

**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 2024**



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. Avant-propos : définition de la permanence des soins ambulatoire	5
II. Méthodologie.....	6
1. Enquête menée auprès des CDOM	6
1.1. Conception de l'enquête.....	6
1.2. Recueil des données.....	6
1.3. Limites de l'enquête	7
2. Exploitation de données existantes.....	7
2.1. Données exploitées.....	7
2.2. Calcul du taux de participation des médecins à la PDSA	7
2.3. Limites des données présentées.....	8
a. Données CNAM	8
b. Données Ordigard.....	8
III. Introduction.....	9
IV. Résultats de l'enquête	10
1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2024	10
1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM	10
1.2. Révisions des cahiers des charges régionaux de la PDSA	12
2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2024	15
2.1 La régulation médicale	15
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	17
d. La part des actes non-régulés.....	17
e. La participation des médecins libéraux à la régulation médicale	22
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 »	29
c. Effectif fixe : poursuite du développement des sites dédiés.....	35
d. Système d'acheminement des patients vers l'effecteur fixe.....	36

e.	Effectation mobile et prise en charge des visites incompressibles.....	37
f.	Rémunération de l'effectation.....	40
2.3	Modification des horaires de permanence des soins	42
a.	Extension des horaires de PDSA au samedi matin	42
b.	Horaires adaptés en soirées	44
2.4	La participation des médecins à la permanence des soins en effectation et régulation	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.....	55
e.	Exemptions et réquisitions	56
2.5	Mise en place du service d'accès aux soins et PDSA	58
a.	Etat des lieux du déploiement du SAS	59
b.	Evaluation du 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 Hospitalisation à domicile	62
3.3	Etablissement des certificats de décès.....	63
3.4	Examen des gardés à vue.....	67
4.	Rôle et activité des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins	69
4.1	Tableau de garde	69
a.	Élaboration.....	69
b.	Utilisation des logiciels Ordigard et PGarde	71
4.2	Plaintes et courriers reçus.....	73
4.3	Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins et participation des CPTS à l'organisation de la PDSA.....	74
a.	Associations de PDSA	74
b.	Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).....	75
5.	Permanence des soins ambulatoire spécialisée hors médecine générale.....	76
6.	Partenariat ville-hôpital	77
7.	Constats et perspectives.....	78
7.1.	Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux	78
a.	Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA par les CDOM.....	78
b.	Causes des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM.....	79
c.	Les problématiques liées à la démographie médicale	80

d.	Les problématiques liées à l'implication des médecins	80
e.	Les problématiques d'ordre organisationnel	82
7.2.	Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux	83
7.3.	Initiatives et expérimentations	85
IV.	Conclusion	87
V.	Index des illustrations	88
VI.	Glossaire	90
VII.	Annexes.....	92
1.	Tableau du front de garde de régulation libérale réalisé à partir des dernières versions des cahiers des charges régionaux de la PDSA	92
2.	Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA.....	97
3.	Questionnaire PDSA 2024 soumis aux CDOM	100

I. Avant-propos : définition de la permanence des soins ambulatoire

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) en médecine générale est une mission de service public inscrite dans le code de la santé publique¹ ayant pour objectif d'assurer une continuité des soins et de répondre de manière structurée aux besoins de soins non programmés en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé. Les horaires de PDSA peuvent varier en fonction des besoins locaux, notamment en fonction des spécificités géographiques et démographiques, mais la PDSA couvre les plages horaires suivantes, conformément à l'article R6315-1 du Code de la santé publique² :

- Tous les jours de 20h à 08h ;
- Les samedis de 12h à 20h ;
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h ;
- De 08h à 20h le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

L'organisation et la structuration de la PDSA en médecine générale sur le territoire sont définies par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans un **cahier des charges régional**, qui précise les modalités de mise en œuvre, les horaires de garde, ainsi que la détermination du nombre et des limites des secteurs de garde.

La PDSA repose principalement sur la participation des médecins généralistes libéraux selon un principe de **volontariat**, en vertu de l'article R6315-4 du Code de la santé publique³, et implique deux grandes catégories de médecins :

- Les médecins **effecteurs**, qui assurent la prise en charge des patients, en consultation sur site ou à domicile.
- Les médecins **régulateurs**, qui interviennent à distance en assurant la régulation des appels, pour coordonner les demandes de soins et orienter les patients.

¹ Article [L6314-1](#) - Code de la santé publique - Légifrance

² Article [R6315-1](#) du Code de la Santé publique - Légifrance

³ Article [R6215-4](#) du Code de la Santé publique - Légifrance

II. Méthodologie

L'état des lieux national sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) pour 2024 a été réalisé à partir de l'enquête transversale récurrente annuelle 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 de 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 22^{ème} volet d'une enquête transversale récurrente annuelle 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 42 questions et 53 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 2024 ;
- La PDSA et le fonctionnement du CDOM ;
- Les aspects qualitatifs et prospectifs de la PDSA.

1.2. Recueil des données

L'enquête a été diffusée par courriel le 29 novembre 2024 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 20 décembre 2024. Une relance a été réalisée auprès des non-répondants le 7 janvier 2025 et un délai supplémentaire a été accordé, repoussant la clôture de l'enquête au 15 janvier 2025. Au total, 103 CDOM⁴ ont participé.

⁴ 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. 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 répondent aux exigences relatives à la définition de la population de médecins susceptibles de participer à la PDSA. 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 sur 101.

Le mode de calcul défini a été le suivant :

Médecins ayant participé à la PDSA en 2024 (numérateur) : médecins ayant été inscrits à au moins une garde (effectif et/ou régulation) au cours de l'année 2024 en tant que titulaire ou remplaçant et ayant ou non réalisé une garde ;

Médecins susceptibles de participer à la PDSA en 2024 (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 Ordigard⁵ sur l'ensemble de la période apparaissant dans cette base ont été exclus.

⁵ Outil de gestion des tableaux de gardes de PDSA fourni et administré par le CNOM

2.3. Limites des données présentées

a. Données CNAM

Les données de la CNAM ne portent pas sur l'année 2024 mais sur l'année 2023. 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 PGarde⁶, 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 2024, 95 conseils départementaux sur 101 ont utilisé Ordigard⁷ 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.

⁶ Service de paiement des astreintes fourni et administré par l'Assurance Maladie.

⁷ En 2024, 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 2024 sont : le Calvados, la Loire-Atlantique, la Mayenne, la Seine-Maritime, la Guadeloupe et Mayotte.

III. Introduction

Ce rapport présente la 22^e édition de l'état des lieux relatif à la permanence des soins ambulatoires en médecine générale réalisé par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Cette enquête nationale a été réalisée grâce à la collaboration de l'ensemble des CDOM, et de leurs retours sur l'organisation de la permanence des soins dans leurs territoires et les problématiques rencontrées sur le terrain.

Les données recueillies, principalement déclaratives, ont été enrichies par des données objectivantes, telles que les indicateurs extraits des outils logiciels développés par l'Ordre des médecins, les cahiers des charges régionaux de la permanence des soins ambulatoires, ainsi que des données externes fournies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, les associations départementales en charge de l'organisation de la permanence des soins, et l'Association comtoise de régulation libérale.

En 2024, bien que la participation globale des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoires demeure stable, on observe une augmentation de la participation des médecins libéraux installés à la régulation médicale des appels de PDSA, tandis que l'implication dans le dispositif des médecins salariés, remplaçants et retraités s'est réduite.

Le rapport révèle également le maintien de la couverture de 97% du territoire national par un médecin de garde durant les week-ends et jours fériés, ainsi que l'augmentation de la part des secteurs couverts par plus de 10 médecins volontaires. Les tendances observées les années précédentes se sont poursuivies en 2024, avec le maintien des regroupements de secteurs et l'expansion des sites dédiés à la PDSA.

Des axes d'amélioration sont néanmoins à souligner, notamment en ce qui concerne l'augmentation du nombre de départements ayant mis en place des dispositifs spécifiques pour la prise en charge des patients en EHPAD, ainsi que le développement de nouvelles pratiques, telles que la visiorégulation ou la régulation déportée.

Certaines problématiques déjà identifiées sont encore présentes. Les CDOM continuent de se heurter à des difficultés liées à la démographie médicale, à des problèmes organisationnels impliquant des distances de plus en plus longues à parcourir pour les médecins, ainsi qu'à des problèmes d'insécurité qui affectent leur implication dans le dispositif de PDSA.

Enfin, l'année 2024 a été marquée par de nouvelles préoccupations, en lien avec l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale 2024-2029⁸, organisant les rapports entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux conventionnés, et notamment en fin d'année avec l'application de certaines dispositions ayant une incidence sur la cotation des consultations en maisons médicales de garde.

⁸ [Journal officiel de la République française - N° 145 du 21 juin 2024](#)

IV. Résultats de l'enquête

1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2024

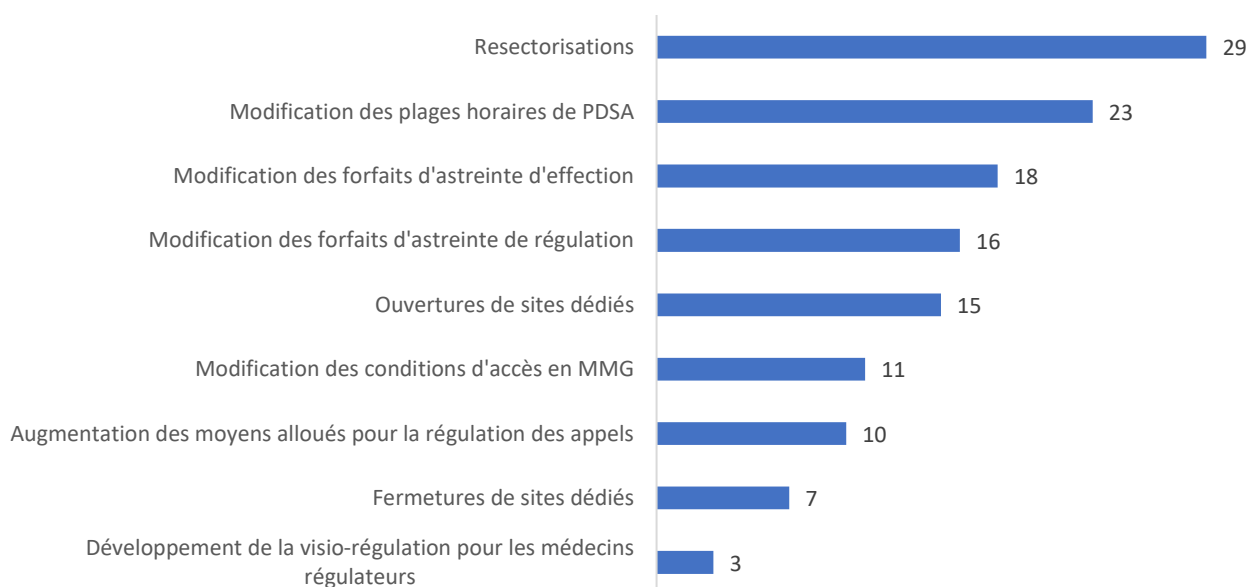
1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM

En 2024, 75% des conseils départementaux ont déclaré avoir connu des modifications de l'organisation de la permanence des soins dans leur département au cours de l'année, soit 6% de moins qu'en 2023.

Selon les CDOM, les principales modifications apportées à l'organisation de la PDSA en 2024, présentées par ordre de priorité et d'importance, sont les suivantes :

- Des resectorisations ;
- La modification des plages horaires de PDSA ;
- La modification des forfaits d'astreinte d'effectif ;
- La modification des forfaits d'astreinte de régulation ;
- L'ouverture de sites dédiés ;
- La modification des conditions d'accès en Maisons médicales de garde (MMG) ;
- L'augmentation des moyens alloués pour la régulation des appels ;
- La fermeture de sites dédiés ;
- Le développement de la visiorégulation pour les médecins régulateurs.

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

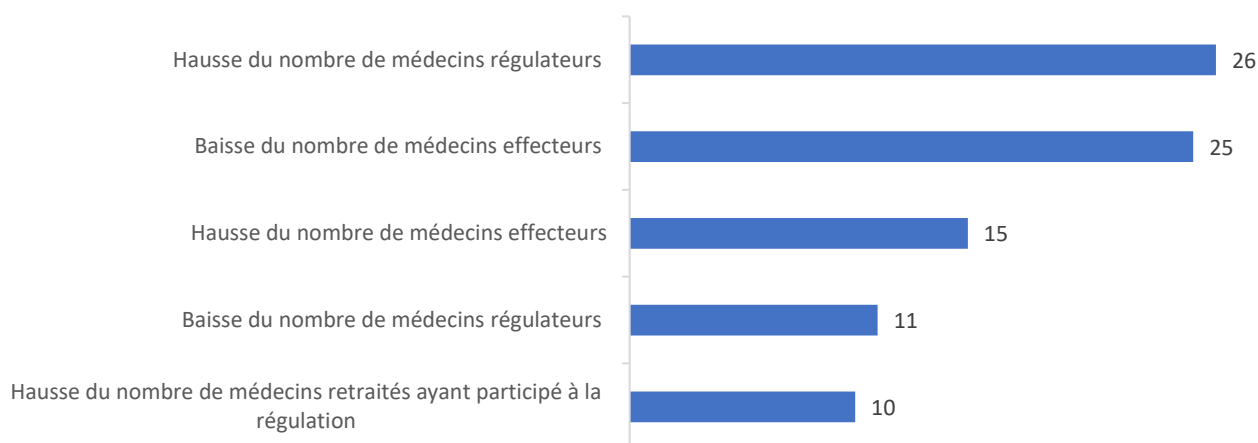


Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Lecture : 29 CDOM ont indiqué que leur département avait connu des resectorisations au cours de l'année 2024

Les CDOM ont également mentionné les changements relatifs à l'évolution des effectifs des médecins participant à la PDSA, tels que la hausse ou la baisse des médecins ayant participé à l'effectif ou à la régulation.

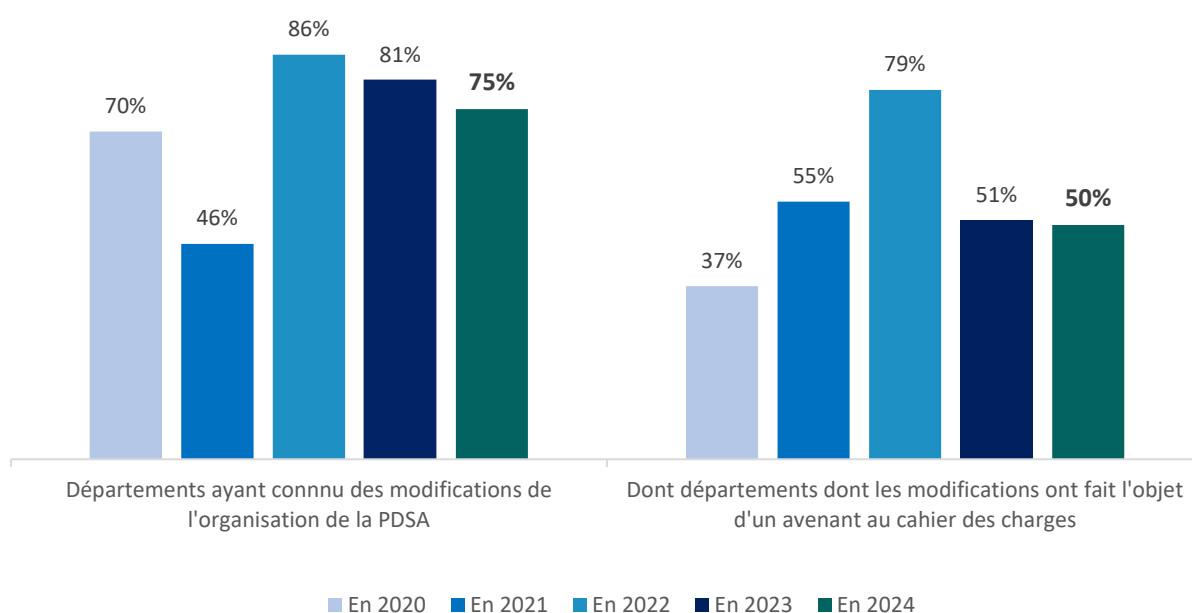
Graphique 2 – Evolution des effectifs des médecins participant à la PDSA selon les CDOM en 2024



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Parmi les départements ayant rapporté des changements dans l'organisation de la PDSA en 2024, 50% ont indiqué que ces modifications avaient été formalisées par un avenant au cahier des charges régional, soit 1% de moins que l'année précédente

Graphique 3 – Evolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2020 et 2024



Source : CNOM, Enquête PDSA 2020, 2021, 2022, 2023 et 2024

En 2024, 19% des CDOM ont indiqué que la mise en œuvre de la PDSA dans le département ne correspondait pas pleinement à l'organisation définie dans le cahier des charges régional. Cela se concrétise principalement par des couvertures incomplètes des gardes sur certains secteurs ou créneaux horaires dû à un nombre insuffisant de médecins effecteurs sur le territoire, et à des plages de gardes raccourcies en soirées en raison de l'activité.

Dans les départements où des changements dans l'organisation de la PDSA ont été observés, 73 % des CDOM ont déclaré avoir été consultés par l'ARS, un chiffre en hausse de 2% par rapport à 2023. Ces consultations ont porté principalement sur la révision du cahier des charges régional, les modifications des plages horaires de PDSA, les resectorisations, la création de nouvelles maisons médicales de gardes, ou encore sur les montants des forfaits d'astreinte.

1.2. Révisions des cahiers des charges régionaux de la PDSA

Au cours de l'année 2024, le cahier des charges de la PDSA a été mis à jour dans six régions, contre seulement deux en 2023. Les régions concernées par cette révision sont la Bretagne, l'Occitanie, l'Île-de-France, le Pays de la Loire, la Corse et la Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les principales modifications apportées sont les suivantes :

- En **Bretagne**, un nouveau cahier des charges régional de la PDSA a été publié au cours de l'année 2024 afin d'y intégrer, notamment, les évolutions antérieures de l'organisation de la PDSA dans la région, d'annexer le renforcement du financement des MMG pour en améliorer le fonctionnement en termes de sécurité, d'accueil et de secrétariat, et de confier la gestion des renforts de gardes aux ADPS (associations départementales de permanence des soins).
- En **Occitanie**, un nouveau cahier des charges a été publié pour la période 2024-2028, introduisant notamment les évolutions suivantes :
 - Une hausse du tarif horaire de régulation et une revalorisation des forfaits d'astreinte d'effecton et de régulation pendant les jours spéciaux définis au niveau régional ;
 - L'arrêt des gardes de nuits profondes, à l'exception de certains cas justifiés par les besoins territoriaux ;
 - Des resectorisations en Haute-Garonne, en Aveyron et dans l'Hérault ;
 - L'ouverture de MMG en Haute-Garonne et dans l'Hérault, ainsi que la fermeture d'une MMG en Haute-Garonne.
- En **Île-de-France**, le cahier des charges régional de la PDSA a été révisé en 2024 pour inclure plusieurs évolutions, parmi lesquelles :
 - Des ouvertures de sites d'effecton postée dédiés à la PDSA à Paris, en Seine-et-Marne, dans les Yvelines, dans les Hauts-de-Seine, dans le Val-de-Marne et le Val-d'Oise ;
 - Des extensions de plages horaires de PDSA en Seine-Saint-Denis, dans le Val-de-Marne et dans le Val-D'oise ;

- Un renforcement des lignes de garde d'effectif postée en Seine-et-Marne, en Essonne, et dans le Val-de-Marne ;
 - Un renforcement des lignes de garde d'effectif mobile à Paris, et une réduction de celles-ci dans les Yvelines par mutualisation des secteurs ;
 - Une renforcement du front de régulation à Paris, en Seine-et-Marne, dans les Yvelines, dans le Val-de-Marne et le Val-d'Oise.
- En **Corse**, le cahier des charges régional a été révisé en 2024 pour inclure l'ouverture de deux nouvelles maisons médicales de garde, à Porticcio en Corse du Sud et à Ghisonaccia en Haute-Corse.
- Dans le **Pays de la Loire**, le cahier des charges a été mis à jour en 2024 pour intégrer les évolutions suivantes :
 - Des resectorisations en Loire-Atlantique, dans le Maine-et-Loire, dans la Sarthe et en Vendée ;
 - Des modifications de plages horaires de PDSA en Mayenne.
- En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le cahier des charges de la PDSA est révisé chaque année, et a été mis à jour en 2024 pour intégrer les évolutions suivantes
 - La création de maisons médicales de garde dans le Var et les Alpes-de-Haute-Provence, ainsi que la réouverture de deux MMG dans le Vaucluse. Des MMG supplémentaires devraient également ouvrir dans les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône au cours de l'année 2025 ;
 - Des resectorisations dans les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, le Var et le Vaucluse ;
 - L'ouverture d'une nouvelle ligne de renfort de garde d'effectif en téléconsultation dans les Alpes-Maritimes.

