultations et la levée de doute avant le recours à un transport sanitaire.
- Avant 2023, la Manche avait également déployé deux unités mobiles de télémédecine. Ces véhicules étaient équipés d'un infirmier et d'une mallette de télémédecine, permettant de réaliser des téléconsultations à domicile après une régulation effectuée par le 15. Cependant, cette expérimentation a pris fin le 1er janvier 2024.

## IV. Conclusion

Cette année encore, le présent rapport sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en 2023 nous offre l'opportunité de tirer plusieurs enseignements. Nous observons, grâce à l'implication des médecins généralistes libéraux et salariés, une hausse de leur participation au dispositif de PDSA et une amélioration de la couverture territoriale, atteignant 97% durant les week-ends et jours fériés.

Plusieurs tendances observées depuis plusieurs années persistent en 2023, telles que l'essor des sites dédiés à la PDSA, la réduction du nombre de secteurs par le biais de re-sectorisations, et la baisse de l'âge moyen des médecins.

Les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) confrontés à des difficultés dans la mise en œuvre de la permanence des soins sur tout ou partie de leurs territoires ont confirmé en 2023 les pistes d'amélioration déjà identifiées les années précédentes : des mesures financières incitatives telles que l'élargissement de la défiscalisation et la revalorisation des actes et forfaits d'astreinte, la mise à disposition de moyens de transport dédiés pour les patients non-mobilisables, des campagnes de sensibilisation du public, ainsi qu'un renforcement de la participation des remplaçants et des médecins salariés.

Certaines des demandes antérieures émanant des CDOM n'ont cependant pas progressé en 2023, telles que le renforcement des systèmes d'acheminement des patients vers des établissements fixes. L'absence d'évolution concernant l'extension de la permanence des soins au samedi matin s'explique en partie par le déploiement progressif du Service d'Accès aux Soins (SAS) intervenant également pendant cette plage horaire.

En 2023, malgré les demandes répétées du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), il subsiste des domaines à améliorer, comme l'organisation spécifique de la prise en charge des résidents en EHPAD. Bien que des initiatives locales aient été lancées dans certains départements, aucun dispositif national n'a été mis en place à cet effet. De plus, il est essentiel de poursuivre les efforts pour simplifier la gestion de certains actes médico-administratifs, tels que la rédaction des certificats de décès. À cet égard, le CNOM a plaidé pour l'extension du forfait dédié à l'établissement de ces documents à toutes les tranches horaires, pour tous les médecins actifs ou retraités et l'élargissement du dispositif aux médecins salariés et hospitaliers.

Ce rapport témoigne de l'engagement des médecins envers la permanence des soins et de son alignement global sur ses objectifs. Cependant, des pistes d'amélioration persistent et évoluent chaque année. L'émergence des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et du Service d'Accès aux Soins (SAS) pourrait également contribuer progressivement à combler les déséquilibres territoriaux souvent constatés en agissant en tant qu'acteurs de proximité.

## V. Index des illustrations

### 1. Index des graphiques

Graphique 1 – Modifications de l'organisation de la PDSA déclarés par les CDOM (N=103).	9
Graphique 2 – Evolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2020 et 2023.	10
Graphique 3 – Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA en 2023.	17
Graphique 4 - Proportion de départements au sein desquels les patients ont la possibilité d'accéder aux sites dédiés à la PDSA sans régulation préalable.	18
Graphique 5 - Proportions départementales en termes d'évolution de la part des actes cotés non-régulés entre 2021 et 2022.	19
Graphique 6 - Proportions départementales en termes d'évolution de la part des actes cotés non-régulés entre 2021 et 2022.	21
Graphique 7 - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA entre 2020 et 2023.	22
Graphique 8 - Évolutions départementales du nombre de médecins participant à la régulation médicale entre 2022 et 2023 – Évolution d'ensemble et déclinaisons pour les médecins libéraux installés et les médecins retraités, salariés et remplaçants.	23
Graphique 9 - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire entre 2020 et 2023.	28
Graphique 10 - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2022 selon le créneau horaire.	29
Graphique 11 – Evolution du nombre d'actes effectués en soirée entre 2018 et 2022.	32
Graphique 12 – Mise en place et modalités de l'effectif mobile par département en 2023.	39
Graphique 13 – Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés (N = 90).	40
Graphique 14 – Part des départements où la téléconsultation a été utilisée en effectif en 2023.	42
Graphique 15 – Part des départements ayant élargi la PDSA au samedi matin en 2023.	43
Graphique 16 – Avis des CDOM au sujet de l'extension des horaires de PDSA au samedi matin en 2023.	45
Graphique 17 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2018 et 2023 au niveau national.	47
Graphique 18 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2022 et 2023 au niveau départemental.	47
Graphique 19 - 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 2020 et 2023.	50
Graphique 20 - Répartition des médecins effecteurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2023.	51
Graphique 21 - Répartition des médecins régulateurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2023.	51
Graphique 22 - Part des médecins de gardes effectuées par des femmes de 2018 à 2023.	52
Graphique 23 – Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2023 selon la tranche d'âge.	52
Graphique 24 - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2023 selon le mode d'exercice.	53
Graphique 25 - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2023 selon le statut.	55
Graphique 26 – Evaluation du fonctionnement du SAS par les CDOM en 2023.	60
Graphique 27 - Répartition des départements rencontrant ou non des difficultés relatives à l'établissement des certificats de décès en 2023.	63

Graphique 28 - Répartition des acteurs participant à la prise en charge de l'examen des gardés à vue en 2023 .....	66
Graphique 29 - Elaboration des tableaux de garde d'effectif et de régulation en 2023.....	68
<b>Graphique 30</b> – Départements disposant d'une PDSA spécialisée hors médecine générale en 2023 .....	73
Graphique 31 - 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 .....	74
Graphique 32 – Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA selon les départements ..	75
Graphique 33 – Cause des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2022 et 2023 (N=88 en 2022 et N=79 en 2023) .....	76
Graphique 34 - Causes du désengagement des médecins libéraux selon les CDOM en 2022 et 2023 (N=62 en 2022 et N=71 en 2023). .....	78
Graphique 35 - Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2022 et 2023 (N=53 en 2022 et N=44 en 2023).....	79
Graphique 36 - Pistes d'améliorations désignées par les CDOM en 2022 et 2023 (N=88 en 2022 et N=79 en 2023).....	80
Graphique 37 - Proportion de départements ayant mis en place des initiatives/expérimentations en lien avec la PDSA .....	82