Dans sept autres régions, bien que le cahier des charges régional de la PDSA n'ait pas été refondu au cours de l'année 2024, des évolutions de l'organisation de la PDSA ont été mises en place au cours de l'année en Martinique, dans le Grand Est, en Normandie, en Bourgogne Franche-Comté, dans les Hauts-de-France, en Auvergne-Rhône-Alpes et en Nouvelle-Aquitaine :

- En **Martinique**, des adaptations des horaires de régulation ont été mises en place de manière temporaire durant la crise sociale, afin de compenser la fermeture de certaines MMG pour des raisons de sécurité.
- Dans le **Grand Est**, un avenant au cahier des charges a été publié au cours de l'année 2024 afin d'acter une redéfinition des secteurs de gardes dans le Haut-Rhin. D'autres ajustements ont également été effectués, dans l'optique d'être intégrés dans une prochaine version du cahier des charges régional de la PDSA :
 - Des resectorisations dans les Ardennes et en Haute-Marne ;
 - Des modifications des plages horaires de PDSA dans les Ardennes, l'Aube et les Vosges ;

- L'ouverture d'une nouvelle MMG à Epernay dans la Marne ;
 - La revalorisation des forfaits d'astreinte d'effecton dans les secteurs regroupés ;
 - La revalorisation du tarif horaire de régulation dans les départements impliqués dans le dispositif de Service d'accès aux soins (SAS).
- En **Normandie**, un avenant a été publié en fin d'année 2024 pour introduire une revalorisation de la rémunération horaire de régulation à partir du 1^{er} janvier 2025. Un doublement dérogatoire d'une garde d'effecton a également été autorisé au cours de l'année dans un point fixe de garde dans la Manche.
 - En **Bourgogne Franche-Comté**, des arrêtés modificatifs des annexes départementales du cahier des charges régional de la PDSA ont été publiés au cours de l'année 2024 afin d'acter les évolutions suivantes :
 - Des resectorisations dans le Doubs, la Nièvre et l'Yonne ;
 - Des créations de sites d'effecton fixes dédiés à la PDSA dans le Doubs et l'Yonne.
 - Dans les **Hauts-de-France**, des ajustements de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires ont été appliqués au cours de l'année 2024 :
 - Des resectorisations dans l'Aisne, le Nord et le Pas-de-Calais ;
 - La création d'une MMG dans le Pas-de-Calais et la fermeture de 2 MMG dans l'Oise ;
 - Le renforcement du front de régulation libérale dans le Nord, le Pas-de-Calais et l'Oise.
 - En **Auvergne-Rhône-Alpes**, l'organisation de la PDSA a connu les évolutions suivantes en 2024 :
 - Des resectorisations dans la Drôme, en Isère, en Haute-Loire, en Savoie et en Haute-Savoie ;
 - Des modifications de plages horaires de PDSA dans la Drôme, en Isère, dans la Loire, en Savoie et en Haute-Savoie.
 - En **Nouvelle-Aquitaine**, des avenants au cahier des charges régional de la PDSA ont été publiés au cours de l'année 2024 afin d'acter les évolutions suivantes :
 - Des resectorisations en Charente, en Dordogne, en Gironde et dans les Deux-Sèvres ;
 - La revalorisation de la rémunération horaire de la régulation dans l'ensemble de la région

L'organisation de la PDSA n'a pas évolué en 2024 en **Guyane**, en **Guadeloupe**, dans le **Centre-Val de Loire** et à **La Réunion**, bien que des travaux aient été lancés à La Réunion en vue de réviser le cahier des charges régional de la PDSA pour l'année 2025.

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 2024

2.1 La régulation médicale

La régulation médicale occupe une place essentielle dans le parcours de soins des patients et est indispensable au bon fonctionnement de la PDSA, constituant le premier point de contact entre le patient et le dispositif. En effet, le code de la santé publique précise en son article R.6315-3, dont la version ci-après retranscrite est celle en vigueur depuis le 20 février 2025, que « *L'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires à l'infirmier et à la sage-femme 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) [...] ⁹.*

a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA

En 2024, à l'instar de l'année précédente, la régulation de la PDSA reste majoritairement basée sur une organisation départementale, comme l'indiquent 88% des départements sondés. Dans 11% des départements, la régulation est organisée par une structure interdépartementale, comme en Bourgogne-Franche-Comté, où l'ACORELI (Association Comtoise de régulation libérale) gère la régulation pour les départements de l'ancienne région administrative Franche-Comté.

Selon les départements, les modalités d'accès à la PDSA peuvent différer. Elles peuvent être spécifiques à la PDSA ou alignées sur celles utilisées pour la régulation de l'aide médicale urgente (AMU). Toutefois, quel que soit le mode d'accès, la régulation doit rester gratuite sur l'ensemble du territoire, conformément à l'alinéa 3 de l'article L.6314-1 du code de la santé publique : « [...] *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 2024, les différentes modalités d'accès à la régulation médicale de la PDSA, telles qu'identifiées par les CDOM interrogés, sont les suivantes :

- Le **15** reste, comme les années précédentes, le principal moyen d'accès à la régulation médicale de la PDSA. Il représente le point d'entrée du dispositif dans 80 départements et constitue le numéro d'accès unique dans 54 d'entre eux.
- Le **116-117**, qui mène vers un dispositif de régulation médicale dédié à la PDSA, est utilisé dans 24 départements, soit 9 de plus qu'en 2023.
- Dans 12 départements, les patients peuvent également contacter la régulation des appels de PDSA via un numéro d'association, de type SOS Médecins.

⁹ Article [R6315-3](#) du Code de la Santé Publique modifié par le décret n° 2025-152 du 19 février 2025 relatif à la permanence des soins ambulatoires - Légifrance

- Dans 11 départements, l'accès à la régulation médicale pendant les horaires de PDSA est assuré par un numéro **départemental** ou **régional spécifique**, tel que le 3966 ou un numéro à dix chiffres, comme c'est notamment le cas dans les Landes et la Creuse.

Les numéros d'accès à la régulation médicale des appels de la PDSA peuvent se cumuler dans un même département : ainsi, 77 départements disposent d'un numéro unique, tandis que 26 départements déclarent cumuler entre 2 et 3 numéros distincts.

Il est également important de rappeler l'existence d'un numéro d'urgence peu connu du grand public, le **114**, spécifiquement destiné aux personnes sourdes, aveugles, malentendantes et aphasiques. Ce numéro, gratuit et disponible 24h/24, 7j/7, permet de joindre les secours les plus proches grâce à un système de conversion complète (visio, texte, voix, images) via SMS, internet ou l'application « Urgence 114 »¹⁰.

b. Régulation déportée et visiorégulation

Conformément à la réglementation, les médecins régulateurs ont la possibilité d'effectuer la régulation médicale des appels de la PDSA à distance, depuis leur cabinet ou leur domicile, une pratique désignée sous le terme de « régulation déportée ». Lorsqu'un médecin assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile, il signe une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente, en vertu de l'article R6315-3 du Code de la santé publique¹¹.

En 2024, 26 CDOM ont confirmé la mise en œuvre en pratique de cette disposition dans leur département, soit 4 de plus qu'en 2023. Cette méthode permet de favoriser une plus grande participation des médecins, en particulier dans des zones géographiques difficiles d'accès (zones reculées, vastes étendues géographiques, etc.), lorsque la distance entre le domicile du médecin et le centre de régulation est trop importante, ou encore lors de périodes de fortes demandes (comme en été avec la fermeture de certains services d'urgence ou lors de grèves).

Ce dispositif a été instauré, par exemple, dans les Deux-Sèvres, un département s'étendant sur près de 100 km du nord au sud, et en Guadeloupe, où certains médecins résident à une heure du centre 15. Sa mise en place requiert généralement une formation spécifique, l'utilisation de logiciels dédiés, ainsi qu'une présence régulière du médecin régulateur au centre de régulation, à minima quelques jours par mois.

Les CDOM ont également été interrogés sur l'utilisation de la visiorégulation dans leur département, un dispositif permettant au médecin régulateur d'engager un échange vidéo avec le patient si nécessaire, afin d'optimiser l'évaluation de son état, notamment en visualisant une plaie ou en observant la respiration d'un enfant. Ce dispositif a été mis en place dans 23 départements, soit 8 de plus par rapport à l'année précédente, ce qui témoigne de l'expansion du dispositif et de l'intérêt croissant qu'il suscite.

¹⁰ <https://www.info.urgence114.fr/documentations-et-ressources/>

¹¹ Article [R6315-3](#) du Code de la santé publique – Légifrance

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

En ce qui concerne l'instauration d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA, qu'il s'agisse du 116-117 ou d'un numéro départemental ou régional, 45% des CDOM interrogés se sont déclarés favorables à cette mesure, soit 6% de plus qu'en 2023.

Les CDOM favorables à cette mesure estiment qu'un numéro unique permettrait d'éviter d'emboliser le 15, de réserver ce numéro aux urgences vitales et de le décharger des appels non urgents, de permettre un décroché plus rapide pour les assistants de régulation médicale (ARM) pour les appels relevant d'urgences vitales arrivant au 15, et d'améliorer la lisibilité pour les patients, notamment ceux qui hésitent à appeler le 15 pour des pathologies non urgentes. C'est le cas notamment en Maine-et-Loire, où le 116-117 a été maintenu grâce à un travail de pédagogie et de communication mené auprès de la population, afin de réserver le 15 aux urgences vitales.

Les CDOM opposés à l'instauration d'un numéro spécifique pour accéder à la régulation médicale de la PDSA représentent actuellement 30% des répondants, soit une baisse de 5% par rapport à 2023. Ces CDOM soulignent que le système actuel fonctionne de manière satisfaisante et que la multiplication des numéros risque de semer la confusion auprès des patients. Comme le précise le CDOM des Bouches-du-Rhône : *« Il est trop compliqué d'expliquer l'introduction d'un nouveau numéro, valable uniquement à des horaires précis et pour des pathologies spécifiques. Le patient ne saura pas forcément juger du caractère urgent ou non de son état »*. De plus, ces CDOM soulignent que la population est déjà largement formée à l'utilisation du 15 depuis de nombreuses années, comme le mentionne le CDOM de Gironde : *« La population compose le 15 depuis 1990 dans notre département. En modifiant le numéro d'appel, nous risquerions de perdre en information et en efficacité. »*. Nous pouvons également citer l'exemple de la Corse du Sud, où l'expérimentation du 116-117 a été interrompue en raison du fait que ce numéro unique n'avait pas permis de réel gain de temps, et qu'il présentait des problèmes de visibilité, en particulier pour les patients de passage sur l'île.

d. La part des actes non-régulés

Bien que la régulation médicale doive, en principe, précéder tout acte d'effection en horaires de la PDSA, l'absence de régulation reste une réalité sur le terrain et s'explique principalement par deux raisons :

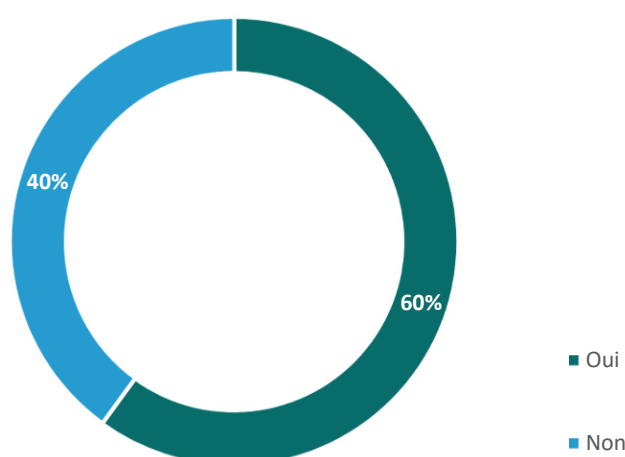
- Réalisations d'actes en horaires de PDSA tout en étant en dehors de l'organisation établie : il s'agit des médecins qui interviennent auprès de leur patientèle selon des modalités plus traditionnelles, sans régulation préalable ;
- Réalisation d'actes de PDSA réalisés sans régulation dans le cadre de l'organisation définie par le cahier des charges. C'est notamment le cas des actes effectués en MMG, lorsque les patients y ont un accès direct, sans régulation préalable. En 2024, dans les départements disposant de 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 2023.

Sur ce point, la circulaire relative à l'organisation des MMG modèreraient en effet le principe légal qui imposait la régulation médicale préalable à tout acte en horaires de PDSA.

Elle précisait que « l'accès à la MMG doit, de **préférence**, être régulé au préalable par la régulation des appels de PDS mentionnée à l'article R. 6315-3 du CSP. Le 15 doit être privilégié comme numéro d'appel. Cependant, un accès direct peut être autorisé en fonction de la situation locale »¹² Il est donc possible que des actes de PDSA aient été cotés comme étant régulés alors qu'ils ne l'étaient pas réellement, compte tenu de la tolérance de l'Assurance Maladie et l'ARS à ce sujet, notamment au sein des MMG où les patients pouvaient se présenter librement.

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 sans régulation préalable ?



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Les données fournies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) indiquent que 38% des actes réalisés en horaires de PDSA étaient non-régulés en 2023¹³ au niveau national, soit 4% de plus qu'en 2022.

La proportion des actes cotés comme non-régulés a augmenté dans 45 départements, dont 12 ont enregistré une hausse de plus de 5% de cette part : Paris, le Loir-et-Cher, la Saône-et-Loire, l'Yonne, l'Orne, l'Aube, le Finistère, le Morbihan, la Vienne, l'Ain, le Puy-de-Dôme et le Rhône où cette part a progressé de 17%.

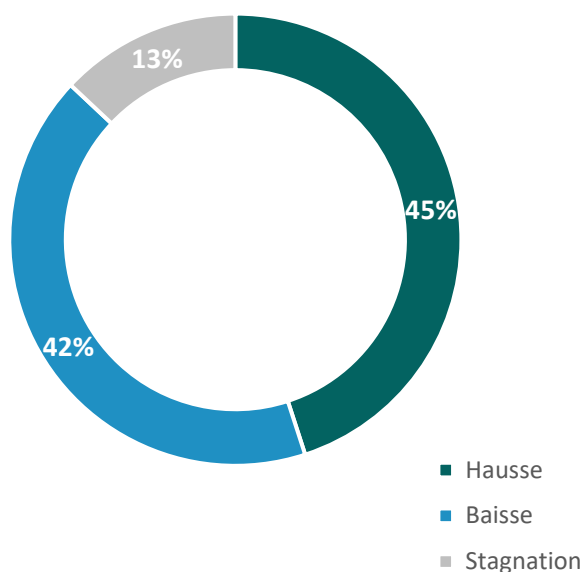
En revanche, cette part a baissé dans 42 départements, avec une baisse de plus de 5% dans 6 d'entre eux : l'Indre, la Nièvre, le Lot, la Guadeloupe, la Réunion, et le Gers où la part des actes non-régulés a chuté de 11%.

¹² 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

¹³ Les données de la CNAM ont une année de décalage, se reporter à la méthodologie pour davantage de précisions.

La proportion d'actes cotés non régulés est restée inchangée dans 13 départements.

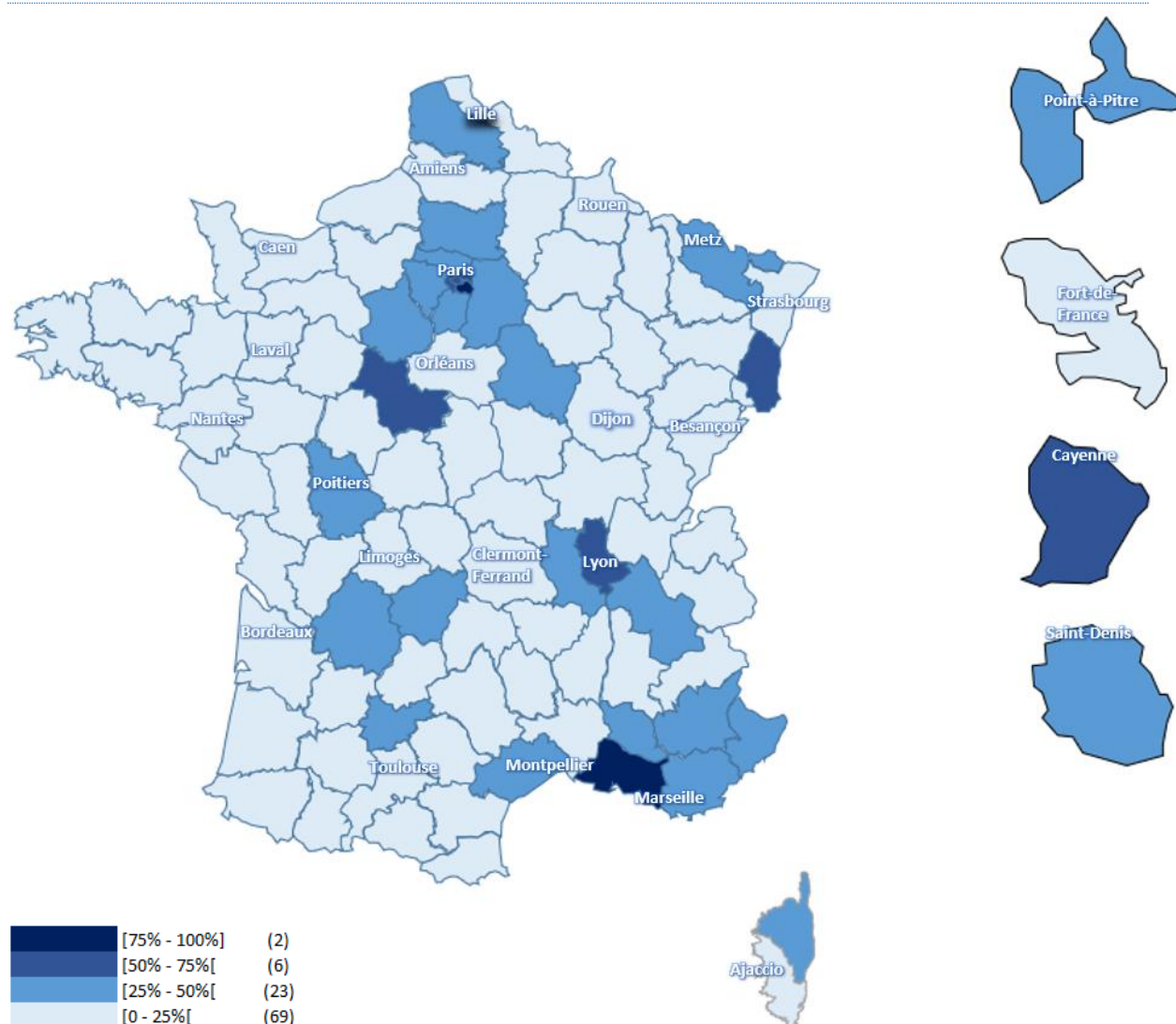
Graphique 5 - Proportions départementales en termes d'évolution de la part des actes cotés non-régulés entre 2022 et 2023



Lecture : En 2023, 45% des départements ont connu une hausse 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 2023, liquidation à fin mai 2024 - Traitement CNOM.

Cartographie 1 - Part des actes cotés non-régulés en 2023¹⁴



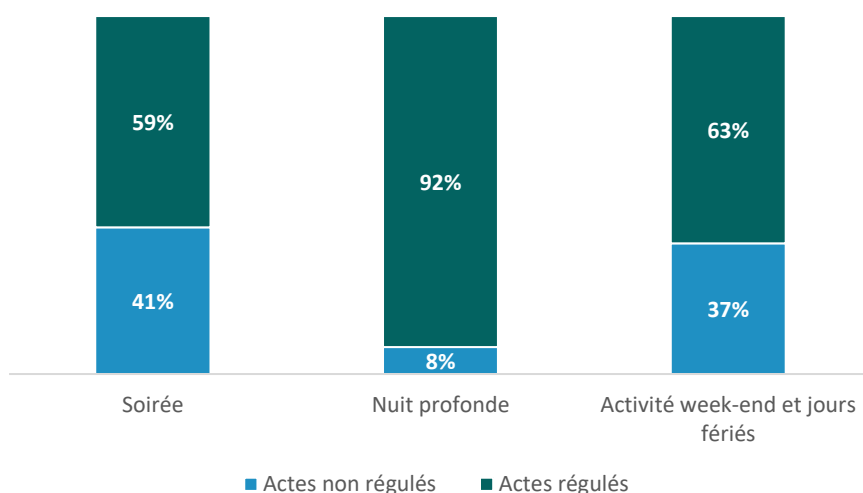
Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non-régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2023, liquidation à fin mai 2024 - Traitement CNOM.

Les données pour Mayotte n'ont pas été fournies pour 2023.

Il convient de souligner que la proportion d'actes cotés non régulés varie de manière significative selon les plages horaires de PDSA. Elle atteint son niveau maximal durant les soirées (41%) ainsi que durant les week-ends et jours fériés (37%), tandis qu'elle reste relativement faible durant la nuit profonde (8%). La part des actes non-régulés a augmenté de 2% en nuit profonde et de 4% en soirée, tandis qu'elle a baissé de 8% durant les week-ends et jours fériés.

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

Graphique 6 – Répartition des actes cotés régulés et non régulés en fonction du créneau horaire en 2023

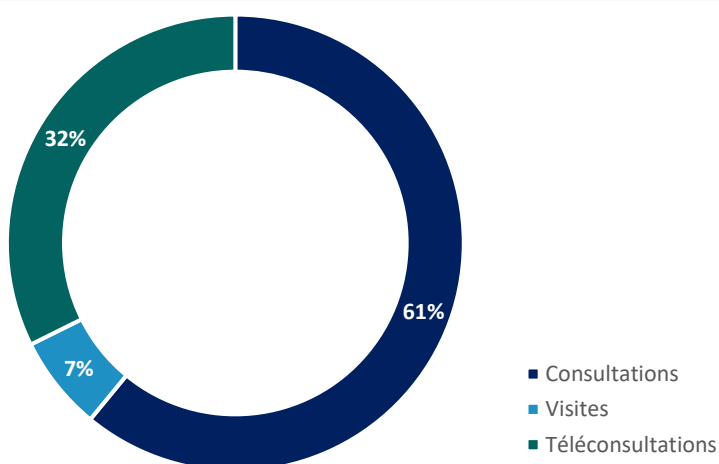


Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non-régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2023, liquidation à fin mai 2024 - Traitement CNOM.

On observe également que plus d'un tiers des actes non régulés réalisés pendant les horaires de PDSA ont été effectués par téléconsultation (37 %), tandis que la majorité a eu lieu en consultation (61 %) et 7 % dans le cadre de visites à domicile.

La téléconsultation occupe une part de plus en plus importante dans la répartition des actes non régulés en horaires de PDSA, avec un nombre d'actes passant de 779 246 en 2022 à 1 127 362 en 2023, soit une augmentation de 45 % en un an.

Graphique 7 – Répartition des actes non-régulés réalisés en horaires de PDSA en 2023



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 2023, liquidation à fin mai 2024 - Traitement CNOM.

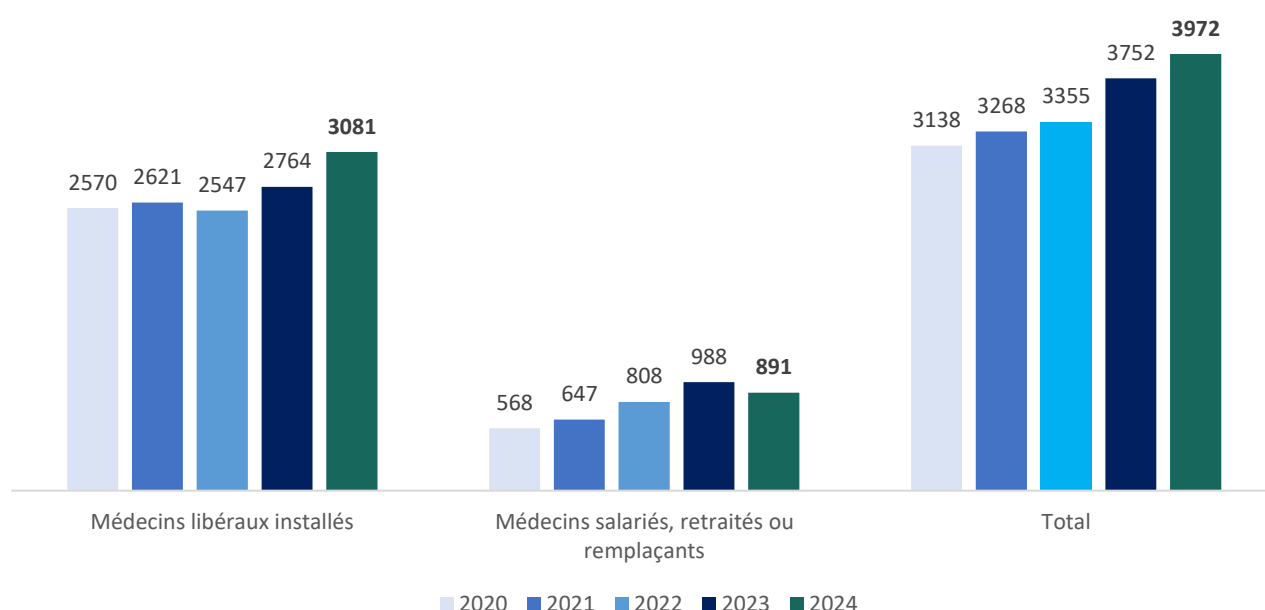
e. La participation des médecins libéraux à la régulation médicale

En 2024, l'enquête menée auprès des CDOM révèle que la régulation médicale des appels en horaires de PDSA a été assurée par des médecins libéraux dans la majeure partie du territoire, à l'exception de 6 départements : les Ardennes, la Lozère, le Tarn, la Guyane, Mayotte et la Nouvelle-Calédonie.

La régulation libérale peut également être mutualisée entre plusieurs départements, comme c'est le cas en Bourgogne Franche-Comté, avec des mutualisations entre la Nièvre et la Côte d'Or au sein de l'AREMEL 21 (Association de régulation médicale libérale), ainsi qu'entre le Doubs, le Jura, la Haute-Saône et le Territoire de Belfort au sein de l'ACORELI (Association Comtoise de régulation libérale).

D'après les retours des CDOM pour l'année 2024, 3081 médecins libéraux installés en activité régulière ont participé à la régulation médicale des appels en horaires de PDSA, ce qui correspond à une hausse de 11,5% par rapport à l'année précédente. Parmi les 45468 médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une activité régulière, 6,8% ont participé à la régulation médicale des appels de PDSA, soit 0,8 points de plus qu'en 2023. A ce chiffre, s'ajoutent 891 médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale des appels de PDSA, soit une baisse de 9,8% par rapport à 2023. Au total, 3972 médecins généralistes ont assuré le rôle de médecin régulateur en 2024, soit une hausse totale de 5,9% en comparaison des chiffres constatés en 2023.

Graphique 8 - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA entre 2020 et 2024



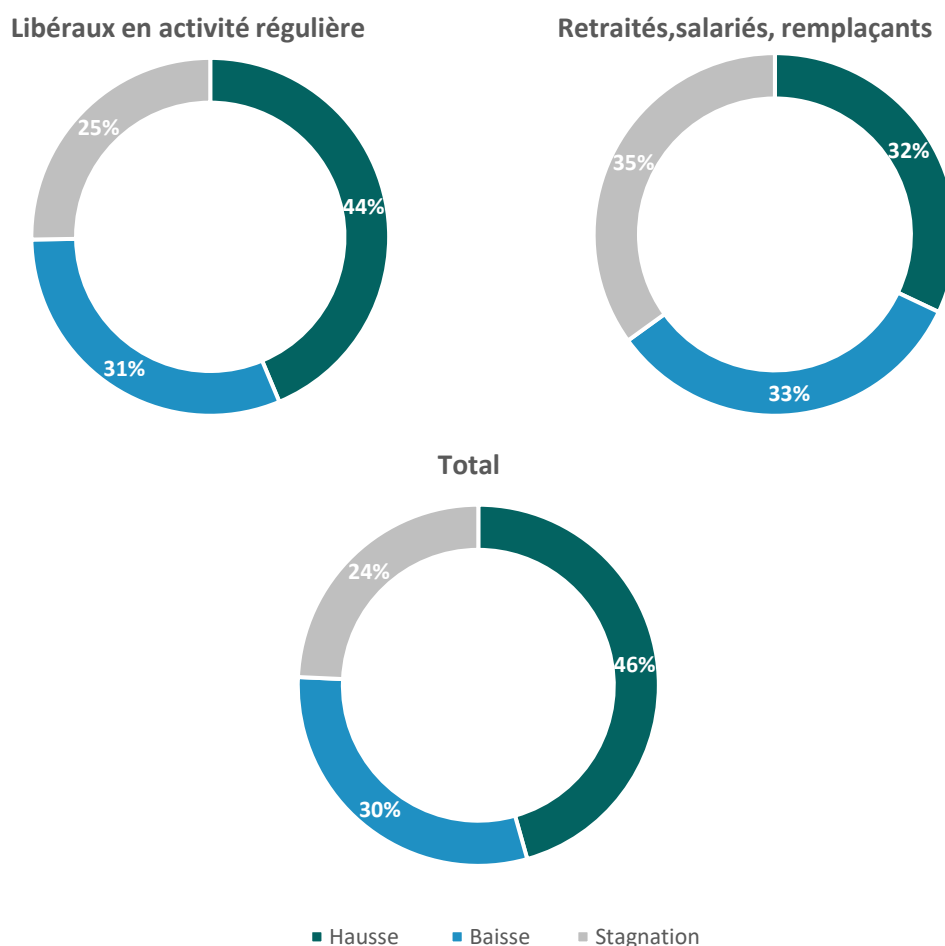
Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2020, 2021, 2022, 2023 et 2024

Le nombre de médecins régulateurs poursuit donc sa progression, principalement en raison de l'implication croissante des médecins libéraux installés en activité régulière.

A l'échelle départementale, nous observons :

- Une hausse du nombre total de médecins régulateurs (libéraux installés, salariés, retraités et remplaçants) pour 46% des départements, avec une hausse de 14 médecins régulateurs en moyenne ;
- Une baisse du nombre total de médecins régulateurs libéraux pour 30% des départements, avec une baisse de 13 médecins régulateurs en moyenne ;
- Une stagnation du nombre de médecins régulateurs entre 2023 et 2024 pour 24% des départements.

Graphique 9 - Évolutions départementales du nombre de médecins participant à la régulation médicale entre 2023 et 2024 – 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 46% des départements entre 2023 et 2024

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2023 et 2024

f. Front de garde de la régulation libérale

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

Tableau 1 – Front de régulation libérale (France entière) selon les plages horaires de la PDSA entre 2023 et 2024

Créneaux horaires	Front de régulation libérale en 2022	Front de régulation libérale en 2023	Front de régulation libérale en 2024
Samedi matin	63 à 64	66	63
Samedi après-midi et soirée	181,5 à 220,5	185,5 à 223,5	192,5 à 232,5
Dimanche et jours fériés	180,5 à 242,5	179,5 à 245,5	189,5 à 255,5
Soirée de semaine (20h – 24h) *	146 à 168	129 à 169	158 à 178
Nuit profonde (24h – 8h)	88 à 104	81 à 103	97 à 110

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'examen des données issues des dernières versions des cahiers des charges régionaux de la PDSA met en évidence une hausse du nombre de médecins régulateurs prévus pour l'ensemble des créneaux de garde, à l'exception des samedis matin.

En effet, bien que l'extension de la PDSA au samedi matin constitue une demande récurrente de la part de nombreux CDOM, on constate une très légère diminution du nombre de médecins inscrits sur cette plage horaire, qui est passé de 66 à 63 sur l'ensemble du territoire, entre 2023 et 2024. 40 départements disposent d'au moins une ligne de régulation libérale le samedi matin, comme c'était le cas en 2023. Il convient également de préciser que, dans les départements où le Service d'Accès aux Soins (SAS) est déployé, cette plage horaire peut être prise en charge par ce service.

Les plages horaires de PDSA présentant les fronts de garde les plus importants sont les dimanches, les jours fériés, ainsi que les samedis après-midi et en début de soirée.

Les fronts de garde de régulation ont également été renforcés en début de soirées de semaine, cette plage horaire étant couverte sur l'ensemble du territoire, à l'exception de 4 départements : en Lozère, dans les Ardennes, à Mayotte et en Guyane.

La nuit profonde présente un front de garde moins important que les autres plages horaires, bien qu'il ait évolué favorablement par rapport à l'an dernier. En 2024, on dénombre 27 départements qui ne disposent d'aucune ligne de garde sur cette plage horaire, soit un de moins qu'en 2023.

g. Rémunération de la régulation

La rémunération des médecins participant à la régulation médicale durant les horaires de PDSA est basée sur des forfaits d'astreinte, dont les montants sont fixés localement par les Agences Régionales de Santé (ARS) à travers le Fonds d'intervention Régional (FIR) dont elles disposent. Toutefois, conformément à l'Arrêté du 20 avril 2011¹⁵ relatif à la rémunération des médecins en permanence des soins ambulatoires, ces montants ne peuvent pas être inférieurs à 70€ par heure de régulation.

En 2024, ces montants variaient entre 90€ et 150€ par heure de régulation, tout comme l'année précédente. Il est intéressant de souligner que toutes les régions du territoire appliquent des rémunérations horaires supérieures au montant minimum imposé au niveau national.

¹⁵ [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 2024

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 €				-
	Particularité dans l'Ille et Vilaine de 00h à 08h, les deux médecins régulateurs libéraux présents au sein du CRRRA du SAMU centre 15 s'organisent de la façon suivante : - un médecin est de garde sur la période de 00h à 04h puis ensuite en astreinte de 04h à 08h, - un médecin est en astreinte de 00h à 04h puis ensuite de garde de 04h à 08h. La rémunération des heures effectuées pendant les astreintes est minorée de 50 %.				
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€ Majoration en cas de mutualisation interdépartementale				-
Hauts-de-France	100 €	120 €	100 €	100 €	100 €
Ile-de-France	90 €	110 €	90 €	90 €	90 €
Normandie	100 €	120 €	100 €	100 €	100 €
Nouvelle-Aquitaine	125 €	150 € (de 00h à 06h)	125 €	125 €	-
Occitanie	100 €	115 €	105 €	105 à 125 €	-
Pays-de-la-Loire	100 € - 125 €				NC
PACA	100 €	130 €	100 €	100 €	100 €
Martinique	110 €	-	135 €	135€ - 150€	-
Guadeloupe	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				-
Guyane	-				
Réunion	120 €				-

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

h. Données d'activité de la régulation libérale

Quel que soit le mode d'organisation adopté, les données relatives à la régulation libérale sont collectées localement, selon des modalités spécifiques, sans être centralisées ni agrégées au niveau national. En l'absence de telles données, il devient impossible de comparer le front de garde (nombre de médecins affectés à la régulation par tranche horaire) à la réalité de l'activité de régulation libérale à l'échelle nationale. De même, il n'est pas possible d'obtenir une vue d'ensemble du traitement des appels pendant les 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 mission l'organisation et la gestion de la régulation libérale de la PDSA au sein de l'ancienne région administrative 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, dans les autres régions la régulation médicale en horaires de PDSA est organisée à l'échelle départementale.

En 2024, la plateforme a géré 137 942 dossiers, un chiffre en hausse de 6,4% par rapport à l'année précédente.

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

- 50% de conseils médicaux ;
- 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 (47%) ont eu lieu le week-end (21,5% le samedi et 25,8% le dimanche). En jours de semaine, la part des appels se situait entre 10% et 11%. En ce qui concerne la répartition annuelle, c'est en décembre, en mai et en août qu'on comptabilise le plus grand nombre d'appels, la part de dossiers traités durant ces mois s'élevant respectivement à 10,2%, 9,2% et 9%.

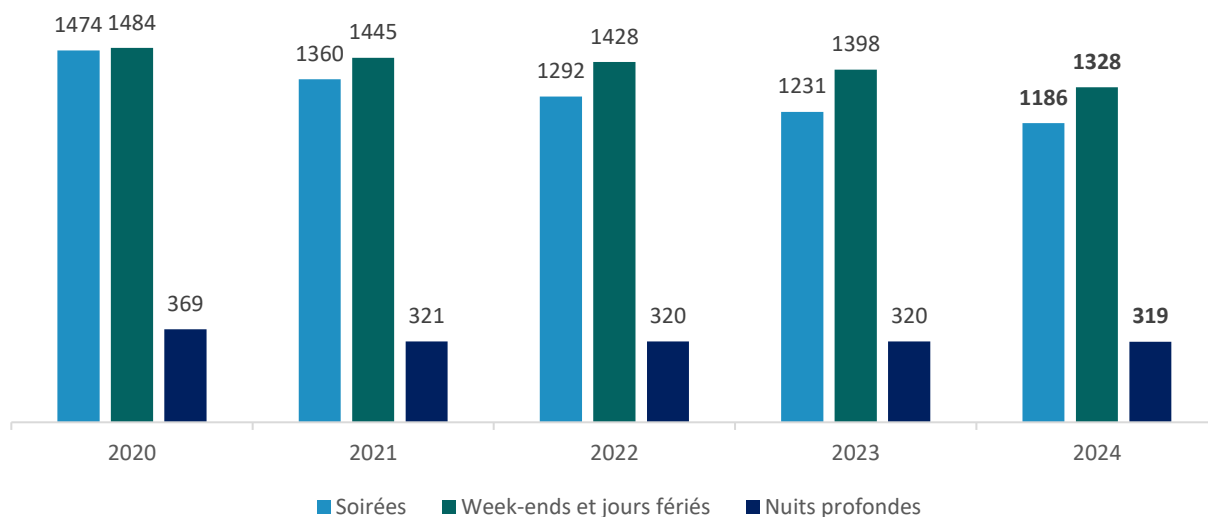
Les dossiers gérés par l'ACORELI en 2024 sont passés par le numéro de régulation dédié à la PDSA, le 3966, dans 41% des cas (-1% par rapport à 2023), ont été renvoyés par le CRRA 15 dans 52% des cas (identique à 2023) et par la plateforme de régulation des sapeurs-pompiers, le 18, dans 6% des cas (identique à 2023).

2.2 L'effectif

a. Evolution des territoires de PDSA¹⁶

Depuis plusieurs années, nous constatons une tendance à la baisse du nombre de secteurs de PDSA sur l'ensemble du territoire, tendance qui semble se maintenir en 2024, notamment pour les créneaux de début de soirée ainsi que pour les week-ends et jours fériés. En effet, le nombre de secteurs diminue de 4% en soirée, de 5% durant les week-ends et jours fériés, tandis qu'il reste stable en nuit profonde.

Graphique 10 - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire entre 2020 et 2024



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

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2020, 2021, 2022, 2023 et 2024

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

En 2024, la part des créneaux de garde qui comportaient au moins 2 effecteurs sur une plage horaire était de 10,2% sur l'ensemble des créneaux de garde, contre 9,2% en 2023.

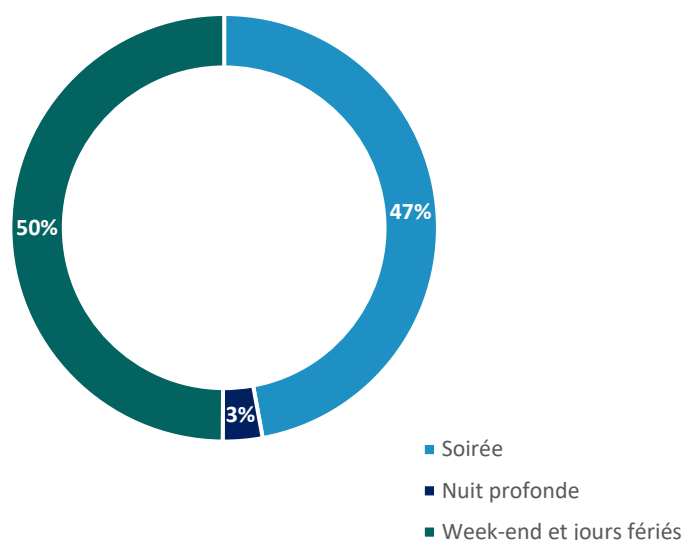
Un territoire de PDSA doit être défini selon les besoins observés en s'assurant que les distances à parcourir ne soient pas trop importantes pour le médecin de garde, ce qui pourrait représenter un frein à la prise en charge. En termes d'adaptation organisationnelle, une forte demande en soins non programmés pourrait se traduire par un nombre important de territoires

¹⁶ 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.

ou par une augmentation du nombre de lignes de garde. À l'inverse, lorsque la demande est très faible, voire quasi-inexistante, cela peut conduire à une baisse du nombre de territoires par resectorisation ou à la suppression de lignes de garde. L'importance relative du nombre de secteurs de garde les week-ends et jours fériés pourrait ainsi s'expliquer par une demande accrue sur ces créneaux tandis qu'en nuit profonde au contraire, elle est relativement faible.

Les données d'activité de la CNAM confirment bien que la majorité des actes de PDSA, régulés ou non, ont été réalisés durant les soirées, week-ends et jours fériés. En effet, 47% des actes de PDSA étaient réalisés en soirées, 50% étaient réalisés durant les week-ends et jours fériés, et seulement 3% étaient réalisés en nuit profonde¹⁷.

Graphique 11 - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2023¹⁸ 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 2023, liquidation à fin mai 2024 - Traitement CNOM.

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

En plus du décompte des territoires de garde, qui ne fournit qu'une vision partielle de l'organisation de la PDSA, il est également essentiel d'évaluer la proportion de ces territoires où une prise en charge ambulatoire est effectivement assurée. En 2024, la couverture des territoires de PDSA s'élevait à 97 % durant les week-ends et jours fériés, à 93 % en soirées, et à 27 % en nuits profondes. Ces chiffres révèlent une stabilité de la couverture durant les week-ends, et les nuits profondes, mais une diminution de 3% du nombre de secteurs couverts en soirées (cf. Tableau 3).

¹⁷ 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.

¹⁸ Les données de la CNAM ont une année de décalage, se reporter à la méthodologie pour davantage de précisions.

Dans les territoires non couverts par cette prise en charge, l'effecton est assurée par les services d'urgence, en l'absence de ligne de garde définie dans le cahier des charges de la PDSA. Ces zones sont ainsi qualifiées de "zones blanches".

C'est donc en nuits profondes que la proportion des « zones blanches » est la plus importante. En 2024, 42 départements ne bénéficient plus de couverture sur cette plage horaire, soit 3 de plus qu'en 2023. Les raisons évoquées concernant l'arrêt de la couverture de ces territoires en nuit profonde sont principalement la faible activité constatée dans ces secteurs, et également la difficulté à mobiliser des volontaires sur ce créneau.

On peut observer que bien que seuls 3% des actes médicaux sont réalisés en nuit profonde, 27% des territoires sont couverts par un médecin de garde de la PDSA.