## 2. Index des tableaux

---

Tableau 1 – Front de régulation libérale (France entière) selon les plages horaires de la PDSA entre 2021 et 2023 .....	24
Tableau 2 - Forfaits horaires de la participation à la régulation médicale de la PDSA en 2023 .....	26
Tableau 3 - Organisation de l'effectif en fonction du créneau horaire en 2023.....	30
Tableau 4 - Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effectif en 2023.....	41

## 3. Index des cartographies

---

Cartographie 1 - Part des actes cotés non-régulés en 2022 .....	20
Cartographie 2 - Taux de couverture des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés en 2023 .....	33
Cartographie 3 - Taux de couverture des territoires de PDSA en soirée (de 20h à minuit) en 2023 .....	34
Cartographie 4 - Taux de couverture des territoires de PDSA en nuit profonde en 2023 .....	35
Cartographie 5 - Taux de secteurs de PDSA couverts par des sites dédiés en 2023 .....	37
Cartographie 6 - Taux de participation des médecins à la PDSA en 2023 .....	49
Cartographie 7 - Déploiement des SAS au 1 <sup>er</sup> février 2024.....	58
Cartographie 8 - Déploiement d'Ordigard sur le territoire en 2023 .....	70

## 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
- ASSUM.** Association des services de soins et d'urgence médicale
- ARS.** Agence régionale de santé
- CAPS.** Centre d'accueil de permanence des soins
- CARMF.** Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
- 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
- IDE.** Infirmier Diplômé d'Etat
- 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

2023						
	Nombre d'habitants	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine (20h – 24h)	Nuit profonde (24h – 8h)
<b>ILE-DE-FRANCE</b>						
PARIS	2 102 650	0	4	4	4	3
SEINE-ET-MARNE	1 452 775	0	2	2	2	2
YVELINES	1 461 524	0	3 à 4	3 à 4	3*	2*
<i>*Nuit profonde de 1h à 8h</i>						
ESSONNE	1 316 053	0	2 à 4	2 à 4	3	3
HAUTS-DE-SEINE	1 642 002	0	4	4	4	3
SEINE-SAINT-DENIS	1 682 806	0	4	4	4	4
VAL-DE-MARNE	1 426 748	0	3 à 4	3 à 4	3 à 4	2
VAL-D'OISE	1 274 374	0	3	3	3	3
<b>Total Ile-de-France</b>	<b>12 358 932</b>	<b>0</b>	<b>25 à 29</b>	<b>25 à 29</b>	<b>26 à 27</b>	<b>22</b>
<b>NORMANDIE</b>						
CALVADOS	700 595	1	2	2	2	2
EURE	596 710	1	1,5	1,5	1	1
MANCHE	492 642	1	1	1	1	0
ORNE	272 872	1	1	1	1	1
SEINE-MARITIME	1 254 204	2	4	4	2	1
<b>Total Normandie</b>	<b>3 317 023</b>	<b>6</b>	<b>9,5</b>	<b>9,5</b>	<b>7</b>	<b>5</b>
<b>GRAND-EST</b>						
ARDENNES	265 417	0	0	0	0	0
AUBE	312 713	0	1	1	1	1
MARNE	564 108	0	2	3	1	1
<i>Régulation libérale de 13h à 20h le samedi</i>						
HAUTE-MARNE	167 544	0	0	0	1	0
MEURTHE-ET-MOSELLE	729 477	0	2	2	1	0
MEUSE	178 010	0	2	2	1	1
MOSELLE	1 051 456	0	2 à 3	2 à 3	2	0

		<i>Régulation libérale de 13h à 24h le samedi</i>				
BAS-RHIN	1 168 422	0	2 à 3	2 à 4	2	
		<i>Régulation libérale de 13h à 20h le samedi</i>				
HAUT-RHIN	769 231	0	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1
		<i>4 nuits profondes sur 5 assurées par le C15 du Bas-Rhin</i>				
VOSGES	355 884	0	1	1 à 2	1	0
<b>Total Grand-Est</b>	<b>5 562 262</b>	<b>0</b>	<b>13 à 16</b>	<b>14 à 19</b>	<b>11</b>	<b>3 à 4</b>
<b>CENTRE-VAL-DE-LOIRE</b>						
		1	1	1	1	0
CHER	297 274	<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	428 994	<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	214 914	<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	618 016	1	1	1	1	0
LOIR-ET-CHER	326 465	0	NC	NC	NC	0
LOIRET	686 615	1	1	1	1	0
<b>Total Centre-Val-de-Loire</b>	<b>2 572 278</b>	<b>6</b>	<b>5 à 6</b>	<b>5 à 7</b>	<b>5 à 6</b>	<b>0</b>
<b>AUVERGNE-RHONE-ALPES</b>						
		3	3	2 à 4	2	1 à 2
AIN	671 937	<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	332 443	<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	332 230	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine</i>				
		1	1	1	1	0
CANTAL	143 639	<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	523 185	<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	1 294 476	<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine</i>				
LOIRE	772 342	3	2	2	2 à 3	1