Tableau 3 - Organisation de l'effecton en fonction du créneau horaire en 2024

	Territoires où l'effecton est assurée par des médecins de la PDSA et taux de couverture		Territoires où l'effecton est assurée par les services de l'AMU (« zones blanches »)		Départements où il existe des « zones blanches »	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Week-ends et jours fériés	1291	97%	37	3%	12	12%
<i>En 2023</i>	<i>1349</i>	<i>97%</i>	<i>47</i>	<i>3%</i>	<i>14</i>	<i>14%</i>
Soirées (20h – 24h)	1106	93%	80	7%	12	12%
<i>En 2023</i>	<i>1180</i>	<i>96%</i>	<i>49</i>	<i>4%</i>	<i>14</i>	<i>14%</i>
Nuits profondes	319	27%	867	73%	89	86%
<i>En 2023</i>	<i>320</i>	<i>27%</i>	<i>903</i>	<i>73%</i>	<i>87</i>	<i>84%</i>

Lecture : En 2024, l'effecton était assurée 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 2023 et 2024

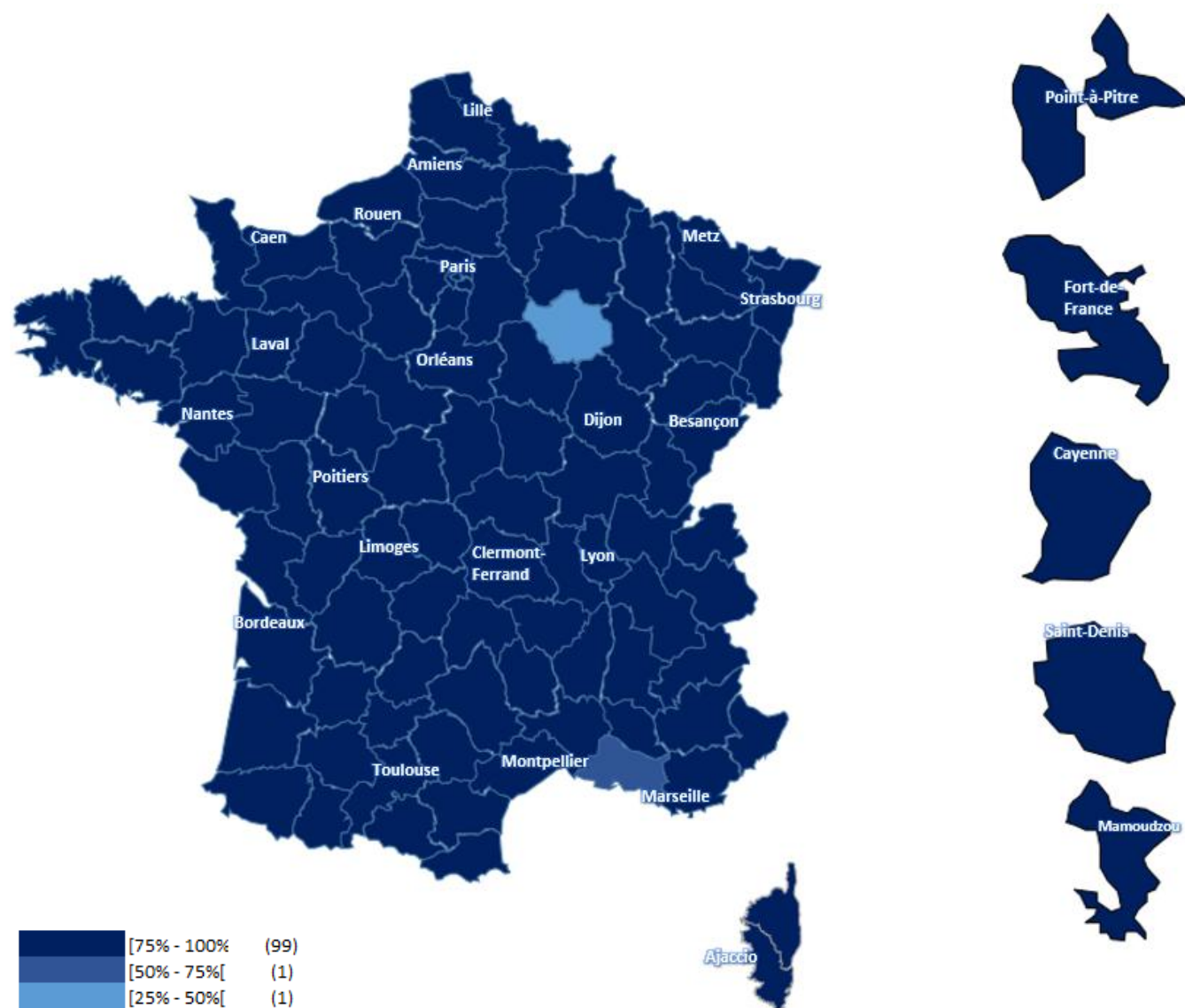
Les gardes en soirées de semaine semblent être de plus en plus remises en question par une partie des médecins de la PDSA. En effet, 73% des CDOM déclarent craindre une baisse d'implication à venir des médecins volontaires en soirées sur un ou plusieurs territoires de PDSA.

Interrogés sur ce point, les CDOM identifient deux grandes tendances qui expliqueraient ce phénomène. D'une part le résultat de l'évolution de la démographie médicale et, plus particulièrement du vieillissement des médecins en exercice, dont le départ à la retraite sans remplacement accentue la désertification médicale de certains territoires, comme cela a été souligné par les CDOM aussi différents que les Alpes-Maritimes, l'Aude, la Corrèze, le Cher, les Alpes-de-Haute-Provence et l'Ille-et-Vilaine. D'autre part, une baisse d'implication motivée par divers facteurs pouvant se cumuler entre eux :

- **L'épuisement professionnel** des médecins face à une charge de travail trop importante et une activité particulièrement soutenue en cabinet, en raison de l'augmentation constante de leur patientèle. Cette hausse de l'activité résulte en partie de la baisse de la démographie médicale, ce qui accroît la charge de travail des médecins restants et le nombre de gardes à assurer.
- **Le manque d'attractivité des gardes de soirée**, en raison d'une activité trop faible dans certaines zones, parfois accentuée par l'ouverture de centres de soins non programmés ou de cabinets à horaires élargis, au sein desquels les patients peuvent se rendre librement sans régulation, délaissant ainsi les MMG. Ce manque d'attractivité est renforcé par une rémunération jugée insuffisante, une fiscalité contraignante et des inquiétudes croissantes liées à la nouvelle convention médicale 2024-2029¹⁹ qui impacte notamment la cotation des visites à domicile et des consultations non régulées. Dans un département, la CPAM a ainsi engagé des démarches pour réclamer des indus sur des consultations auparavant cotées comme régulées, alors que les patients s'étaient présentés de manière autonome en MMG.
- **Une insécurité croissante** dans certains territoires de garde, amplifiée dans certains cas par des contextes sociaux tendus, comme cela a été observé en 2024 en Martinique et en Nouvelle-Calédonie, où de nombreux secteurs ont interrompu les gardes de soirée pour des raisons de sécurité.
- **La restructuration des secteurs de garde**, qui a, dans de nombreux cas, conduit à la création de secteurs trop vastes, augmentant ainsi les distances à parcourir pour les médecins de garde.
- **Une évolution sociétale** mettant l'accent sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Cette tendance se retrouve notamment parmi certains médecins qui souhaitent préserver leur qualité de vie.

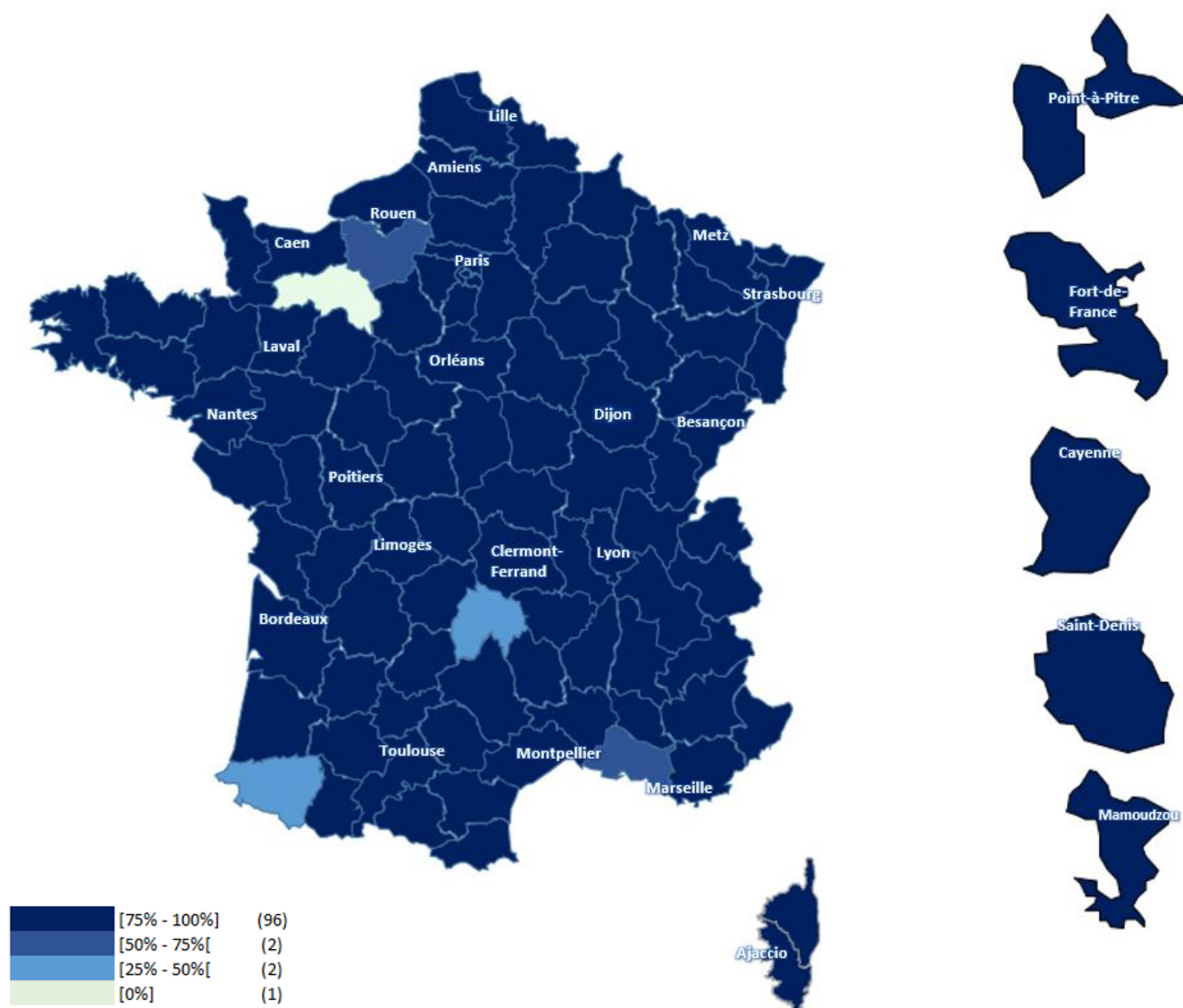
¹⁹ [Convention médicale 2024-2029](#) – Assurance Maladie

Cartographie 2 - Taux de couverture des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés en 2024



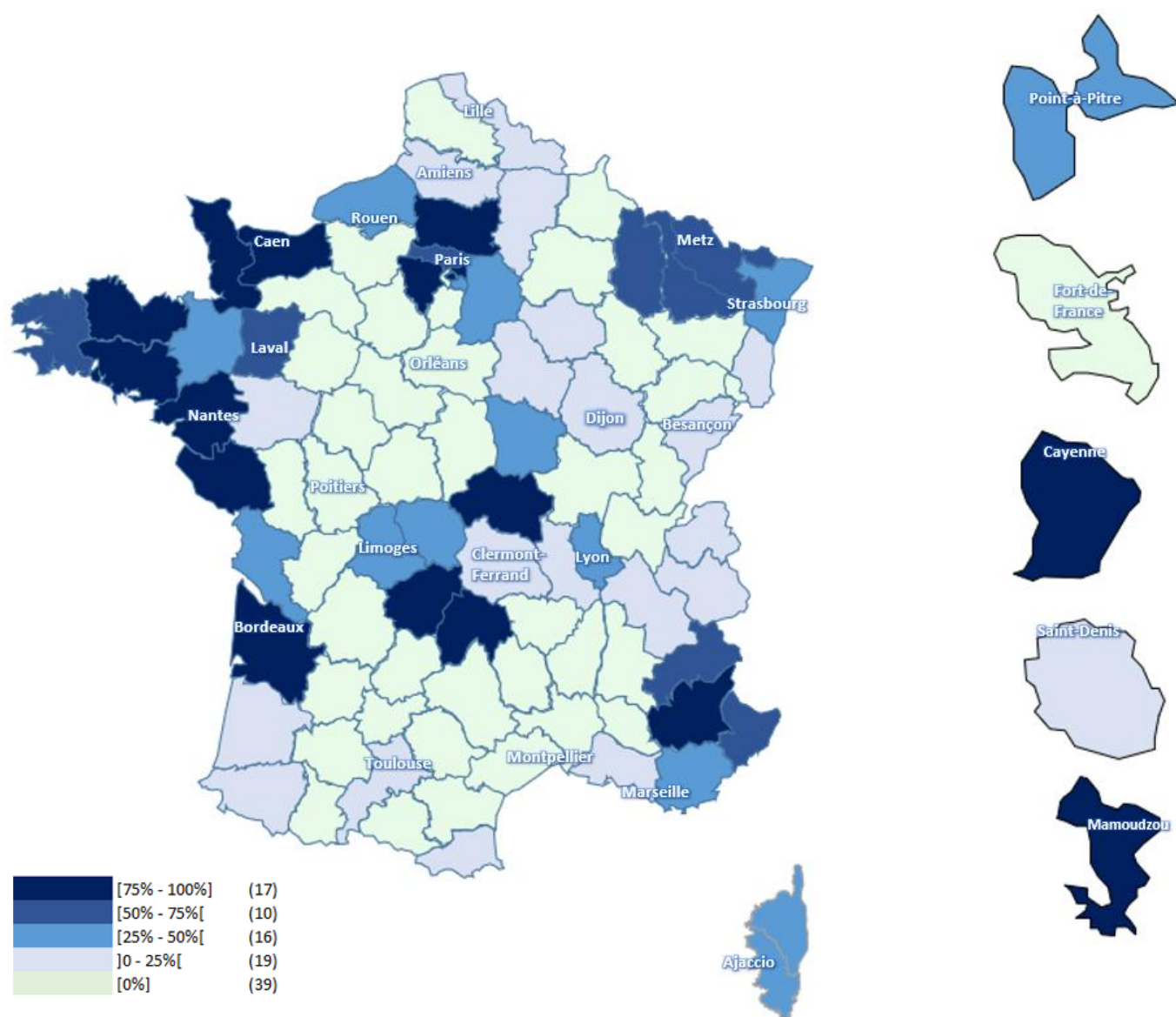
Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Cartographie 3 - Taux de couverture des territoires de PDSA en soirée (de 20h à minuit) en 2024



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Cartographie 4 - Taux de couverture des territoires de PDSA en nuit profonde en 2024



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

c. *Effectation fixe : poursuite du développement des sites dédiés*

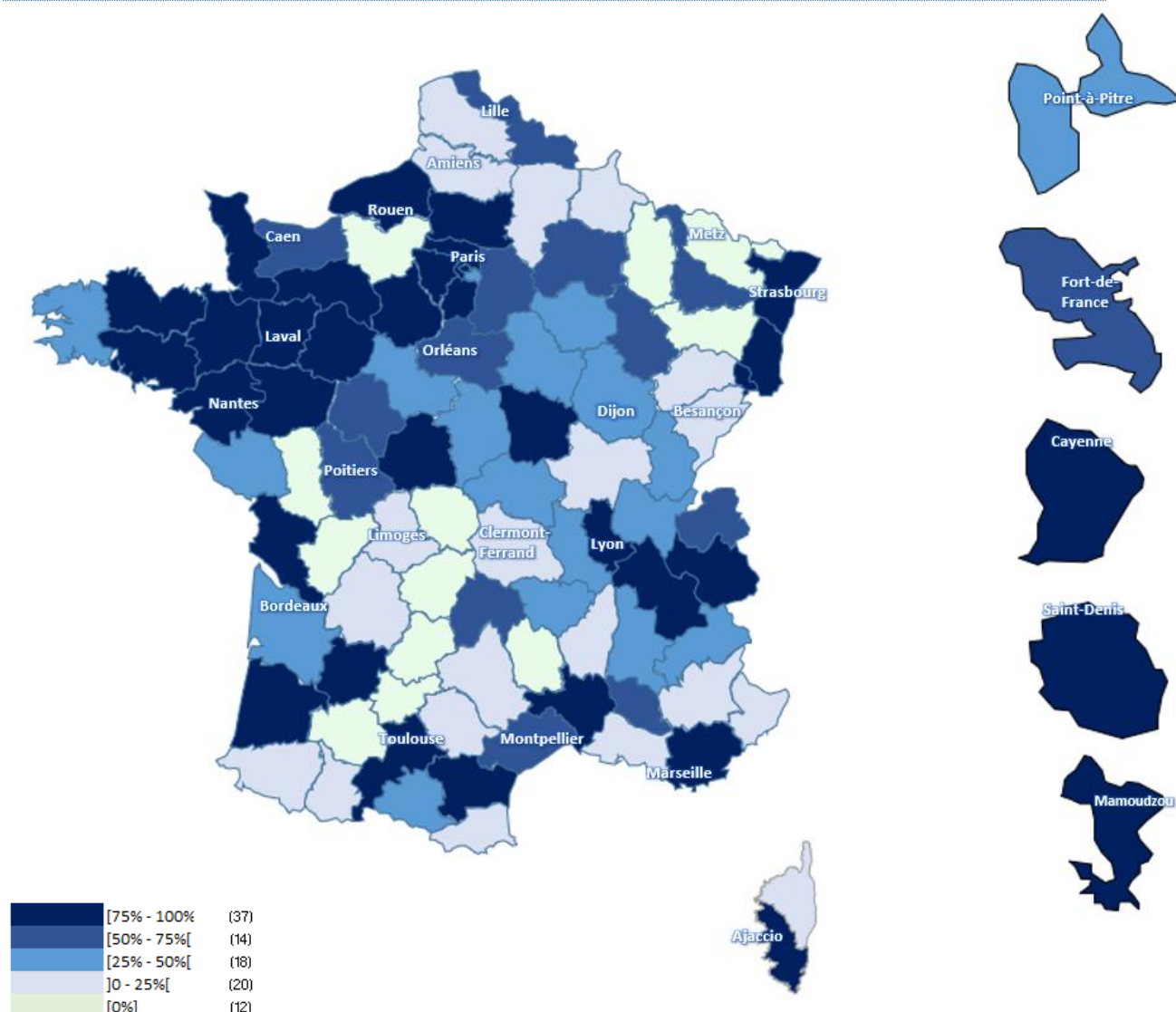
Les lieux d'effectation fixe correspondent aux sites dédiés identifiés comme assurant la PDSA dans les cahiers des charges régionaux, au sein desquels les patients peuvent se rendre pour consulter un médecin en horaires de permanence des soins. Ils prennent le nom de Maisons médicales de garde (MMG), de Centres d'accueil et de permanence des soins (CAPS) ou de centres de consultation gérés par des associations de PDSA telles que SOS Médecins. Ces structures peuvent être adossées à des établissements de santé publics ou privés, situés dans des locaux spécifiquement dédiés à l'activité de PDSA, intégrées dans des EHPAD, des maisons de santé pluriprofessionnelles, ou se trouver au sein de centres municipaux de santé. Les horaires d'ouverture peuvent varier en fonction des besoins du territoire et de l'organisation locale de la PDSA.

En 2024, les points fixes de consultation en horaires de PDSA couvraient une majeure partie du territoire avec 90 départements équipés de ce type de structures, comme c'était déjà le cas en 2023. Il est intéressant de noter que les prises en charge au cabinet du médecin de garde restaient disponibles dans 84% des départements.

Au 31 décembre 2024, 556 sites dédiés à la PDSA étaient dénombrés sur l'ensemble du territoire, soit 15 de plus qu'en 2023. D'après l'enquête menée auprès des CDOM, 41% de ces sites dédiés étaient adossés à des établissements de santé.

En 2024, 51% des territoires de PDSA étaient couverts par un site dédié durant les week-ends et jours fériés, marquant une augmentation de 6% par rapport à 2023. De nouveaux sites dédiés ont été créés dans 15 départements en 2024, notamment en Corse, en Haute-Garonne, dans la Marne ou encore dans le Val-d'Oise.

Cartographie 5 - Taux de secteurs de PDSA couverts par des sites dédiés en 2024



Sources : CNOM, Enquête PDSA 2024

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

Lorsque les CDOM sont interrogés sur les solutions qui pourraient améliorer la situation de la PDSA dans leur département, la mise en place de transports dédiés pour les patients non-mobilisables est fréquemment mentionnée. Bien que ce système soit encore peu répandu, il paraît pourtant particulièrement nécessaire dans les zones où l'effecteur mobile n'est pas assurée. En effet, la présence d'un effecteur mobile permet de consulter à domicile les patients ne disposant pas de moyens de transport. C'est donc dans les territoires dépourvus d'effecteur mobile que la mise en place de transports dédiés vers le point fixe semble la plus pertinente.

Dans le cadre de l'enquête, 83 CDOM ont indiqué rencontrer des difficultés de fonctionnement de la PDSA dans certains de leurs territoires, et 61% d'entre eux ont cité la mise en place d'un dispositif de transport des patients parmi les mesures susceptibles d'améliorer la situation.

En 2024, seuls 9 départements ont fait état de l'existence de systèmes dédiés permettant d'acheminer les patients non-mobilisables vers l'effecteur fixe dans leur département, contre 12 en 2023. Dans 60% des cas, ce dispositif était fonctionnel dans l'ensemble du département. Ce dispositif, généralement déclenché par la régulation, impliquait la mobilisation d'ambulances, de véhicules sanitaires légers (VSL) et d'artisans taxis.

Or l'article R6315-5²⁰ du code de la santé publique prévoit que « *L'agence régionale de santé détermine les conditions dans lesquelles le transport des patients vers un lieu de consultation peut être organisé lorsqu'ils ne peuvent se déplacer par leurs propres moyens.* ». Il apparaît donc pertinent que les ARS se saisissent de cette problématique, compte tenu du développement inégal des systèmes d'acheminement des patients vers les sites de consultations fixes.

e. *Effectation mobile et prise en charge des visites incompressibles*

Face au développement de l'effectation fixe avec la mise en place de sites dédiés à la PDSA, l'organisation de l'effectation mobile varie selon les territoires. Elle vise en particulier la prise en charge des visites dites incompressibles, comme le précise la circulaire DGOS du 23 mars 2007²¹. Cette notion n'est pas définie dans les textes et est inégalement traitée dans les cahiers des charges régionaux. De manière générale, les visites dites incompressibles correspondent aux situations où les patients sont dans l'incapacité de se déplacer et pour lesquels il n'est pas opportun de mettre en œuvre un transport sanitaire ; il s'agit notamment des patients en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou de toute situation, hors AMU, jugée par le médecin régulateur comme justifiant le déplacement du médecin d'astreinte.

En 2024, 29 CDOM ont rapporté l'absence d'effecteurs mobiles dans leur département soit 4 de moins qu'en 2023. Parmi les départements ne disposant pas d'effectation mobile, on retrouve notamment l'Aude, la Côte-d'Or, l'Eure, les Landes, l'Oise ou encore la Mayenne.

Dans les autres départements, l'effectation mobile est mise en œuvre selon différentes modalités :

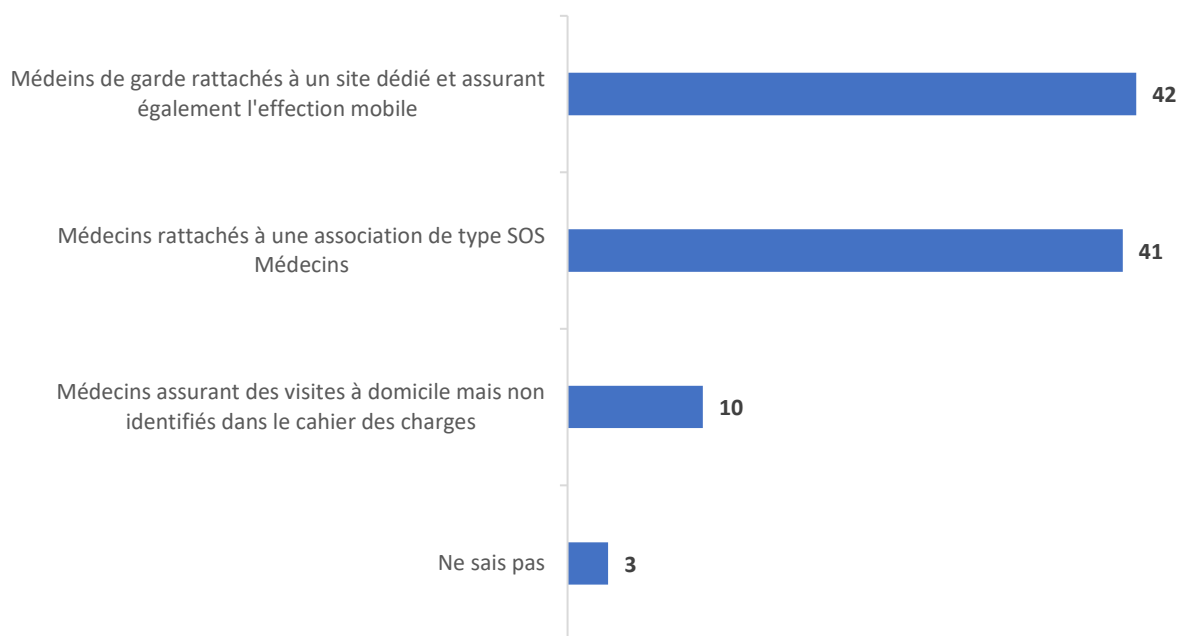
- Dans 42 départements, les visites à domicile sont assurées par des médecins de garde rattachés à un site d'effectation posté, de type MMG, mais qui assurent également l'effectation mobile. C'est le cas notamment dans l'Allier, les Hautes-Alpes, la Creuse, en Haute-Corse, ou encore dans l'Indre
- Dans 41 départements, elle est assurée par une association de soins de type SOS Médecins. Dans un cas sur deux, ils interviennent conjointement avec d'autres effecteurs mobiles, qu'ils soient identifiés ou non dans le cahier des charges, tandis que dans 20 départements, tels que le Finistère, la Haute-Garonne, le Rhône et la Seine-et-Marne, elles constituent les seuls effecteurs mobiles identifiés.
- L'effectation mobile peut également être effectuée de manière « informelle », c'est-à-dire sans forfait d'astreinte dédié. C'est le cas dans les départements où l'effectation mobile

²⁰ [Article R6315-5 du code de la santé publique](#) - Légifrance

²¹ [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](#)

n'est pas prévue par le cahier des charges mais tout de même réalisée par certains médecins de garde. La réalisation des visites est, dans ce type de configuration, soumise à la bonne volonté des médecins et donc variable d'un médecin/d'une garde à l'autre.

Graphique 12 – Mise en place et modalités de l'effectation mobile par département en 2024



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

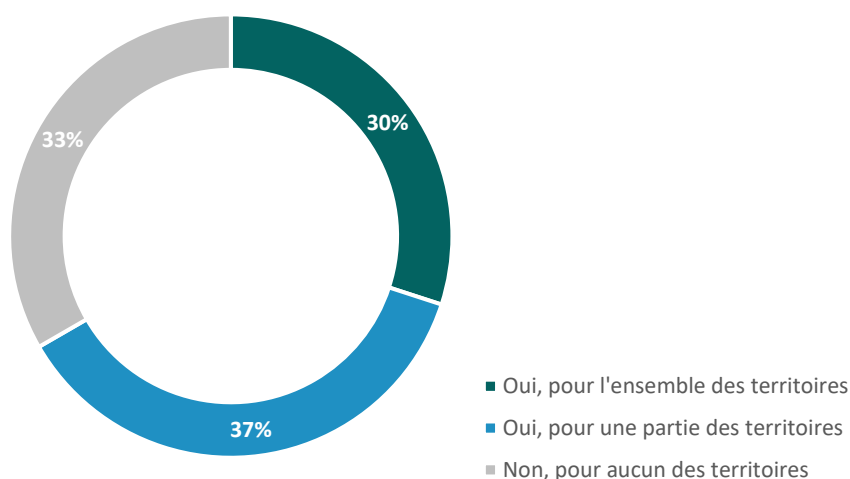
Dans certains départements, on observe un effondrement des visites à domicile dans les zones urbaines, les médecins privilégiant davantage les gardes postés en MMG. Ce phénomène a été constaté notamment dans les Alpes-Maritimes et la Seine-Saint-Denis et est en grande partie favorisé par l'insécurité, les difficultés de stationnement, ainsi que par des tarifs conventionnels peu incitatifs selon les CDOM.

Des mesures peuvent être mises en place localement par les ARS afin de renforcer l'attrait des médecins pour les visites à domicile. Tel a été le cas dans le Grand Est, où les montants des forfaits d'effectation mobile évoluent en fonction des distances parcourues, mais aussi en Île-de-France, où une expérimentation lancée le 1^{er} janvier 2025 permet de majorer les actes de visites à domicile ainsi qu'en EHPAD pour les patients de plus de 75 ans, à la demande du centre 15.

D'après l'enquête réalisée auprès des CDOM concernant la gestion des visites dites incompressibles, sur les 90 départements disposant de sites dédiés à la PDSA, 30 n'étaient pas équipés d'un dispositif de prise en charge pour ces visites en 2024, soit 2 de moins qu'en 2023.

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 ?

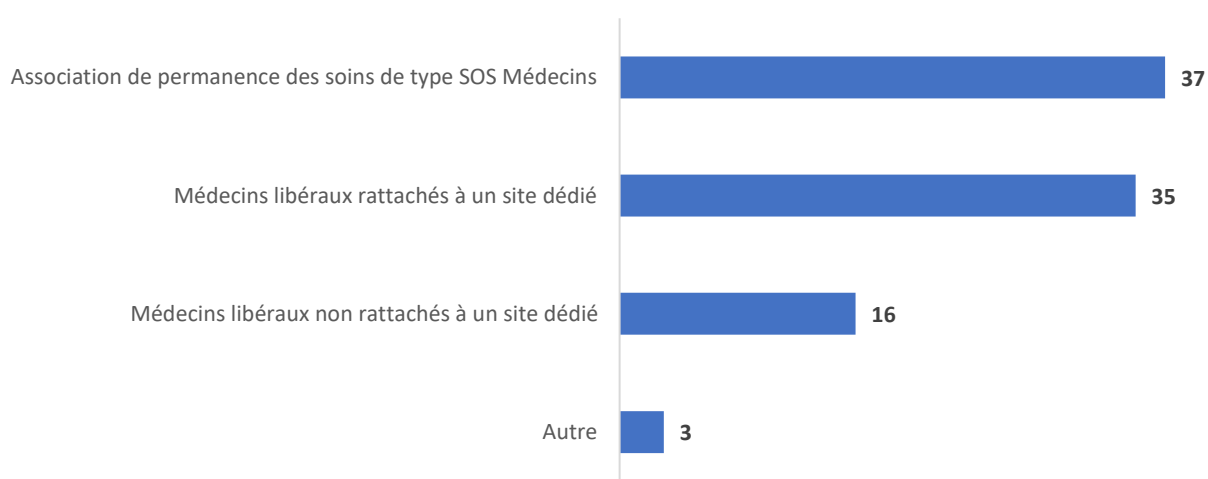


Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Ces dispositifs impliquaient principalement, des associations de permanence des soins de type SOS Médecins et des médecins libéraux rattachés, ou non, à des sites dédiés.

Graphique 14 – Dispositifs de prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés (N = 90)

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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

f. Rémunération de l'effectio

Comme pour la régulation, la rémunération des forfaits d'astreinte d'effectio est fixée par les ARS dans le cahier des charges régional de la PDSA. Depuis 2022, le montant de l'astreinte d'effectio ne peut être inférieur à 180€ pour 12 heures, soit 15€ de l'heure, conformément à l'arrêté du 24 décembre 2021²² modifiant l'arrêté du 20 avril 2011²³ relatif à la rémunération des médecins participant à la PDSA.

Le cahier des charges régional peut également prévoir, dans le respect des limites fixées par l'article 1 de l'arrêté de 2021, un possible ajustement de ces rémunérations forfaitaires en fonction des contraintes géographiques et des différentes sujétions attachées à l'exercice de la permanence.

Ces rémunérations forfaitaires ainsi que, le cas échéant les modalités de leur modulation, sont définies dans le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires.

En 2024, les forfaits d'astreinte d'effectio ont été revalorisés dans 18 départements. Au niveau national, pour des tranches de quatre heures, les montants de ces forfaits variaient de 60€ à 250€ pour l'effectio fixe et de 60€ à 670€ pour l'effectio mobile.

²² [Article 1 de l'Arrêté du 24 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 20 avril 2011](#) - Légifrance

²³ [Article 1 de l'arrêté 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participants à la permanence des soins ambulatoires](#) - Légifrance

Tableau 4 - Montants forfaitaires régionaux des astreintes d'effecton en 2024

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	Les MMG bénéficient d'une indemnité de sujétion				-
Bretagne	Fixe	60 €	120 €	120 €	180 €	-
	Mobile	L'effecton fixe en nuit profonde ne concerne que les îles				-
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€	-
		Majoration en cas de resectorisation, fonction du temps de déplacement entre les deux communes les plus éloignées du secteur				-
Hauts-de-France		100 €	200 €	200 €	300 €	-
Ile-de-France	Fixe	60€ - 200€	120€ - 400€	120€ - 400€	180€ - 600€	-
	Mobile	Tarifs dégressifs à partir du 2 ^{ème} acte réalisé				-
		60€ - 150€	200€ - 300€	120 €	180€ - 300€	-
		Majoration pour les effecteurs en territoires à caractère rural				-
Normandie		60 €	120 €	120 €	180 €	-
Nouvelle-Aquitaine	Fixe	65 €	130 €	130 €	195 €	-
	Mobile	150 €	300 €	150 €	225 €	-
Occitanie	Fixe	100 € - 140 €	200 € - 250€	120 € - 200 €	180 € - 480€	-
	Mobile	140 € - 300 €	280 € - 350 €	210 € - 640 €	420 € - 960 €	-
	Mixte	100 € - 140 €	120 € - 250 €	120 € - 560 €	180 € - 840 €	-
Pays-de-la-Loire	Fixe	90 € - 150 €	120 € - 400 €	120 € - 300 €	180 € - 450 €	-
	Mobile	Les plages horaires et les montants varient selon les départements				-
		600 € - 828€	-	-	-	-
		Baisse du montant horaire si aucun acte n'est réalisé				-
Provence-Alpes-Côte d'Azur		60 €	120 €	120 €	180 €	60 €
		Durant les journées stratégiques, majoration de 10€ et doublement de l'astreinte le samedi matin uniquement si précédé d'un jour férié				-
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 €
		L'effecton en nuit profonde ne concerne que les îles du Sud : La Désirade, Marie-Galante et Les Saintes				-
Guyane		250 €	-	510 €	750 €	-
Réunion	Fixe	89 €	142 €	124 €	195 €	-
	Mobile	19h - 24h	-	12h - 19h	8h - 19h	-
		148 €	-	178 €	355 €	-
		19h - 24h	-	14h - 20h	-	-

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

2.3 Modification des horaires de permanence des soins

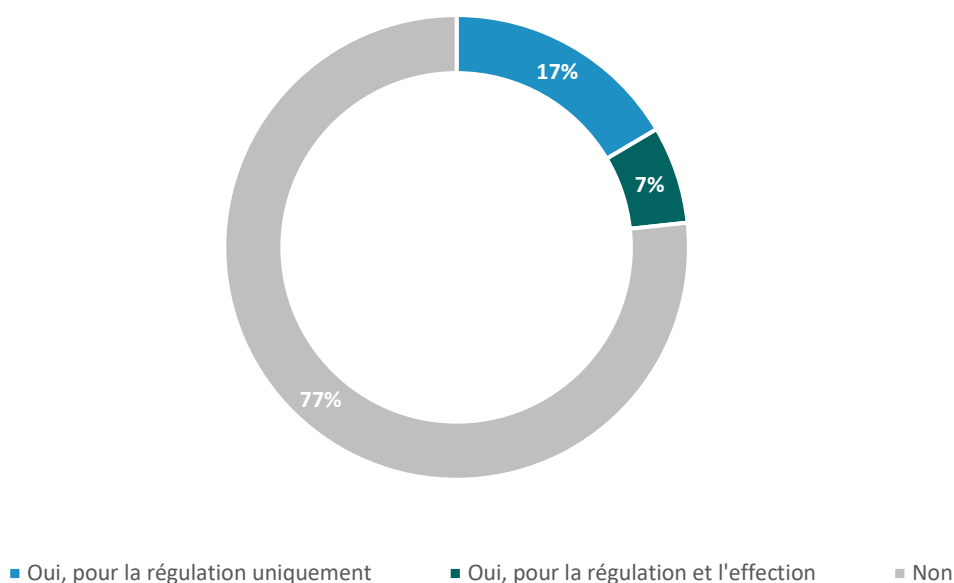
a. Extension des horaires de PDSA au samedi matin

La PDSA du week-end ne débute officiellement qu'à midi le samedi conformément à l'article R.6515-1 du code de la santé publique²⁴, excluant ainsi le samedi matin. Cependant, l'extension de la PDSA à cette plage horaire demeure une revendication depuis plusieurs années, des CDOM et des syndicats représentant les médecins libéraux.

Néanmoins, cette revendication peine à se concrétiser sur le terrain, puisque seulement 24 CDOM ont indiqué que la PDSA avait été étendue au samedi matin pour la régulation contre 29 l'année précédente. Ce chiffre déclaré ne correspond pas nécessairement aux données des dernières versions des cahiers des charges régionaux disponibles. Cela peut s'expliquer par le déploiement progressif du service d'accès aux soins (SAS)²⁵ sur l'ensemble du territoire qui inclut cette plage horaire pour la régulation. On note également une diminution du nombre de départements où la PDSA a été étendue au samedi matin pour l'effectif, en plus de la régulation, passant de 10 départements en 2023 à seulement 7 en 2024.

Graphique 15 – Part des départements²⁶ ayant élargi la PDSA au samedi matin en 2024

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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Pour les départements ne bénéficiant pas de l'intégration du samedi matin aux horaires de PDSA, l'extension de la permanence des soins à ce créneau représente une attente pour une

²⁴ Article R6315-1 du Code de la santé publique

²⁵ Voir paragraphe 2.5 Mise en place du SAS

²⁶ Le total est différent de 100% en raison des arrondis.

majorité d'entre eux, dans un contexte où de moins en moins de cabinets médicaux sont ouverts le samedi matin et où les demandes se reportent sur les autres acteurs de l'offre de soins, tels que le SAMU et les Urgences. En effet, 64% des CDOM pour lesquels les horaires de PDSA n'ont pas été élargis au samedi matin se disaient favorables à ce qu'ils le soient (Cf. Graphique 16). Ce chiffre est en hausse de 5% par rapport à l'année dernière.

Les raisons avancées par les CDOM favorables à cette mesure sont diverses :

- Le constat de la fermeture des cabinets médicaux le samedi matin, est partagé par de nombreux départements, tels que l'Allier, l'Ariège, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, l'Hérault, la Manche, la Haute-Savoie, le Morbihan, l'Orne, les Pyrénées-Orientales, le Tarn, ou encore la Savoie. Cette dernière témoigne : « *De nombreux cabinets sont fermés le samedi matin, avec un risque que ce phénomène s'étende au vendredi après-midi...* ». Par ailleurs, même si le SAS assure la régulation des appels le samedi dans de nombreux départements, la fermeture des cabinets sur cette plage horaire complique la réponse aux demandes des patients comme le souligne le Doubs : « *Bon nombre de cabinets médicaux sont fermés le samedi matin, laissant beaucoup de patients sans solution. Le SAS ne dispose pas d'un nombre suffisant de rendez-vous pour combler ce déficit.* » ;
- La mise en place de la PDSA le samedi matin permettrait de diminuer le report des appels du matin vers les gardes d'effectif de l'après-midi et ainsi éviter l'afflux d'activité dès l'ouverture de la garde, comme cela a été observé dans le Cantal, la Creuse, l'Essonne et la Lozère, qui souligne : « *La question de l'extension de la PDSA au samedi matin revient souvent : d'un point de vue régulation, cela laisse un trou sans médecin et il faut attendre l'après-midi pour avoir un rendez-vous. Du côté des patients, certains se rendent aux Urgences quand il leur ait indiqué qu'il faut attendre l'après-midi.* ». En effet, cette absence de réponse aux demandes de soins complique le travail de la régulation, comme en témoigne le CDOM du Lot-et-Garonne : « *La garde devrait débuter le samedi à 8 h et pas à 12 h. Cela permettrait d'éviter un surcroît de travail pour les régulateurs et une meilleure gestion des appels* » ;
- L'extension de la PDSA le samedi matin permettrait d'harmoniser l'organisation en place avec la réalité du terrain, dans les départements où des médecins prennent en charge des consultations d'effectif le samedi matin, sans être inscrit au tableau de garde, et sans bénéficier de la cotation de garde, comme le soulignent les CDOM de la Haute-Corse, de la Lozère et du Vaucluse qui précise que « *La pérennisation définitive de cette mesure serait plus adéquate à la réalité de terrain.* » ;
- Une PDSA le samedi matin permettrait de soulager les médecins qui maintiennent leurs cabinets ouverts en l'absence d'un tableau de garde dédié et qui font face à une charge de travail quotidienne particulièrement lourde comme l'indique le CDOM de l'Aveyron : « *Avec la mise en place du SAS, la carence médicale et l'épuisement professionnel, l'extension de la PDSA le samedi matin serait un soulagement pour la profession.* ».

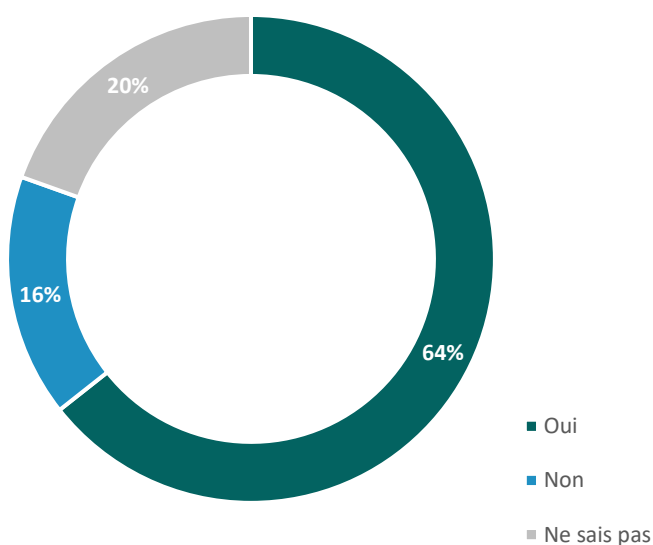
Les CDOM qui se sont déclarés défavorables à l'élargissement des horaires de PDSA au samedi matin sont au nombre de 14 en 2024, soit un de plus que l'année précédente : les Hautes-Alpes, les Côtes-d'Armor, le Finistère, le Gers, la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire, la Marne, la Haute-Marne, la Nièvre, les Vosges, le Territoire de Belfort, la Martinique, Mayotte

et la Polynésie Française. Ces CDOM sont défavorables à cette mesure pour différentes raisons :

- Dans certains départements, de nombreux cabinets médicaux et maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont déjà ouverts le samedi matin et il ne semble pas nécessaire d'organiser une PDSA sur ce créneau horaire. Ces mêmes départements craignent que l'extension de la PDSA entraîne la fermeture de ces cabinets : « *Si le samedi matin est intégré à la PDSA, tous les médecins fermeront leurs cabinets, entraînant un effondrement de l'offre de soins durant cette période. Parallèlement, les coûts augmenteront, car les soins en PDSA sont plus onéreux.* » ;
- Dans d'autres départements, malgré le constat d'une offre de soins diminuée le samedi matin, on redoute que l'instauration d'un tableau de garde sur cette plage horaire ne surcharge davantage les médecins participant à la PDSA et n'ajoute une contrainte supplémentaire pour les médecins généralistes : « *Nous manquons cruellement de médecins, rajouter des contraintes d'astreintes ne sera pas attractif pour inciter les jeunes en quête d'installation.* ».