		<i>Régulation libérale à partir de 18h en soirées de semaine</i>				
HAUTE-LOIRE	226 878	0	1 à 2	1 à 2	1	0
PUY-DE-DOME	669 117	2	3	3	2	1
RHONE	1 921 014	0	6	5 à 6	3 à 4	2
SAVOIE	447 797	0	2	2	2	1
		<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	862 267	3	2	2 à 3	2	1 à 2
<b>Total Auvergne-Rhône-Alpes</b>	<b>8 197 325</b>	<b>17</b>	<b>28 à 30</b>	<b>26 à 34</b>	<b>20 à 25</b>	<b>11 à 14</b>
<b>PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR</b>						
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	166 654	1	1	1	1	1
HAUTES-ALPES	139 942	0	1	1	1	1
ALPES-MARITIMES	1 110 328	2	2	2	2	2
BOUCHES-DU-RHONE	2 069 118	1	3	3	3	2
VAR	1 110 260	1	2	2	2	2
VAUCLUSE	563 789	1	1 à 2	1 à 2	2	2
<b>Total Provence-Alpes-Côte-d'Azur</b>	<b>5 160 091</b>	<b>6</b>	<b>10 à 11</b>	<b>10 à 11</b>	<b>11</b>	<b>10</b>
<b>BRETAGNE</b>						
CÔTES D'ARMOR	607 834	1*	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
		<i>Ligne de régulation libérale le samedi matin non officialisée dans le cahier des charges</i>				
FINISTERE	926 065	0	2	1 à 2	1 à 2	1
ILLE ET VILAINE	1 118 600	0	2	2	2	2
MORBIHAN	777 383	0	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
<b>Total Bretagne</b>	<b>3 429 882</b>	<b>1</b>	<b>6 à 8</b>	<b>5 à 8</b>	<b>5 à 8</b>	<b>5</b>
<b>OCCITANIE</b>						
ARIEGE	154 581	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	379 775	0	1	1 à 2	1	0
AVEYRON	279 504	0	1 à 2	1 à 2	1	1*
	279 504	<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	1 470 367	0	3 à 5	3 à 6	3 à 4	2 à 3
GERS	192 820	0	1 à 2	0 à 2*	1	0
	192 820	<i>Absence de régulation libérale de 8h à 9h les dimanches et jours fériés</i>				

HERAULT	1 232 805	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	175 308	0	1	1	1	0
LOZERE	76 648	0	0	0	0	0
HAUTES-PYRENEES	230 583	0	1	1	1	0
PYRENEES-ORIENTALES	490 594	0	1 à 2	1 à 2	1	1
TARN	394 546	0	2 à 3	1 à 3	1 à 2	1
TARN-ET-GARONNE	266 039	0	1 à 2	1 à 2	1	0
<b>Total Occitanie</b>	<b>6 573 329</b>	<b>0</b>	<b>17 à 25</b>	<b>14 à 27</b>	<b>14 à 19</b>	<b>6 à 8</b>
<b>CORSE</b>						
CORSE-DU-SUD	163 955	1	1	1	1	0
HAUTE-CORSE	187 300	1	1	1	1	0
<b>Total Corse</b>	<b>351 255</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE</b>						
CÔTE D'OR	536 166	2	2 à 3	2 à 3	2	1 à 2
NIEVRE	197 857	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée (AREMEL 21)</i>				
DOUBS	550 112	1	5 à 6	3 à 7	3 à 4	1 à 3
JURA	256 814					
HAUTE-SAÔNE	231 773					
TERRITOIRE DE BELFORT	136 891	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)</i>				
SAÔNE-ET-LOIRE	547 362	1	1	1 à 2	1	1
YONNE	329 321	0	1	1	1	1
<b>Total Bourgogne-Franche-Comté</b>	<b>2 786 296</b>	<b>4</b>	<b>9 à 11</b>	<b>7 à 13</b>	<b>7 à 8</b>	<b>4 à 7</b>
<b>PAYS-DE-LA-LOIRE</b>						
LOIRE-ATLANTIQUE	1 497 313	0	9	8	4 à 5	3 à 4
MAINE-ET-LOIRE	828 269	0	7	10	2 à 4	1 à 2
MAYENNE	305 452	2	2	2	1	1
SARTHE	567 118	0	4	4	2	1
	567 118	<i>Régulation mutualisée avec l'Orne pour certains secteurs</i>				
VENDEE	709 274	0	4	7	2	2
<b>Total Pays-de-la-Loire</b>	<b>4 474 544</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>31</b>	<b>11 à 14</b>	<b>8 à 10</b>
<b>NOUVELLE AQUITAINE</b>						
CHARENTE	351 036	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	665 904	2	2 à 3	1 à 4	1 à 2	1

CORREZE	237 077	1	1 à 2	1 à 2	1	1
CREUSE	113 106	1	1	1	1	0
DORDOGNE	411 382	0	2 à 3	2 à 3	1	0
		<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i>				
GIRONDE	1 691 437	3	3 à 4	2 à 4	2 à 3	1 à 2
LANDES	428 669	2*	2*	1 à 3*	1	0*
		*1 régulateur supplémentaire durant les férias de Dax et Mont-de-Marsan <i>Régulation libérale à partir de 18h en semaine dans le cadre d'une expérimentation</i>				
LOT-ET-GARONNE	328 309	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	697 899	1	1 à 2	1 à 2	1	0*
		Régulation libérale à partir de 19h en semaine Nuit profonde uniquement durant les 5 soirées des férias de Bayonne *1 régulateur en nuit profonde durant les férias de Bayonne				
DEUX-SEVRES	373 899	1	1	1 à 2	1	1
		Régulation libérale à partir de 19h en semaine				
VIENNE	441 534	1	1 à 2	1 à 3	1	1
		<i>Dimanche et jours fériés : 2 régulateur en juillet et août</i>				
HAUTE-VIENNE	370 113	1	1 à 2	1 à 2	1	1
		<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine</i>				
<b>Total Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>6 110 365</b>	<b>16</b>	<b>17 à 26</b>	<b>14 à 31</b>	<b>13 à 15</b>	<b>8 à 9</b>
<b>HAUTS-DE-France</b>						
AISNE	522 791	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	2 606 646	0	5 à 7	5 à 7	3 à 4	1
OISE	833 259	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	1 453 934	0	3 à 5	2 à 4	3	1
SOMME	564 067	0	2 à 3	2 à 3	3	3
		<i>En nuit profonde régulation libérale assurée de 2h à 8h en semaine</i>				
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>5 980 697</b>	<b>0</b>	<b>12 à 18</b>	<b>11 à 18</b>	<b>11 à 12</b>	<b>5 à 7</b>
MARTINIQUE	347 686	3	3	3	1	0
		<i>Soirées de 19h à 23h Samedi de 13h à 23h Dimanches et jours fériés de 7h à 23h</i>				
GADELOUPE	375 845	1	1	1	1	1
MAYOTTE	310 022	0	0	0	0	0