Graphique 16 – Avis des CDOM au sujet de l'extension des horaires de PDSA au samedi matin en 2024

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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

b. Horaires adaptés en soirées

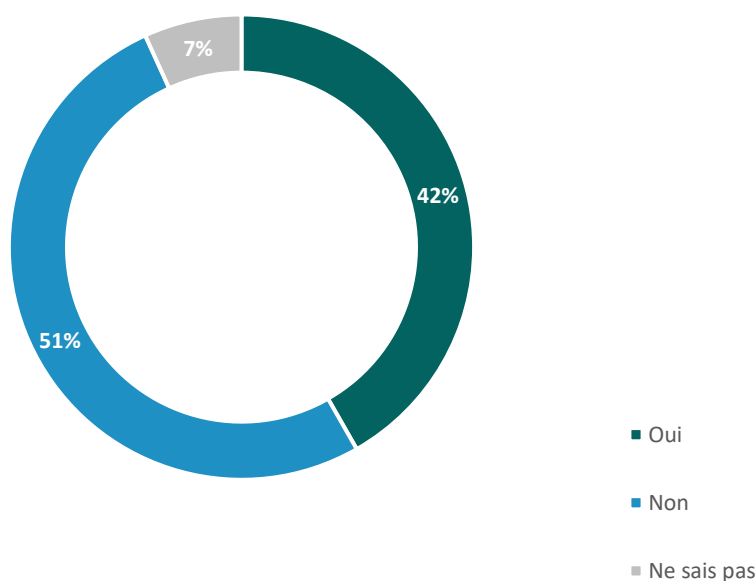
D'après l'enquête menée auprès des CDOM, les demandes de prise en charge pour des soins non programmés fluctuent au fil de la soirée. Dans certains départements, ces demandes sont particulièrement fortes en début de soirée puis diminuent après 22h. Les

horaires de PDSA prévus pour couvrir la plage horaire de 20h à minuit, ne semblent pas toujours correspondre à cette réalité observée sur le terrain.

Nous avons interrogé les CDOM concernant l'aménagement des horaires de garde de soirées dans leur département et 42% d'entre eux ont indiqué que des ajustements avaient été réalisés.

Graphique 17 – Part des départements où les horaires des gardes de soirées ont été ajustés en 2024

Les horaires de garde de soirée (de 20h à minuit) ont-ils été aménagés dans tout ou partie de votre département ?



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Dans certains territoires, la garde du soir a été réduite avec une fin de garde avancée entre 22h et 23h en fonction de l'activité observée. C'est notamment le cas dans l'Ariège, l'Aude, la Haute-Garonne, le Rhône, le Haut-Rhin ou encore la Nièvre. L'amplitude des plages horaires d'effectif de soirées peut également être amenée à évoluer au cours de l'année, comme en Savoie, ou dans les Pyrénées-Orientales où les gardes sont assurées jusqu'à minuit dans les stations de ski en haute saison.

Dans les départements où les horaires de soirées ont été ajustés, le début de la garde d'effectif peut également être avancé à 18h ou 19h dans certains secteurs, comme tel est le cas dans les Ardennes, la Drôme, le Lot-et-Garonne et la Vendée. Lorsque le début de la garde est anticipé avant 20h, la fin de garde est souvent également avancée à 22h ou 23h. Cependant, il arrive que malgré un début de garde anticipé, la garde couvre toute la soirée, jusqu'à minuit, comme observé dans l'Eure ou comme le prévoit le cahier des charges de La Réunion pour l'ensemble du département.

Par ailleurs, l'adaptation des horaires en soirée peut également être influencée par l'actualité sociale locale, comme ce fut le cas en Martinique et en Nouvelle-Calédonie en réponse aux crises sociales survenues en 2024.

L'adaptation des horaires en soirée, impacte également la régulation, comme le montre le tableau du front de garde de régulation libérale en Annexe 1. Par exemple, les horaires de régulation de la PDSA ont été avancés à 18h dans la Loire et les Landes dans le cadre d'une expérimentation et à 19h dans plusieurs départements tels que l'Ardèche, les Deux-Sèvres, le Lot-et-Garonne, les Pyrénées-Atlantiques, la Martinique, la Haute-Vienne, La Dordogne, La Réunion, l'Ain, l'Allier, le Cantal, la Drôme et l'Isère.

On constate également que certains départements, comme l'Ain, La Réunion et la Savoie, ont des fronts de régulation plus importants en début de soirée, avec deux lignes de garde jusqu'à 23h, puis une seule ligne de garde pour le reste de la nuit. Enfin, la fin de la garde de régulation peut également être anticipée à 22h ou 23h, comme tel est le cas en Ariège et en Martinique.

2.4 La participation des médecins à la permanence des soins en effecton et régulation

a. Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA

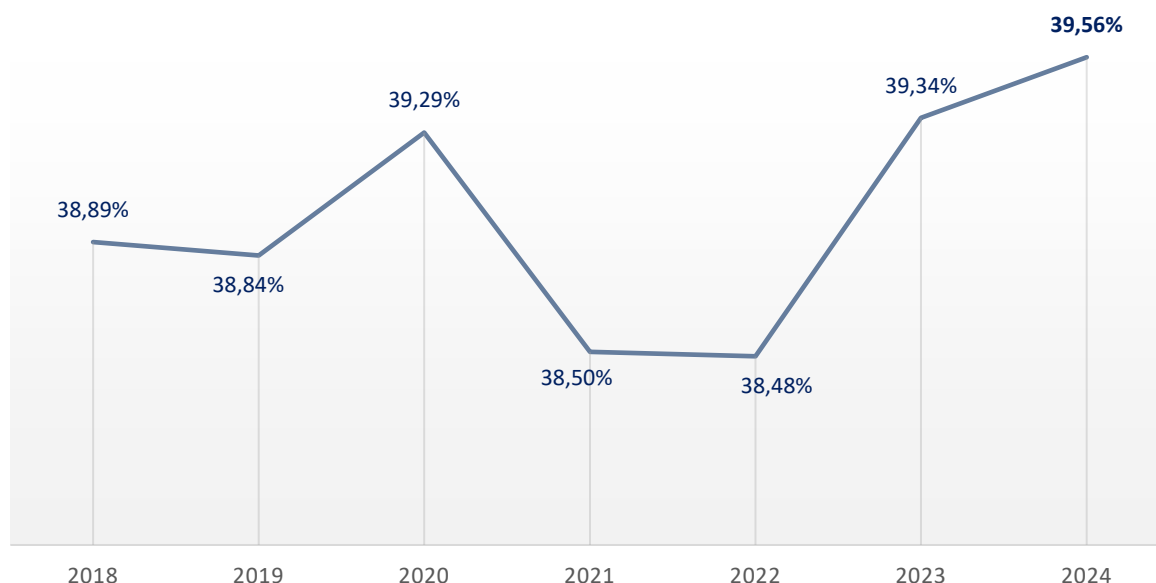
Depuis 2018, le taux de participation des médecins généralistes à la permanence des soins ambulatoires est calculé à partir de données homogènes et comparables à l'échelle nationale, bien qu'un petit nombre de départements n'aient pas pu être inclus dans le calcul. En effet, les données d'activité nécessaires pour ce calcul sont collectées par Ordigard, ce qui signifie qu'elles ne sont pas exhaustives et concernent uniquement les 95²⁷ départements ayant utilisé Ordigard sur l'année complète en 2024.

Il est également important de noter 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. Des médecins pourraient être exemptés sans que cela ne soit notifié dans Ordigard, et d'autres médecins pourraient être exemptés mais n'en ont jamais fait la demande dans la mesure où leur participation n'a pas été sollicitée. Ainsi, le dénominateur utilisé pour le calcul correspond au maximum de médecins susceptibles de faire des gardes, ce qui fait que le pourcentage de participation calculé à partir de ce dénominateur représente une **estimation basse** de la participation effective des médecins à la PDSA.

En 2024, le taux de participation des médecins à la permanence des soins est demeuré stable, s'établissant au minimum à 39,56%, contre 39,34% en 2023. Ainsi, on a comptabilisé 26000 médecins ayant participé à la PDSA parmi les 65727 médecins susceptibles de prendre des gardes au cours de l'année 2024.

²⁷ On comptabilise 6621 médecins généralistes actifs inscrits dans les 6 départements n'utilisant pas Ordigard.

Graphique 18 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2018 et 2024 au niveau national



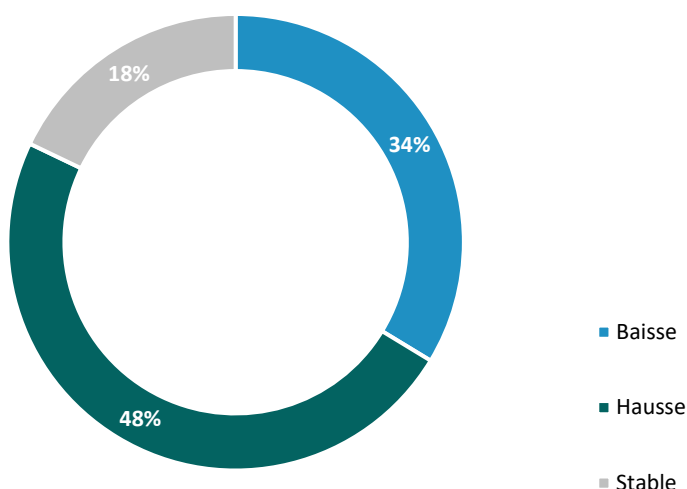
Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024

Il convient de relativiser ce chiffre car, comme précédemment mentionné, il repose uniquement sur les données saisies dans Ordigard, dont les exemptions souvent renseignées de manière incomplète dans l'outil. De plus, ce chiffre ne tient pas compte des médecins qui pourraient être exemptés mais ne l'auraient jamais demandé, faute de sollicitation.

Ainsi, si l'on recalcule ce taux en excluant les médecins âgés de plus de 65 ans, le taux de participation des médecins généralistes à la PDSA s'élève à **42,5%**, soit 3 points de plus que celui mentionné précédemment.

Le taux de participation peut également fluctuer de manière considérable d'un département à l'autre, avec un minimum de 9% à Paris et un maximum de 84% dans les Vosges. Par ailleurs, entre 2023 et 2024, on observe que le taux de participation a augmenté dans 48% des départements, diminué dans 34% et est resté stable dans 18% des départements.

Graphique 19 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2023 et 2024 au niveau départemental



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2023, 2024

Il est également important de souligner que plus de la moitié des départements, soit 65 d'entre eux, présente un taux de participation supérieur à la moyenne nationale, cette dernière étant impactée par certains départements où le faible taux observé découle d'une forte professionnalisation de la PDSA, comme tel est le cas dans plusieurs départements d'Ile-de-France, notamment à Paris. Ce dernier présente un taux de participation de 9%, bien que les tableaux de garde ne peinent pas à y être complétés, impactant ainsi la moyenne nationale.

Ainsi, le taux de participation est supérieur à 50% dans plus de la moitié des départements et excède les 60% dans plus du tiers des départements pour lesquels le calcul a été effectué²⁸.

Néanmoins, le taux de participation ne suffit pas à lui seul pour évaluer de manière qualitative le fonctionnement de la PDSA dans un territoire et doit donc être interprété avec précaution. En effet, certains départements peuvent présenter des taux de participation faibles sans rencontrer de difficultés à compléter le tableau de garde, tandis que certains CDOM estiment que la PDSA ne fonctionne pas de manière satisfaisante dans leur département, en particulier en raison de problématiques liées à la démographie médicale, malgré des taux de participation élevés.

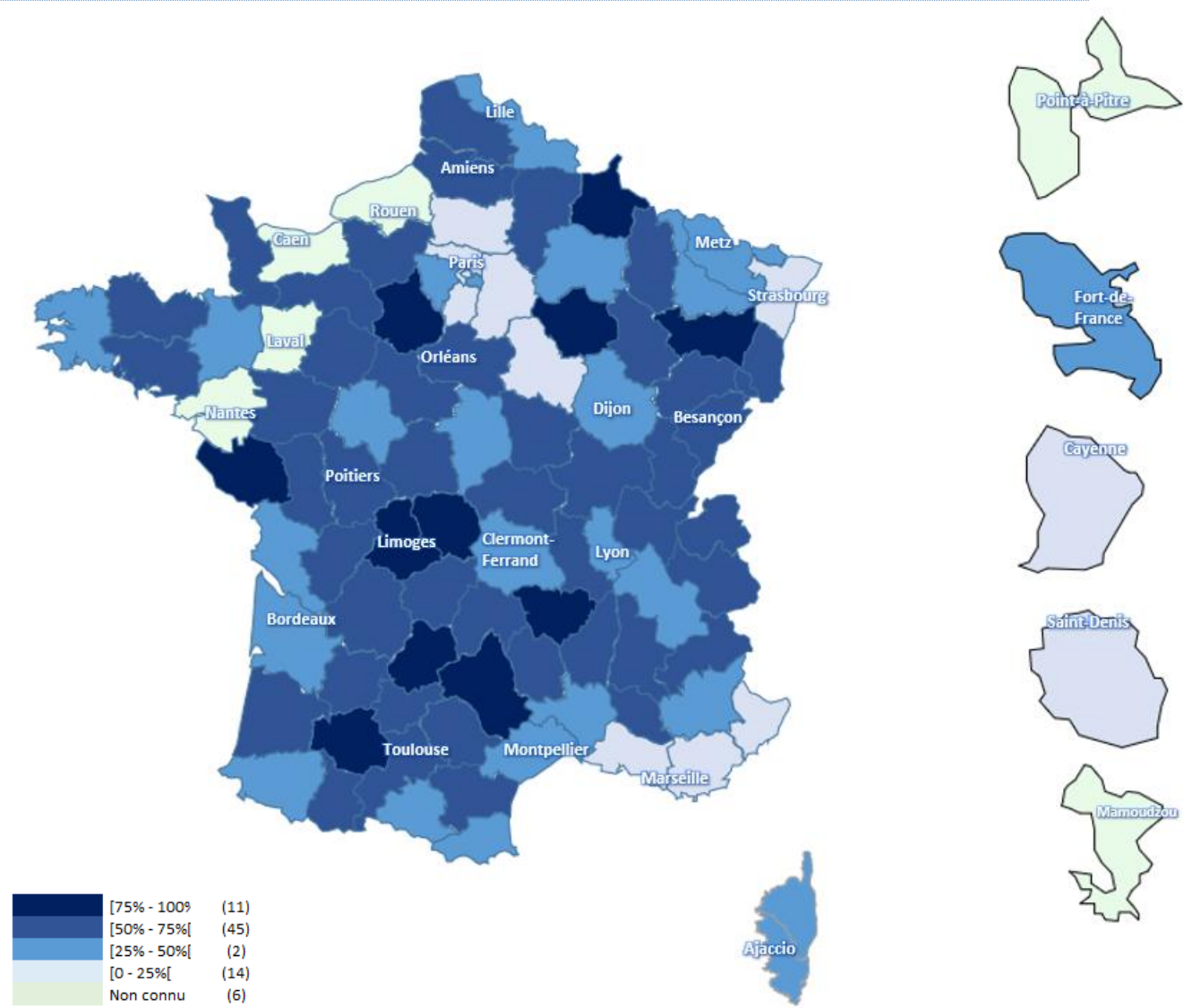
Au regard de ces éléments, la réintroduction de l'obligation de permanence des soins, telle qu'envisagée par l'article 4 de la proposition de loi (PPL) visant à lutter contre les déserts médicaux d'initiative transpartisane²⁹ ne paraît pas pertinente et ne contribuerait en rien à soutenir les départements confrontés à un déclin démographique.

²⁸ Voir méthodologie, seuls les 95 départements utilisant Ordigard ont été inclus dans le calcul

²⁹ [Proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane, n° 966, déposée le jeudi 13 février 2025](#) – Assemblée nationale

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

Cartographie 6 - Taux de participation des médecins à la PDSA en 2024

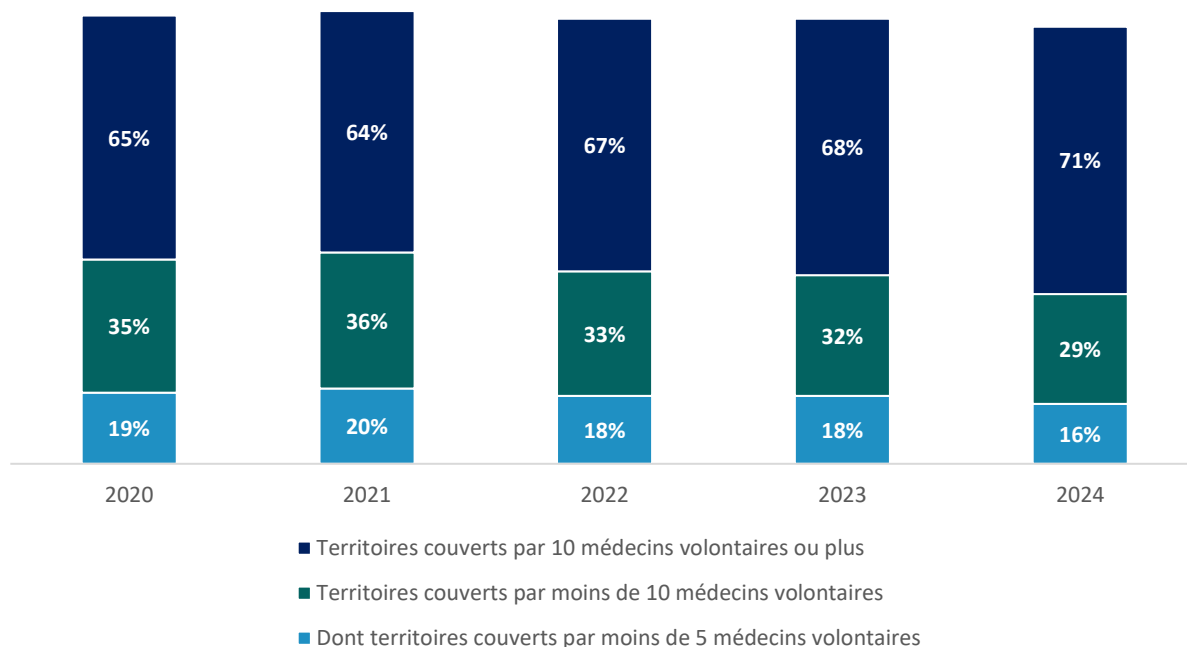


Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2024

b. Evolution du nombre de médecins par territoire de PDSA

D'après l'enquête menée auprès des CDOM, en 2024, 71% des secteurs étaient couverts par 10 médecins volontaires, ou plus, contre 68% l'année précédente. Parmi les 29% de secteurs restants couverts par moins de 10 médecins volontaires, 16% d'entre eux étaient desservis par moins de 5 médecins volontaires, une proportion en baisse de 2% par rapport à 2023.

Graphique 20 - 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 2024



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

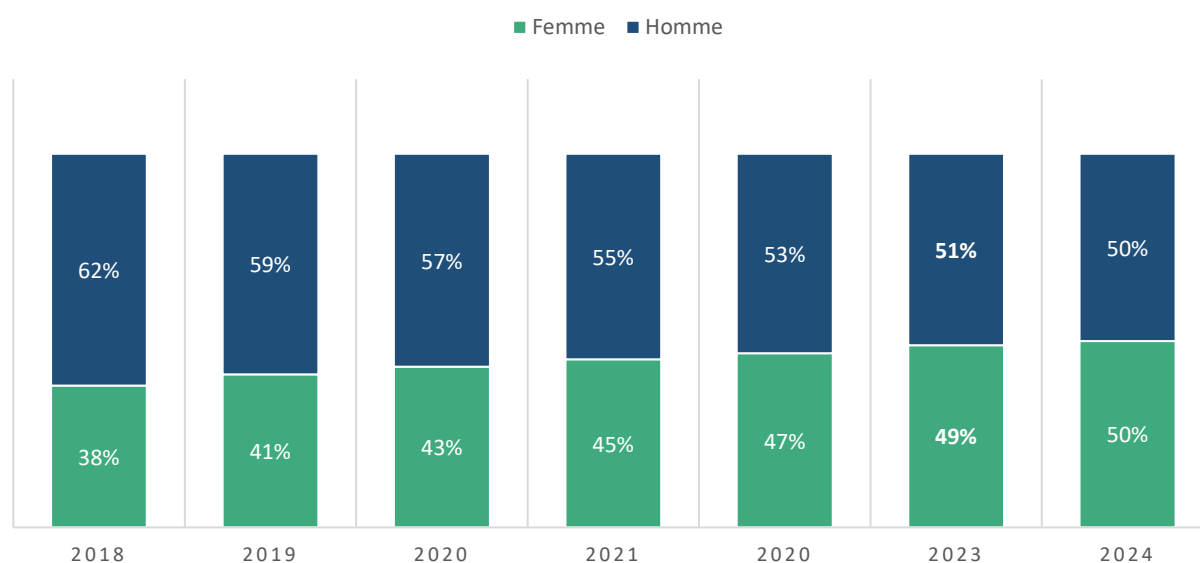
Sources : CNOM, Enquêtes PDSA entre 2020 et 2024

En 2024, les médecins effecteurs (titulaires ou remplaçants) ont réalisé en moyenne 28 gardes, un chiffre équivalent à celui de 2023. Cette moyenne fluctue considérablement selon les territoires, passant d'un minimum de 6 gardes en moyenne dans l'Orne, à 140 en Seine-et-Marne. Cette moyenne varie en fonction de la présence ou non d'associations telles que SOS Médecins sur le territoire, dont l'activité quotidienne inclut la prise en charge des soins ambulatoires en horaires de PDSA contrairement aux médecins libéraux installés qui participent à la PDSA en complément de leur activité en cabinet. Ainsi, cette moyenne nationale varie de 27 gardes par médecin hors association, à 37 gardes par médecin ayant pris une garde dans le cadre d'une association.

c. Profils des médecins de garde

Les données issues d'Ordigard ont mis en évidence une progression régulière de la part des femmes participant à la PDSA au cours des dernières années, jusqu'à atteindre une proportion de 50% des médecins assurant des gardes d'effecteur en 2024.