<b>GUYANE</b>	301 099	0	0	0	0	0
<b>LA REUNION</b>	873 102	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>				

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

Départements	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2022	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2023	Evolution 2022-2023 <sup>44</sup>	Taux de couverture des territoires de PDSA en 2023 <sup>45</sup>
01 - Ain	67%	66%	-1%	100%
02 - Aisne	56%	55%	0%	100%
03 - Allier	69%	69%	0%	100%
04 - Alpes de Hautes-Provence	42%	40%	-3%	100%
05 - Hautes-Alpes	47%	52%	5%	100%
06 - Alpes-Maritimes	13%	14%	1%	88%
07 - Ardèche	62%	65%	3%	100%
08 - Ardennes	81%	80%	-1%	100%
09 - Ariège	43%	45%	1%	100%
10 - Aube	76%	75%	-1%	33%
11 - Aude	Non connu	54%	Non connu	100%
12 - Aveyron	73%	73%	0%	100%
13 - Bouches-du-Rhône	16%	16%	0%	70%
15 - Cantal	59%	53%	-6%	100%
16 - Charente	68%	68%	0%	100%
17 - Charente-Maritime	33%	32%	-1%	100%
18 - Cher	53%	49%	-4%	100%
19 - Corrèze	71%	66%	-5%	100%
21 - Côte-d'Or	26%	26%	0%	100%
22 - Côtes d'Armor	51%	55%	4%	100%
23 - Creuse	77%	72%	-5%	100%
24 - Dordogne	71%	70%	-1%	100%
25 - Doubs	50%	50%	0%	100%
26 - Drôme	52%	54%	3%	80%
27 - Eure	58%	55%	-4%	82%
28 - Eure-et-Loir	78%	76%	-2%	100%
29 - Finistère	39%	38%	0%	100%
30 - Gard	36%	36%	-1%	100%
31 - Haute-Garonne	50%	62%	12%	100%
32 - Gers	70%	67%	-4%	100%
33 - Gironde	48%	49%	1%	100%
34 - Hérault	27%	28%	1%	100%
35 - Ille-et-Vilaine	27%	28%	1%	100%

<sup>44</sup> Les chiffres présentés dans ce tableau ont été arrondis aux décimales les plus proches. Par conséquent, des différences mineures peuvent apparaître dans les calculs.

<sup>45</sup> Sur la base du nombre de territoires de PDSA les week-ends et jours fériés.

36 - Indre	49%	52%	3%	100%
37 - Indre-et-Loire	30%	33%	3%	100%
38 - Isère	42%	46%	4%	100%
39 - Jura	53%	54%	0%	100%
40 - Landes	57%	55%	-2%	96%
41 - Loir-et-Cher	58%	59%	1%	50%
42 - Loire	53%	54%	1%	100%
43 - Haute-Loire	74%	74%	-1%	100%
45 - Loiret	59%	57%	-2%	100%
46 - Lot	79%	75%	-4%	100%
47 - Lot-et-Garonne	71%	67%	-3%	100%
48 - Lozère	67%	72%	4%	100%
49 - Maine-et-Loire	Non connu	54%	Non connu	100%
50 - Manche	60%	59%	-1%	100%
51 - Marne	61%	60%	0%	100%
52 - Haute-Marne	67%	67%	1%	100%
54 - Meurthe-et-Moselle	23%	23%	-1%	100%
55 - Meuse	71%	65%	-6%	100%
56 - Morbihan	50%	50%	0%	100%
57 - Moselle	31%	27%	-4%	100%
58 - Nièvre	59%	61%	2%	100%
59 - Nord	33%	32%	-1%	96%
60 - Oise	32%	27%	-5%	67%
61 - Orne	59%	60%	1%	100%
62 - Pas-de-Calais	63%	60%	-3%	100%
63 - Puy-de-Dôme	35%	35%	0%	100%
64 - Pyrénées-Atlantiques	40%	40%	0%	100%
65 - Hautes-Pyrénées	65%	60%	-5%	100%
66 - Pyrénées-Orientales	36%	37%	1%	100%
67 - Bas-Rhin	26%	22%	-5%	100%
68 - Haut-Rhin	56%	54%	-2%	100%
69 - Rhône	39%	38%	-1%	100%
70 - Haute-Saône	68%	68%	0%	100%
71 - Saône-et-Loire	60%	59%	-1%	100%
72 - Sarthe	48%	52%	3%	100%
73 - Savoie	65%	66%	1%	100%
74 - Haute-Savoie	61%	63%	2%	100%
75 - Paris	7%	8%	1%	100%
77 - Seine-et-Marne	10%	10%	0%	100%
78 - Yvelines	40%	39%	-1%	100%
79 - Deux-Sèvres	73%	73%	-1%	100%
80 - Somme	53%	53%	-1%	100%
81 - Tarn	66%	63%	-3%	100%
82 - Tarn-et-Garonne	69%	74%	5%	100%

83 - Var	14%	16%	2%	100%
84 - Vaucluse	51%	51%	-1%	100%
85 - Vendée	Non connu	69%	Non connu	100%
86 - Vienne	65%	65%	0%	100%
87 - Haute-Vienne	53%	67%	14%	100%
88 - Vosges	81%	82%	0%	100%
89 - Yonne	20%	19%	-1%	78%
90 - Territoire-de-Belfort	72%	69%	-4%	100%
91 - Essonne	17%	18%	0%	100%
92 - Hauts-de-Seine	14%	15%	1%	100%
93 - Seine-Saint-Denis	17%	18%	2%	100%
94 - Val-de-Marne	36%	34%	-1%	100%
95 - Val-d'Oise	18%	21%	3%	100%
2A - Corse-du-Sud	34%	32%	-2%	33%
2B - Haute-Corse	27%	26%	-1%	89%
973 - Guyane	Non connu	17%	Non connu	100%
972 - Martinique	23%	26%	3%	100%
974 - La Réunion	12%	13%	1%	92%

### 3. Questionnaire PDSA 2023 soumis aux CDOM

#### QUESTIONNAIRE - ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2023

Département : .....

Nom et N° de téléphone de la personne à contacter au sujet du questionnaire si besoin :

.....

#### 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 2023

#### 1. Quelles modifications de l'organisation de la PDSA votre département a-t-il connu en 2023 ?

*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 2023

#### a. Les modifications de l'organisation de la PDSA en 2023 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 2023 » 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 2023, 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 2023 » 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 2023

### 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 ou 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

**a. 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

**9. 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

**10. 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

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en e.

-----

-----

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 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

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 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 : \_\_\_\_\_

**11. 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'effecton mobile

**12. 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'effecton 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

**13. Combien y-a-t-il de territoires de PDSA en soirée (de 20h à minuit) au 31 décembre 2023 ?**

*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*

-----

- 14. Combien y-a-t-il de territoires de PDSA les week-ends et jours fériés au 31 décembre 2023 ?**

*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*

-----

- 15. 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 2023
- Oui, depuis 2023
- Non
- Ne sais pas

- a. Sinon, combien y-a-t-il de territoires de PDSA en nuit profonde au 31 décembre 2023 ?**

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

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

-----

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

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

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

*Question conditionnelle, uniquement si « non » en 16.*

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

- b. Développez si nécessaire**

*Question conditionnelle, uniquement si « non » en 16.*

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

## Téléconsultation et médecins effecteurs

### 17. 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.*

---

---

---

## Activité ou information connexes à la PDSA

### 18. 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.*

---

---

### 19. 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 intégrés dans les listes tenues par le CDOM pour l'établissement des certificats de décès (circulaire n°2023-004 du CNOM) ?**

- Oui
- Non
- Ne sais pas

**b.1. Si oui, combien ?**

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

-----

**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.*

-----  
-----

**20. 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.*

-----

**21. 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.*

-----  
-----

**22. Des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) 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.*

-----  
-----

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 23.*

-----  
-----

**24. 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

**25. 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 ?**

-----

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

## Intervention du conseil départemental

**27. 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 2023 ?**

- Oui
- Non

**a. Si oui, le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter des tableaux en 2023 dans le cadre de ces carences ?**

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

- Oui
- Non

**28. Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la permanence des soins en 2023 ?**

- Oui
- Non

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

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

- Majoritairement ponctuelles
- Majoritairement 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 « majoritairement récurrentes » en a.*

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

**a.2 Pour quelle(s) raison(s) des réquisitions ont-elles lieu de manière ponctuelle au sein de votre département (carences, grèves...) ?**

*Question conditionnelle, uniquement si « majoritairement ponctuelles » en a.*

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

**b. Au total, combien de médecins ont été réquisitionnés dans votre département en 2023 ?**

-----

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

- Oui
- Non

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

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 29.*

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

**30. Dans les départements concernés par la mise en place du service d'accès aux soins (SAS), existe-t-il une articulation entre la PDSA et le SAS ?**

- Oui
- Non
- Ne sais pas

**a. Si oui, laquelle ?**

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

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

**b. Si non, comment voyez-vous l'organisation éventuelle ?**

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

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

**31. Estimez-vous que le SAS fonctionne bien dans votre département ?**

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

**a. Développez**

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

## La communication au grand public

**32. Y-a-t-il eu, en 2023, 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 32.*

---

---

---

## Aspects qualitatifs et prospectifs

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

#### 33. 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

#### 34. 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

#### 35. 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

#### 36. 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 36.*

*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 36.*

*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

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

- Oui au cours de l'année 2023
- Oui, avant 2023
- Non
- Ne sais pas

**a. Si oui, lesquelles ?**

*Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 37.*

---

---

**38. Craignez-vous, à l'avenir, un désengagement des médecins volontaires sur un ou plusieurs territoires pour assurer la PDSA 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 38.*

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

**40. Commentaire libre**

---

---

---

---

# ÉTAT DES LIEUX PDSA 2023

## Synthèse des principaux résultats

---

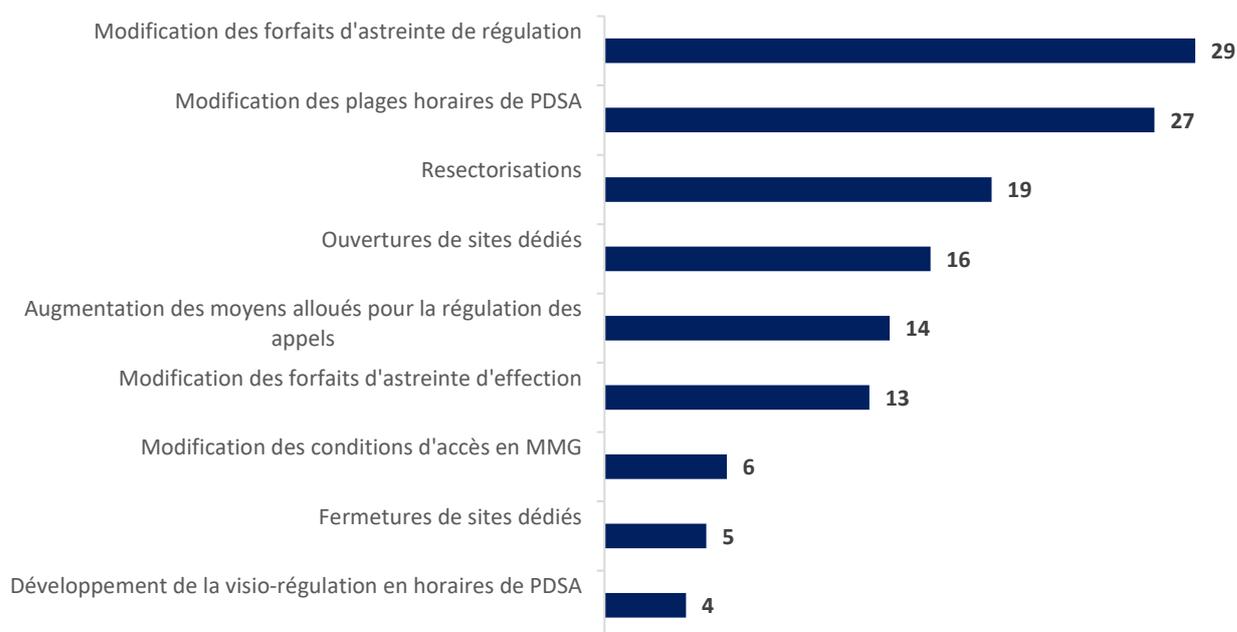
**Sous la direction du Dr Jean-Luc FONTENOY**  
**Président de la Commission nationale de la permanence des soins et de l'aide  
médicale urgente**