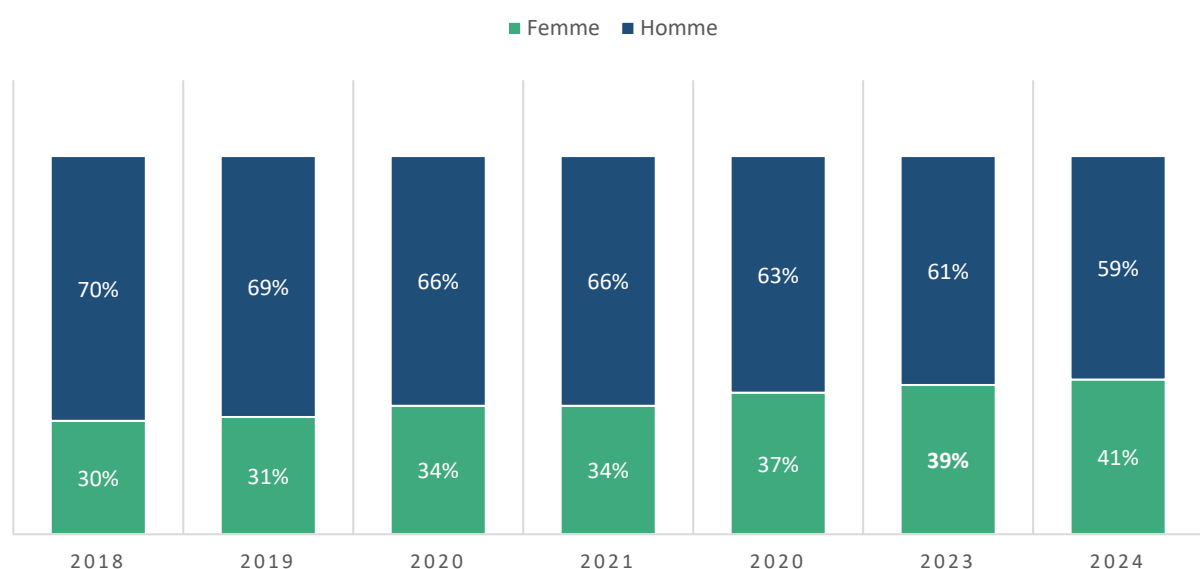
Graphique 21 - Répartition des médecins effecteurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2024



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 et 2024

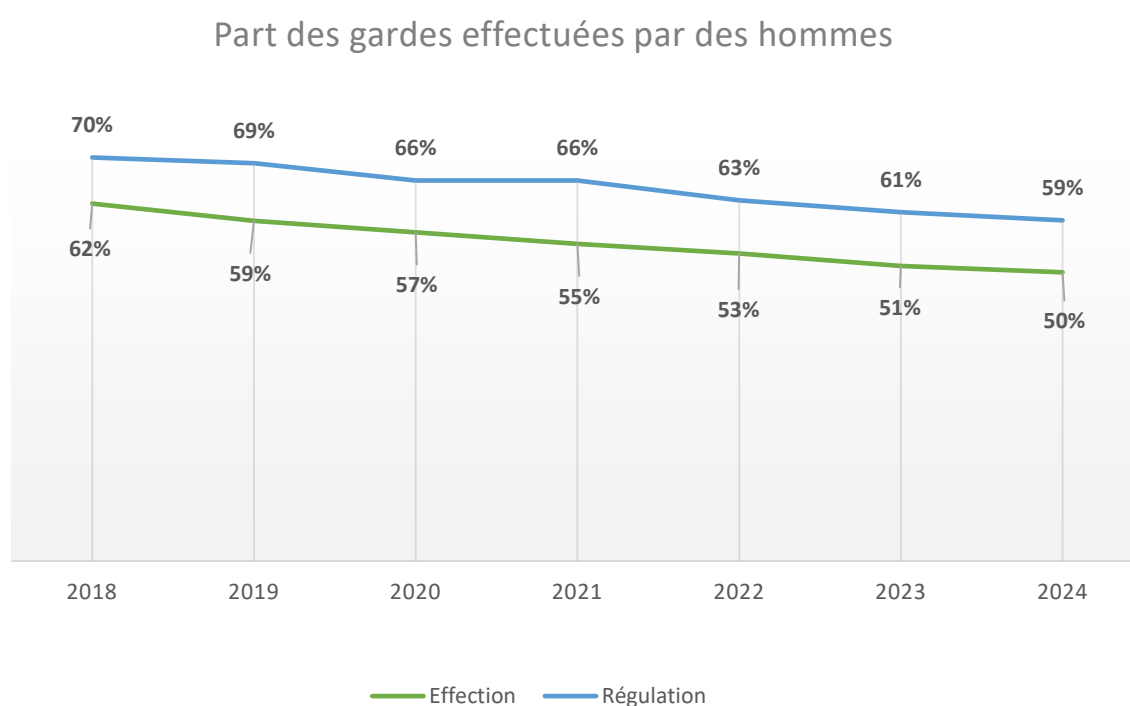
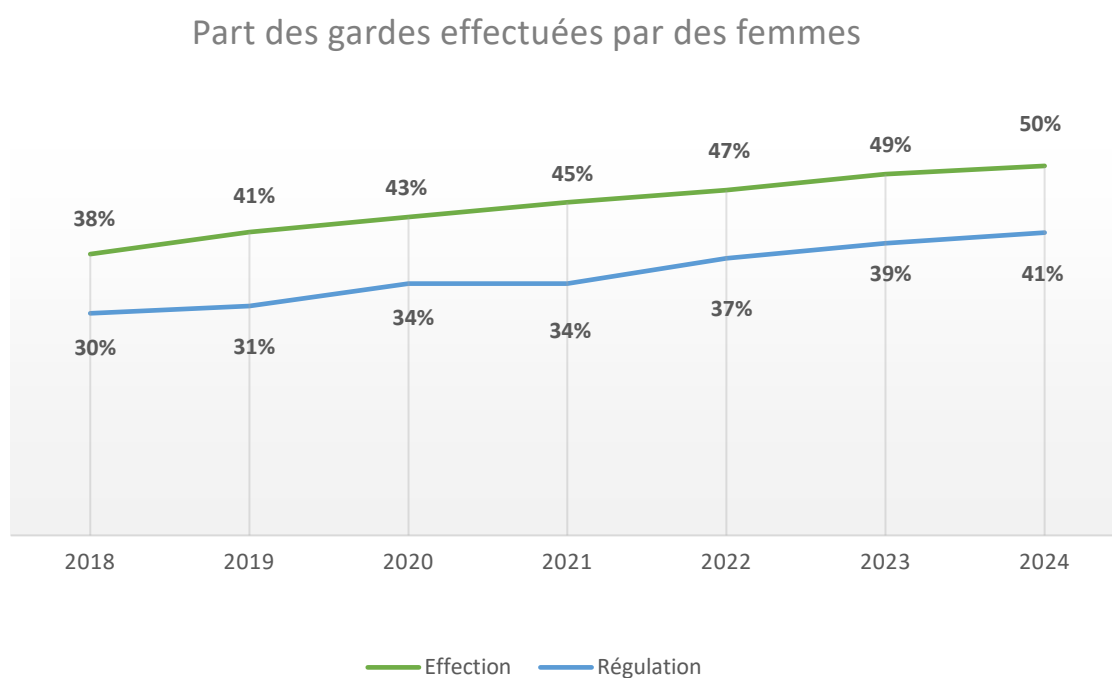
Les hommes restent majoritairement représentés parmi les participants à la régulation des appels de PDSA, représentant 59% des effectifs. Cependant, la part des femmes participant à la régulation en horaires de PDSA continue sa progression, passant de 30% en 2018 à 41% en 2024.

Graphique 22 - Répartition des médecins régulateurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2024



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 et 2024

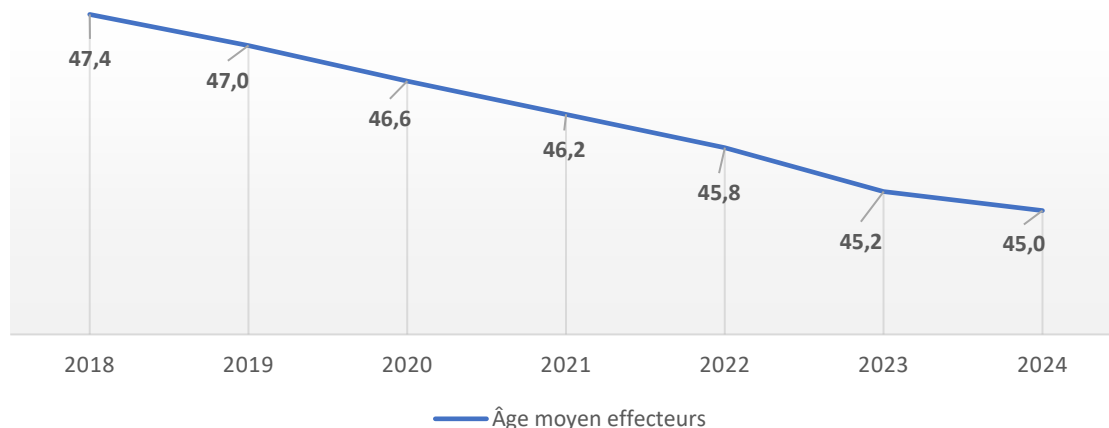
Graphique 23 - Part des médecins de gardes effectuées selon le genre de 2018 à 2024



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 et 2024

Comme observé les années précédentes, l'âge moyen des médecins assurant des gardes d'effectif poursuit sa baisse, passant de 45,2 ans en 2023 à 45 ans en 2024.

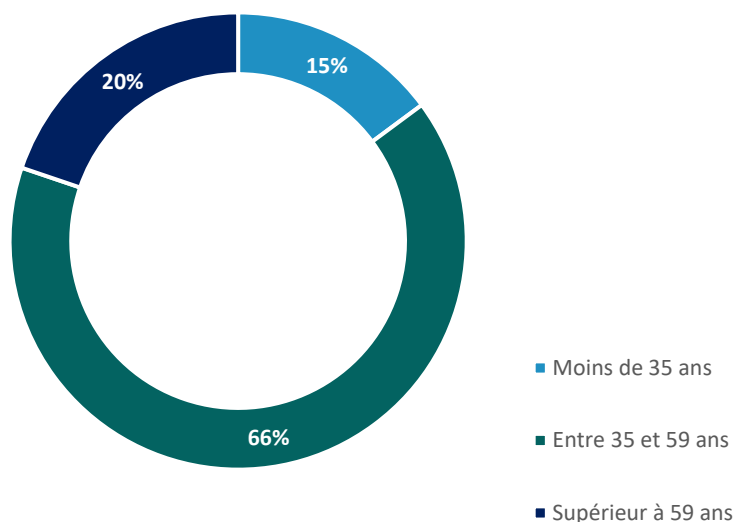
Graphique 24 – Evolution de l'âge moyen des médecins effecteurs entre 2018 et 2024



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 et 2024

L'âge moyen varie selon les départements, atteignant un minimum de 40,4 ans dans le Finistère et un maximum de 52 ans dans la Creuse. La tranche d'âge la plus représentée parmi les médecins effecteurs se situe entre 35 et 59 ans, tout comme en 2023.

Graphique 25 – Répartition³⁰ des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2024 selon la tranche d'âge



Source : CNOM, Ordigard, 2024

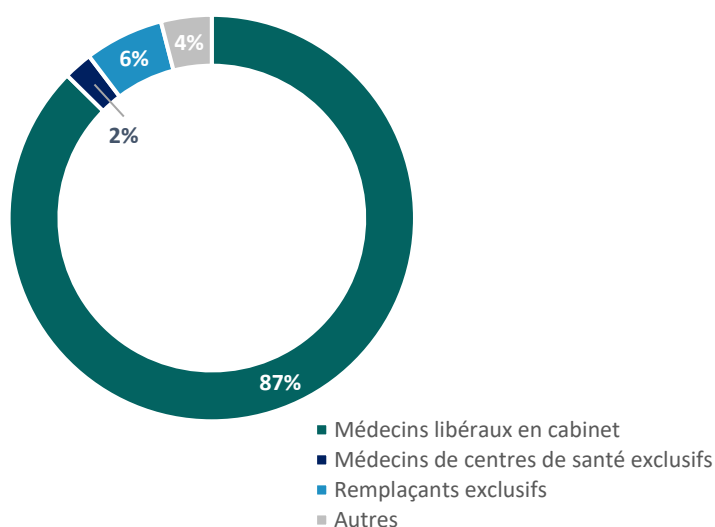
³⁰ Le total est différent de 100% en raison des arrondis.

La moyenne d'âge des remplaçants des gardes d'effecton est restée stable, s'établissant à 33,2 ans en 2024 tout comme l'année précédente. Parmi les remplaçants, les étudiants non thésés présentent un âge moyen de 29,8 ans tandis que les médecins thésés non installés affichent une moyenne d'âge de 33,6 ans.

La moyenne d'âge des médecins régulateurs est quant à elle de 54,3 ans au niveau national, présentant un minimum de 42,4 ans dans la Manche et un maximum de 70,1 ans dans le Tarn-et-Garonne.

Concernant leur mode d'exercice, la majorité des médecins participant à la PDSA sont des médecins généralistes exerçant en cabinet. En 2024, ils représentaient 87% des participants. La part des remplaçants exclusifs est restée inchangée, représentant 6% des médecins participant à la PDSA, tandis que la proportion des médecins exerçant exclusivement en centre de santé était de 2% en 2024.

Graphique 26 - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2024 selon le mode d'exercice³¹



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2024

Bien que les médecins salariés des centres de santé soient moins représentés, ils peuvent également jouer un rôle dans l'organisation de la PDSA. Conformément à l'accord national, ces médecins ont la possibilité de participer au dispositif, et dans ce cas, le centre de santé perçoit la rémunération forfaitaire fixée par le cahier des charges de l'ARS. Ainsi, il est envisageable que certains centres de santé fonctionnent comme des MMG durant les horaires de la PDSA.

Il est également important de souligner que les médecins salariés des centres de santé peuvent intervenir dans la PDSA en leur nom propre, en qualité de médecins intervenant occasionnellement dans une mission de service public. L'instruction interministérielle du 25 octobre 2019 précise les modalités de cette participation, permettant ainsi à ces médecins de percevoir la rémunération associée sans être soumis au statut libéral.

³¹ Le total est différent de 100% en raison des arrondis.

d. Remplacement

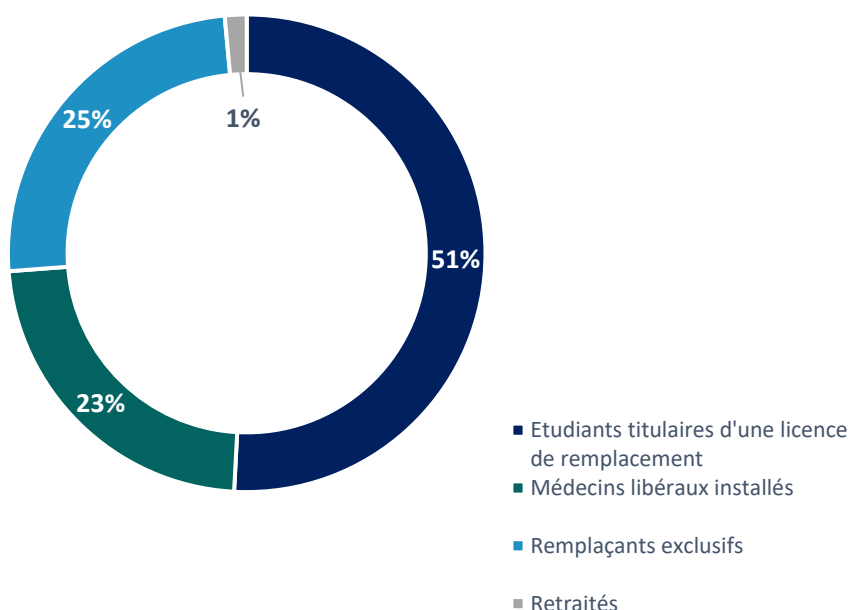
Bien que le remplacement soit une pratique courante chez les médecins effecteurs, les données d'Ordigard révèlent une diminution de la proportion de médecins ayant été remplacés au moins une fois, passant de 24,1 % en 2023 à 23,1 % en 2024. La variation de la proportion de médecins effecteurs remplacés est particulièrement marquée au niveau départemental, allant de 0,2 % en Haute-Savoie à 63,8 % dans l'Aube. Les médecins systématiquement remplacés sur l'ensemble de leurs gardes de l'année 2024 représentent quant à eux une part de 5% au niveau national contre 5,2% en 2023.

Le recours au remplacement est une pratique beaucoup moins répandue en régulation médicale : seuls 0,71% des médecins régulateurs ont été remplacés au moins une fois en 2024.

La proportion de gardes effectuées par des remplaçants reste relativement faible, s'élevant à 6,8 % en 2024 contre 6,9% en 2023. Ce taux varie néanmoins considérablement d'un département à l'autre, allant de 0,04 % en Haute-Savoie à 31,4 % dans le Val-de-Marne. Cependant, il convient de nuancer ces chiffres car ils proviennent des données enregistrées dans Ordigard, et il est possible que des médecins soient remplacés par leurs confrères sans qu'une mise à jour systématique du tableau de garde ne soit effectuée. Ainsi, ces chiffres doivent être considérés comme une estimation minimale du taux de gardes remplacées au cours de l'année.

Comme en 2023, les étudiants constituent la majorité des remplaçants en 2024, représentant 51 % de l'ensemble contre 52 % l'année précédente. Viennent ensuite les médecins remplaçants exclusifs, qui constituent 25 % des remplaçants en 2024 contre 24 % en 2023, ainsi que les médecins libéraux installés (23 % en 2024 contre 22 % en 2023). La part des médecins retraités actifs reste faible, se limitant à 1 % des remplaçants en 2024 comme l'année précédente.

Graphique 27 - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2024 selon le statut



Source : CNOM, Ordigard, 2024

Le Conseil national, la CNAM et l'ANS ont collaboré pour permettre aux médecins généralistes non installés en libéral d'accéder, dans le cadre de leur mission de PDSA à la télétransmission des feuilles de soins électronique (FSE) par l'intermédiaire de leur CPS.

La mise en place de ce dispositif, qui a fait l'objet d'une expérimentation réussie dans le Val d'Oise, a pour objectif d'encourager les médecins généralistes non installés en libéral à participer à la mission de PDSA en facilitant leur activité grâce à la télétransmission de FSE.

Dans le cadre de cette expérimentation, la présence d'un technicien de la CPAM était prévue lors du paramétrage du poste de travail au sein de la structure.

Au regard des difficultés récurrentes rencontrées avec les CPS, et avant de généraliser le dispositif, nous sommes dans l'attente de la garantie d'une assistance par l'Assurance Maladie et de précisions quant aux modalités mises en place à l'échelle locale en cas de difficultés qui pourraient être rencontrées par les médecins.

e. Exemptions et réquisitions

Conformément à l'article R-6315-4 du code de la santé publique, le CDOM a la possibilité d'accorder des exemptions de permanence en tenant compte de critères tels que l'âge, l'état de santé et éventuellement les conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est ensuite transmise par le CDOM au directeur de l'ARS, qui la communique à son tour au préfet du département ou au préfet de police à Paris. Ces exemptions sont accordées après une évaluation individualisée de chaque demande par le CDOM. Il convient de souligner qu'aucun texte ne fait état d'un d'âge limite au-delà duquel un médecin ne pourrait plus participer à la PDSA. En ce qui concerne l'état de santé, chaque

demande est examinée au cas par cas. Bien que l'insécurité et les contraintes familiales ne fassent pas partie des critères d'exemption définis par la réglementation, les pratiques confraternelles dans l'élaboration des tableaux de garde peuvent conduire à des ajustements dans l'organisation des gardes.

En cas de carences dans le tableau de garde et en présence de médecins non-exemptés sur le territoire, le préfet a la possibilité de procéder à des réquisitions pour combler les manques. Toutefois, l'application de ces réquisitions varie selon les départements et n'est pas systématique.

D'après l'enquête menée auprès des CDOM, des carences de couverture de certains secteurs ont été rapportées au cours de l'année dans 75 départements en 2024, tout comme en 2023. Parmi ces départements, 45 CDOM ont dû intervenir pour assurer la complétude des tableaux de garde. Ces carences en horaires de PDSA ont conduit à des réquisitions préfectorales dans 38 départements en 2024, contre 65 en 2023.