## Organisation de la PDSA en 2023 : des changements constatés pour la majorité des départements

---

- **81% des départements ont connu des modifications de l'organisation de la PDSA** en 2023, contre **86%** en 2022. Elles ont principalement porté sur des revalorisations des forfaits d'astreinte 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 83%** des départements en 2023, contre **88%** en 2022.
- **13 ARS ont procédé à des modifications de l'organisation de la PDSA dans leur région, dont 2** qui ont procédé à une **révision** de leur cahier des charges de la PDSA en 2023 : l'Île-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur.

## La régulation médicale

---

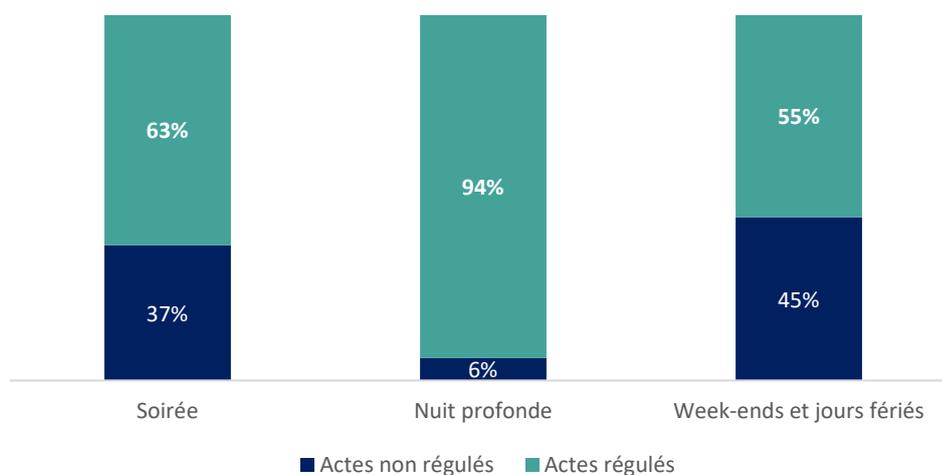
### Numéro dédié à la PDSA : où en est-on en 2023 ?

- En 2023, le **116-117 était utilisé par 15 départements en 2023**, contre 13 en 2022.
- **39% des départements se disent favorables à la mise en place d'un numéro spécifique** dédié à la PDSA en 2023 (vs **44%** en 2022) pour désengorger le 15 et faciliter l'accès à la régulation pour les patients. **35%** des départements y sont défavorables (vs **31%** en 2022) 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

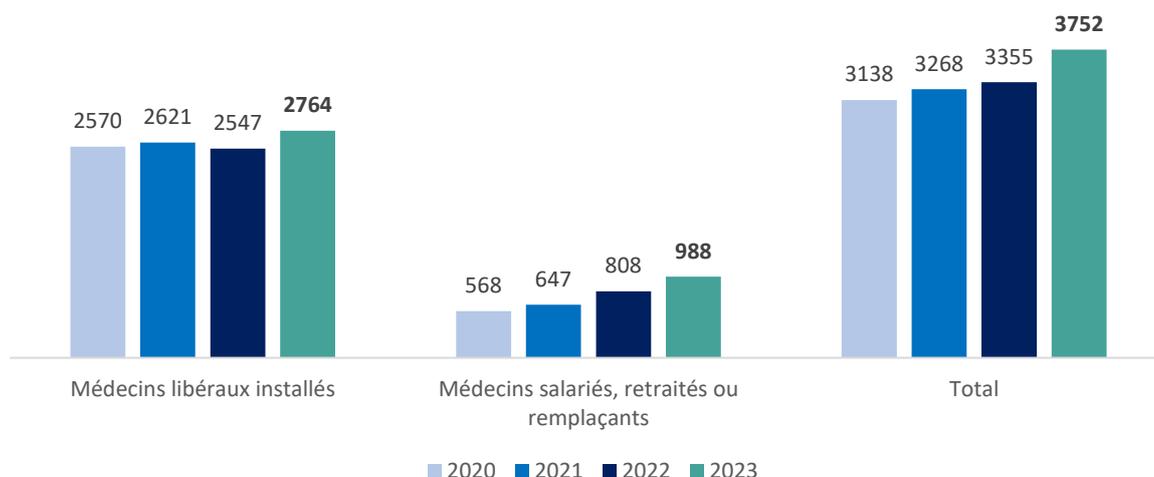
- **34% des actes réalisés en horaires de PDSA n'ont pas été cotés régulés en 2022**, soit 5% de plus qu'en 2021 selon les données de la CNAM. Ces données sont très variables selon les départements (min 2% et max 86%) et la plage horaire : l'absence de régulation est d'avantage observée durant les week-ends et jours fériés, et en soirées.



### Poursuite de la hausse de la participation des médecins à la régulation libérale en 2023

- **Une évolution de 11,9 % du total des participants à la régulation par rapport à 2022** : la part des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une **activité régulière** a augmenté de **8,5%** par rapport et la part des médecins **retraités, salariés** ou **remplaçants** a augmenté de **22,3%**.

### Effectifs des médecins ayant participé à la régulation libérale entre 2018 et 2023



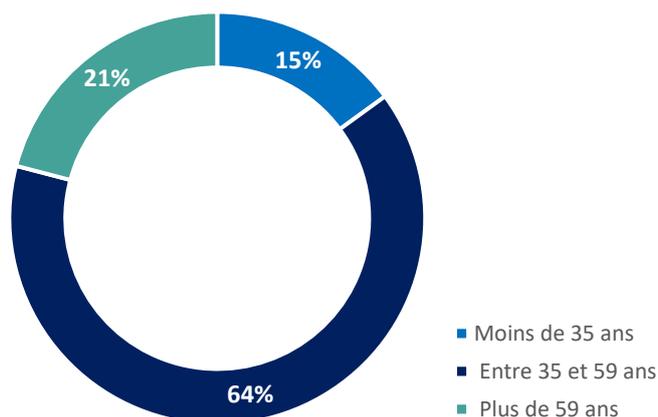
## Participation des médecins à la PDSA : évolutions et profils des volontaires

### Hausse de la participation des médecins généralistes à la PDSA

- **39,34%** des médecins généralistes (effecteurs + régulateurs) ont participé à la PDSA en 2023 contre 38,48% en 2022, **soit une hausse de 0,86%**. On a ainsi comptabilisé **26065** médecins volontaires pour **66257** médecins susceptibles de prendre une garde.
- **Amélioration** de la **couverture** des territoires de garde, avec :
  - o **97%** des territoires **couverts** durant **les week-ends et jours fériés (+2%** par rapport 2022)
  - o **96%** des territoires **couverts** en **soirées (+1%)**
  - o **27%** en **nuits profondes (+3%)**

### Profil des médecins de garde

- **Poursuite de la baisse de l'âge moyen** des effecteurs de garde : passage de 45,8 à **45,2** ans. **64%** des médecins de garde ont entre **35 et 59** ans et **21%** ont **plus de 59** ans.



- La PDSA est assurée à **88%** par des **médecins libéraux installés**, comme en 2022, à **6%** par des **remplaçants** exclusifs et à **2%** par des **salariés** de centres de santé exclusifs.

### *Remplacements*

- **24,1%** des médecins de garde remplacés au moins une fois en 2023, comme en 2022.
- **6,9%** des gardes remplacées au total
- **Plus d'un remplaçant sur 2 est un étudiant (54%).**

### *Hausse du nombre de réquisitions*

- Observées dans **75 départements** (contre 44 en 2022), principalement dues à des carences induites par les mouvements de **grèves** ou des carences durant **les fêtes de fin d'année** ou les week-ends incluant des **jours fériés**.

### Effection : resectorisations et effection fixe

#### *Tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA en 2023*

- La réduction du nombre de territoires de PDSA se poursuit en 2023 : **-5%** par rapport à 2022 en **soirées**, **-2%** les week-ends et jours fériés, et stable en nuit profonde.

#### *Couverture de territoires de PDSA*

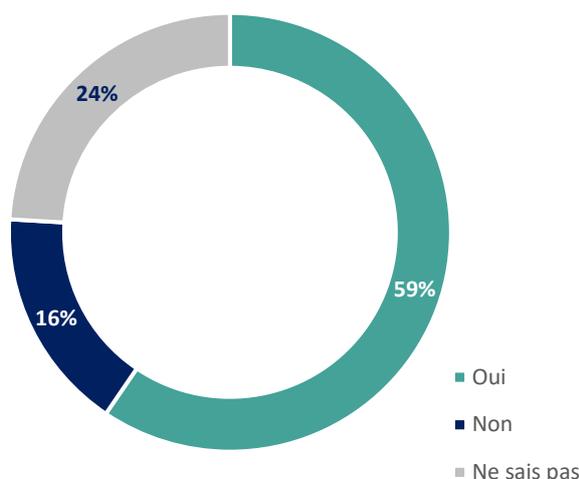
- Le taux de couverture des territoires de PDSA a connu une amélioration en 2023 :
  - o **97%** les week-ends et jours fériés (**+2%** par rapport à 2022)
  - o **96%** en soirées (**+1%**)
  - o **27%** en nuits profondes (**+3%**)

Dans les territoires non couverts, aussi appelés « zones blanches », la prise en charge est assurée par l'AMU.

### *Elargissement des horaires de PDSA au samedi matin : régression sur le terrain*

- L'élargissement de la PDSA au samedi matin n'est effective que pour **29** départements pour la régulation en 2023 (-9 par rapport à 2022) et dans 10 départements pour l'effecton également (-5 par rapport à 2022). Cette diminution s'explique par le **déploiement progressif du Service d'accès aux soins (SAS)** sur le territoire.
- Cet élargissement est souhaité par 59% des autres départements.

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



### *Effecton fixe : maintien du développement des sites dédiés*

- Un dispositif généralisé : 90 départements disposent d'un ou plusieurs sites dédiés à la PDSA (-1 par rapport à 2022)
- Une hausse de **6** sites dédiés par rapport à 2022.
- Des gardes sont encore réalisées au cabinet du médecin traitant dans **83%** des départements, comme en 2022.
- **12** départements ont bénéficié de transports dédiés aux patients non-mobilisables vers les sites dédiés en 2023, comme en 2022 et contre seulement 4 en 2021.

### **PDSA en EHPAD : un manque d'organisation persistant**

#### *Aucune évolution notable de l'organisation de la PDSA en EHPAD en 2023 alors que la réponse aux demandes de soins non-programmés des résidents est un enjeu majeur*

- **Seuls 6 CDOM ont déclaré qu'il existait un dispositif spécifique**, tels que la mise en place de chariot de télémédecine à destination des médecins régulateurs, la mise en place de médecins mobiles ou la mise en place d'un protocole entre l'EHPAD et le médecin effecteur, soit **3 de moins qu'en 2022**.

## Actes médico-administratifs : difficultés rencontrées dans de nombreux départements

---

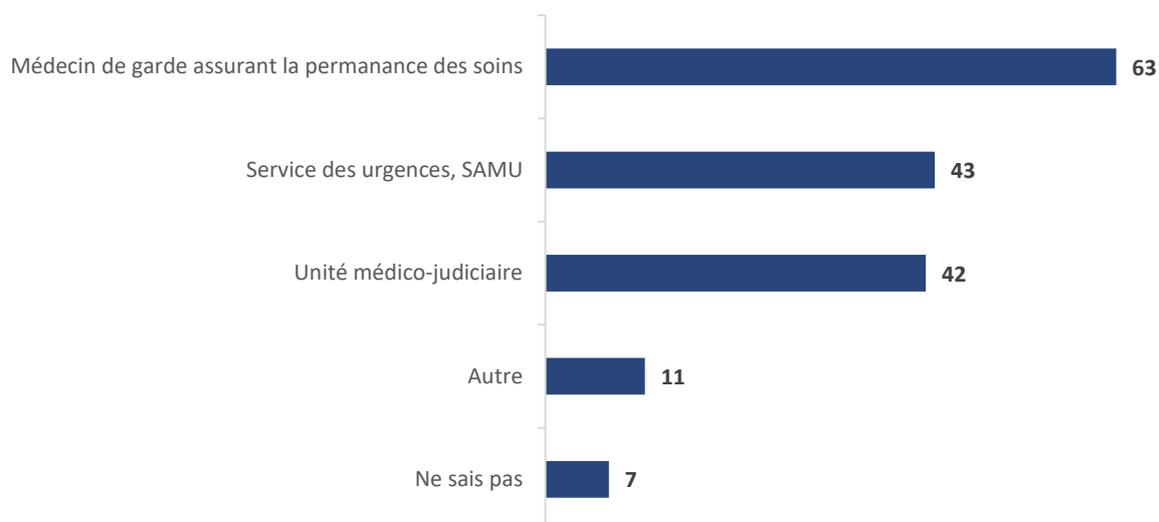
*La réalisation des certificats de décès reste majoritairement prise en charge par les médecins de la PDSA (dans 83% des départements)*

- **68%** de ces départements ont déclaré rencontrer des difficultés à ce sujet en 2023.
- **Un dispositif spécifique** a été mis en place dans **55** départements, notamment des **listes de médecins volontaire**, retraités ou non.

*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 **62%** des départements (-7% par rapport à 2022).
- Une **convention** a été établie dans **26** départements (+5 par rapport à 2022).

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



## Activité des CDOM et place des associations de PDSA

---

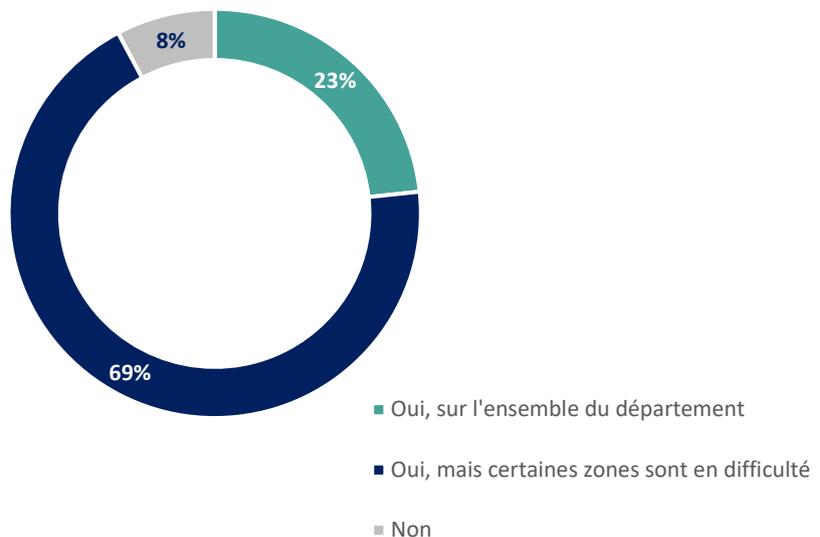
- Les CDOM participent à l'élaboration des tableaux de garde seuls ou en collaboration avec d'autres acteurs dans **17%** des départements pour l'effectif et **1%** pour la régulation ; ils participent par ailleurs  **systématiquement**  à leur compilation et validation.
- **42** CDOM ont reçu des **plaintes ou des signalements** en lien avec la PDSA (**3 de plus** qu'en 2022).
- **91** départements disposent d'une **ADOPS et/ou AMRL**

- **14%** des CDOM estiment que les **CPTS ont joué un rôle dans l'organisation de la PDSA** en 2023 (+2% par rapport à 2022).

## Constats et perspectives des CDOM

- **24** CDOM estiment que la PDSA fonctionne de **manière optimale dans l'ensemble** de leur département (+9 par rapport à 2022)
- **71** CDOM considèrent que la PDSA fonctionne bien mais que certaines zones sont en difficulté (-8 par rapport à 2022)
- **8 CDOM** considèrent qu'elle ne fonctionne pas (-1 par rapport à 2022).

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 (identique à 2022).
- Du **désengagement des médecins libéraux** pour **65%** des CDOM (vs **70%** en 2022).

Selon les CDOM, ce désengagement serait dû à :

- o Une activité trop faible sur certains secteurs (**59%**) ;
- o L'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (**52%**) ;
- o Une activité trop importante sur certains territoires (**28%**) ;
- 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 (**77%**) ;
- D'une **insuffisance de moyens** alloués par l'ARS (**57%**) ;
- De problématiques liées à des **resectorisations** induisant une augmentation des distances à parcourir pour les médecins (**48%**).

### *Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux*

- **Pour renforcer l'implication des médecins :**
  - Des mesures **financières** incitatives, proposées par **61** CDOM
  - Le renforcement de la participation des **étudiants** et médecins **salariés (45)** ;
  - Discussion sur la notion de **volontariat (38)** ;
  - Le renforcement de la **sécurité (31)** ;
  - La **suppression** des gardes sur certains créneaux **(22)**.
  
- **Pour améliorer le fonctionnement de la PDSA :**
  - La mise en place de **transports dédiés (40)** ;
  - Des actions de **communication** auprès du grand public et des médecins libéraux **(40)** ;
  - Le développement de **points fixes** de consultation **(35)** ;
  - Une **restructuration** des secteurs de gardes **(16)** ;
  - La mise en place d'aides à la création et développement des **ADOPS (7)**.

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