Dans 76% des départements concernés par des réquisitions, le CDOM précisait que celles-ci étaient ponctuelles tandis que pour les 24% restants, elles étaient de nature récurrente.

Lorsqu'elles étaient ponctuelles, ces réquisitions étaient principalement dues à des mouvements de grèves ou à des carences durant des périodes clés, telles que les fêtes de fin d'année ou les week-ends prolongés du mois de mai et les congés d'été. Dans les situations où elles étaient récurrentes, ces réquisitions résultaient de mouvements de grèves répétés ou étaient liées à des carences sur le tableau de garde, qu'il s'agisse de gardes postées, mobiles ou de régulation. Des réquisitions chroniques résultaient également du non-volontariat de certains médecins dans certaines zones, comme en Dordogne où des médecins non volontaires avaient manifesté leur intention de participer à la PDSA sous réserve d'être réquisitionnés.

La chambre disciplinaire nationale a jugé à l'occasion de trois décisions publiées en date du 19 avril 2021³², 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* ».

Parmi les départements concernés par des réquisitions, 23 CDOM ont déclaré avoir transmis à l'ARS des listes de médecins réquisitionnables en prévision de ces mesures. Dans la plupart des cas, ces listes se limitent aux médecins exerçant dans le secteur en carence, afin d'éviter de mobiliser des praticiens éloignés du territoire de garde. Les médecins exemptés en sont systématiquement exclus et certains CDOM font le choix de ne pas y inclure les médecins de plus de 60 ou 65 ans.

Dans certaines situations, les CDOM peuvent également porter à l'attention de l'ARS certains critères spécifiques tels que les médecins non-volontaires, ceux qui n'ont effectué aucune garde au cours de l'année, ceux qui prennent des gardes mais sont systématiquement remplacés, ou encore les médecins ayant bénéficié d'une aide à l'installation. Toutefois, de

³² Chambre disciplinaire nationale N° 14116 ; 14117 ; 14118

nombreux CDOM se limitent à extraire la liste des médecins non exemptés d'un secteur, sans intervenir dans la sélection, laissant ainsi l'ARS déterminer les médecins à réquisitionner selon ses propres critères.

D'après l'enquête menée auprès des CDOM, 820 médecins ont été réquisitionnés au cours de l'année 2024 contre 1019 en 2023.

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

Le Service d'Accès aux Soins (SAS) a été instauré dans le cadre du Pacte de refondation des urgences en 2019 et réaffirmé lors du Ségur de la Santé en 2020. Ce dispositif vise à répondre aux besoins de soins non programmés, **en dehors des horaires de PDSA**, lorsque l'accès au médecin traitant ou à une solution de proximité n'est pas immédiatement possible. Accessible gratuitement sur tout le territoire via le numéro 15, il permet à la population d'accéder à distance à un professionnel de santé qui peut fournir des conseils médicaux, organiser une téléconsultation, orienter vers des consultations en cabinet, maison ou centre de santé, ou encore vers un service d'urgence. Le SAS peut également déclencher l'intervention d'un SMUR ou d'un transport sanitaire en cas de nécessité.

Conformément à l'article L.6311-3³³ du code de la santé publique, le SAS « a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état.

Il assure une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2, et une régulation de médecine ambulatoire.

Il peut organiser une réponse psychiatrique spécifique, coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence, pour les appels relevant d'un motif psychiatrique et une réponse pédiatrique spécifique pour les appels relevant d'un motif pédiatrique.

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. ».

La réglementation relative au SAS a par ailleurs évolué avec l'entrée en vigueur du décret n°2024-541 du 14 juin 2024³⁴ relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins.

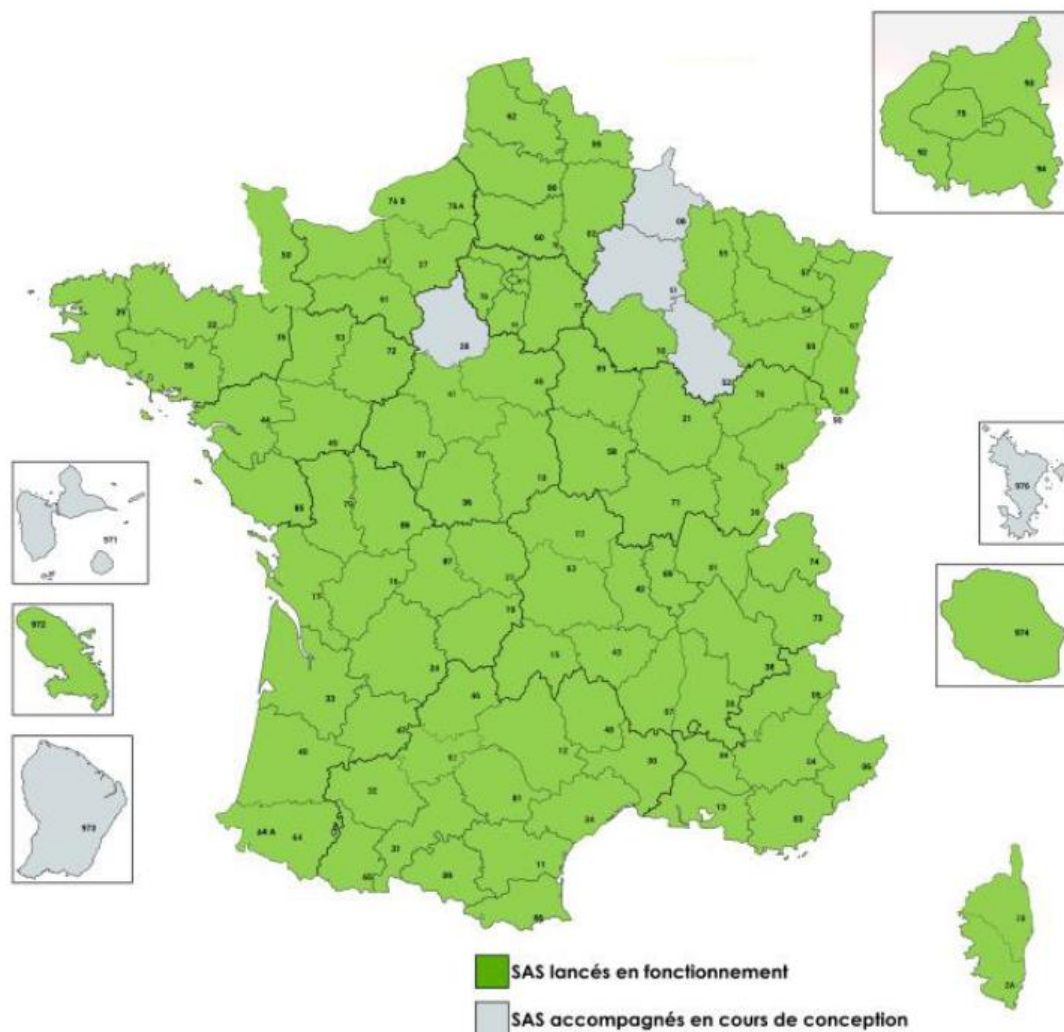
³³ [Article L6311-3 du Code de la Santé Publique](#) - Légifrance

³⁴ [Décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins](#) - Légifrance

a. Etat des lieux du déploiement du SAS

D'après les informations communiquées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), au 1^{er} février 2025 on dénombre 92 SAS en activité dans 93 départements, couvrant ainsi 93% de la population française.

Cartographie 7 - Déploiement des SAS au 1^{er} février 2025



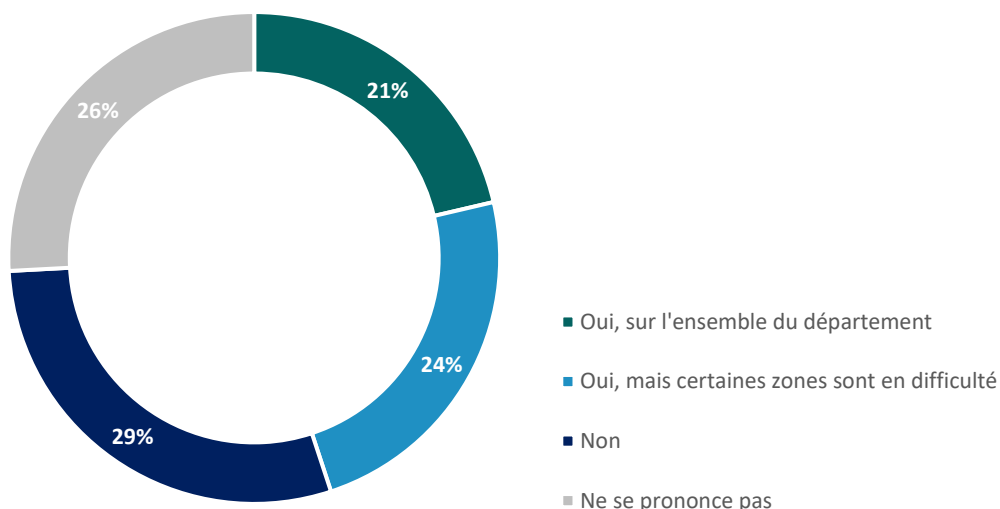
Source : DGOS, 2025

b. Evaluation du fonctionnement du SAS selon les CDOM

Nous avons sollicité les CDOM pour recueillir leur avis sur le bon fonctionnement du SAS dans leur département, et les retours se sont avérés partagés. Ainsi, 21% des CDOM jugeaient que le SAS fonctionnait correctement à l'échelle du département, 24% estimaient que le SAS fonctionnait correctement mais que certaines zones rencontraient des difficultés, tandis que 29% estimaient que le SAS ne fonctionnait pas de manière satisfaisante dans leur département.

Graphique 28 – Evaluation du bon fonctionnement du SAS par les CDOM en 2024

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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Parmi les départements ayant rapporté un fonctionnement optimal du SAS, on peut citer l'exemple des Yvelines qui bénéficie d'une couverture complète des plages horaires du SAS, avec 258 médecins effecteurs participant au dispositif et 13439 adressages réalisés au cours de l'année 2024. De même, le CDOM du Gard témoigne d'une bonne organisation du SAS dans le département, avec une couverture complète de 8h à 20h et une progression constante des médecins effecteurs et régulateurs impliqués dans le dispositif.

Les CDOM ayant déclaré que le SAS fonctionnait globalement bien, mais rencontraient néanmoins certaines difficultés, soulignent principalement des problèmes de recrutement de médecins régulateurs, comme c'est le cas en Aveyron et en Haute-Garonne, mais aussi le manque de créneaux de consultation dédiés au SAS, comme évoqué dans le Vaucluse et la Seine-Saint-Denis. Ces manques de créneaux de consultation par des effecteurs sont, dans certains secteurs, liés à un nombre insuffisant de médecins sur le territoire indépendamment de l'implémentation du SAS. C'est notamment le cas dans la Manche ou en Maine-et-Loire où l'on rapporte qu'« *il existe un manque de médecins généralistes dans certains territoires, et le SAS ne permet pas d'augmenter une offre inexistante dans ces zones* ».

Concernant les départements où le fonctionnement du SAS ne semble pas satisfaisant, plusieurs raisons sont avancées. Tout d'abord les difficultés rencontrées sont souvent liées à un nombre insuffisant de médecins régulateurs ou effecteurs inscrits dans le dispositif, comme en Haute-Savoie, dans le Doubs ou encore dans les Alpes-de-Haute-Provence. Parfois, le manque de réponse en matière d'effecteurs est attribué à des problématiques de démographie des médecins généralistes libéraux, comme cela a pu être évoqué dans l'Orne.

Dans d'autres départements, les acteurs locaux pointent plutôt une sollicitation insuffisante des médecins effecteurs malgré leur implication dans le dispositif. Cela est notamment le cas dans le Cantal qui recense en moyenne trois appels par jour depuis la mise en place du dispositif en novembre 2024 selon l'enquête menée auprès des CDOM. Toutefois certains

chiffres, qui peuvent paraître faibles au vu des ressources engagées, doivent être mis en perspective. Par exemple dans les Bouches-du-Rhône, selon les données fournies par l'ARS, 14 % des passages aux urgences ont pu être redirigés vers le SAS en décembre 2024, contribuant ainsi à alléger la pression sur les services d'urgences durant les périodes de forte tension.

Ce constat d'une activité relativement modérée dans le cadre du dispositif SAS est d'ailleurs corroboré par la Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat qui rapporte dans son rapport d'information³⁵ que seulement 85 280 rendez-vous ont été pris via la plateforme SAS à l'échelle nationale.

Par ailleurs, la plateforme numérique dédiée au SAS suscite des insatisfactions dans certains départements en raison de son incapacité à mutualiser les agendas, à rendre visible les médecins effecteurs disponibles pour les régulateurs, ou à notifier les patients des rendez-vous pris. C'est le cas en Ardèche, dans le Nord, les Deux-Sèvres, ou encore les Alpes-Maritimes, où les difficultés liées à son fonctionnement contraignent les opérateurs de soins non programmés (OSNP) à recourir à d'autres outils, comme Doctolib, engendrant ainsi un travail supplémentaire pour ces derniers.

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

3.1 La PDSA en EHPAD

Les EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, sont particulièrement confrontés au défi de la prise en charge des soins non programmés, tant en journée qu'en horaires de PDSA, ces structures étant majoritairement sous-dotées en personnel médical.

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

Cependant, l'intervention d'un médecin de garde en EHPAD peut se révéler complexe, car elle nécessite non seulement du matériel adapté, mais aussi la présence de personnel sur place pendant ces horaires et l'accès au dossier médical du patient. En l'absence de personnel soignant et d'informations médicales disponibles, il devient difficile pour les médecins d'assurer une prise en charge adéquate, ce qui peut entraîner une réticence à intervenir en EHPAD.

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

³⁵ [Rapport d'information n° 137 \(2024-2025\), déposé le 13 novembre 2024](#)

L'enquête menée auprès des CDOM montre que le nombre de départements ayant mis en place une organisation de la prise en charge des patients en EHPAD a plus que doublé entre 2023 et 2024, passant de 6 à 14.

La prise en charge spécifique des patients d'EHPAD en horaires de PDSA peut se traduire par la mise en place de divers dispositifs, tels que :

- Des infirmières diplômées d'Etat (IDE) d'astreinte en horaires de PDSA, comme c'est le cas en Ile-et-Vilaine, dans le Loiret, le Maine-et-Loire, la Vienne et les Pyrénées-Orientales. L'intervention de ces IDE, déclenchée par le médecin régulateur, peut être accompagnée de la mise à leur disposition de malles permettant un accès à un médecin du centre 15 par téléconsultation, et contenant des médicaments et du matériel dédiés, comme c'est le cas dans les Pyrénées-Atlantiques.
- Un accès direct entre les EHPAD et SOS Médecins tel qu'observé dans les Pyrénées-Orientales et l'Essonne, ou entre les EHPAD et les effecteurs fixes de manière générale tel qu'observé dans le Finistère où il a été convenu que les EHPAD de la presqu'île du Crozon puissent contacter le médecin de garde pour un conseil ou une intervention sans passer par le centre 15 ;
- Une convention entre l'EHPAD et le centre hospitalier avec mise à disposition dans les EHPAD d'un chariot de télémédecine, comme c'est le cas dans l'Orne ;
- Une convention entre le centre hospitalier et certains EHPAD, régissant notamment l'admission directe de patients en provenance d'EHPAD et l'accessibilité à distance de leur dossier patient, comme dans les Vosges ;
- Une régulation spécifique pour les EHPAD, avec redirection des appels vers un médecin urgentiste en visioconférence, dès que les assistants de régulation médicale (ARM) identifient que l'appel provient d'un professionnel d'un EHPAD, comme c'est le cas dans le Maine-et-Loire ;
- La mise en place de listes de médecins volontaires ou d'astreinte pour intervenir en EHPAD, comme dans l'Ariège et en Corse-du-Sud.

3.2 PDSA et Hospitalisation à domicile

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) consiste en une prise en charge hospitalière à temps complet, dispensée au domicile du patient, permettant à ce dernier de bénéficier de soins dans son environnement familial lorsque la situation le permet. Ce dispositif englobe des soins qui ne peuvent pas être réalisés dans le cadre de la médecine de ville en raison de leur complexité, intensité ou technicité, et s'adresse à des patients nécessitant une continuité des soins ainsi qu'une équipe de coordination pluridisciplinaire et médicalisée. L'HAD ne relève donc pas du périmètre et des missions de la PDSA. Toutefois, conformément à l'article D 6124-201 du code de la santé publique³⁶, « [...] 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

³⁶ Article [D6124-201](#) du Code de la Santé publique - Légifrance

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 (...) ». Ainsi, les centres de régulation médicale sont organisés de manière à permettre au médecin régulateur d'accéder, conformément à la législation en vigueur, aux conventions établies.

Par ailleurs, l'instruction N° ° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile précise que la continuité des soins en HAD doit être assurée en priorité par une mutualisation des HAD autant que possible avant de recourir à d'autres acteurs, l'implication d'acteurs de la PDSA devrait être envisagée en dernier recours.

3.3 Etablissement des certificats de décès

Le certificat de décès est un acte médico-administratif indispensable pour engager des démarches administratives et funéraires. Conformément à l'article L2223-42 du Code général des collectivités territoriales³⁷, dont la version ci-après retranscrite est celle en vigueur depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 : « *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. Le certificat attestant le décès peut également être établi par un infirmier diplômé d'Etat volontaire, dans des conditions fixées par un décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des infirmiers [...].* ». Bien qu'aucune législation ne fixe de délai pour l'établissement du certificat de décès, des dispositions concernant l'admission en chambre funéraire ou le transport des corps vers un établissement de santé précisent que ce délai ne doit pas excéder 48 heures, en vertu de l'article R2223-76 du Code général des collectivités territoriales³⁸.

Dans le cadre de la PDSA, bien que la responsabilité de la rédaction des certificats de décès ne soit pas formellement attribuée aux médecins de garde, il ressort des données fournies par les CDOM que ces derniers en assurent la rédaction dans 80% des départements, un chiffre en légère hausse par rapport aux 79% enregistrés en 2023.

Le financement de la rédaction des certificats de décès est encadré par le décret n°2017-1002 du 11 mai 2017³⁹ et l'arrêté du 10 mai 2017⁴⁰, qui ont mis en place un forfait de 100 euros, payé par la caisse primaire d'assurance maladie, applicable pendant les horaires de la PDSA sur tout le territoire national, et en dehors de ces horaires, dans les zones désignées comme fragiles en termes d'offre de soins⁴¹.

³⁷ Article [L2223-42](#) du Code général des collectivités territoriales - Légifrance

³⁸ Article [R2223-76](#) du Code général des collectivités territoriales - Légifrance

³⁹ [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

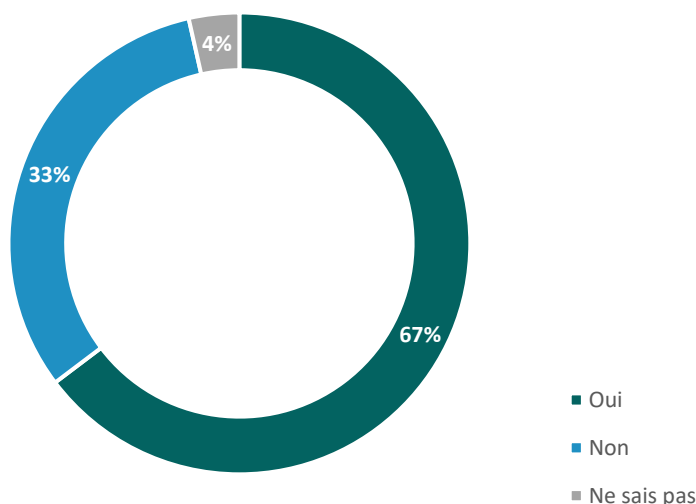
⁴⁰ [Arrêté du 10 mai 2017 relatif au forfait afférent à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient](#) - Légifrance

⁴¹ Par arrêté du directeur général de l'ARS.

Toutefois, la gestion des certificats de décès reste un enjeu, avec 67 % des CDOM interrogés en 2024 déclarant rencontrer des difficultés particulières à ce sujet, contre 68 % en 2023.

Graphique 29 - Répartition des départements rencontrant ou non des difficultés relatives à l'établissement des certificats de décès en 2024

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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Les difficultés rencontrées sont diverses et peuvent se cumuler. De nombreux CDOM évoquent le manque de disponibilité des médecins pour effectuer des certificats de décès en horaires PDSA, surtout dans les territoires en carence, où la démographie médicale représente un défi majeur, comme cela a été évoqué par les CDOM du Pas-de-Calais et de l'Eure-et-Loir. Ces difficultés sont d'autant plus importantes lorsque les décès surviennent durant des plages horaires qui ne sont pas couvertes par un médecin de garde, notamment en nuit profonde.

De plus, les distances à parcourir entre le point de consultation fixe des effecteurs et le défunt, peuvent également constituer un frein, comme cela a été mentionné notamment par les CDOM du Calvados, du Jura, et de la Manche qui témoigne : « *Chaque secteur de garde couvre souvent une vaste zone, ce qui implique la nécessité de parcourir de longues distances pour établir un certificat, malgré une activité soutenue en consultation de garde.* ».

Par ailleurs, l'activité importante en horaire de PDSA constitue également un obstacle à l'établissement des certificats de décès, comme l'ont indiqué les CDOM des Alpes-Maritimes, de l'Isère, et de la Nièvre, précisant que : « *La surcharge d'activité à la MMG de Nevers entraîne des difficultés majeures pour se déplacer au domicile du défunt, car cela impliquerait la fermeture de la maison de garde.* ».

Dans certains départements, des médecins retraités ont été impliqués dans l'établissement des certificats de décès afin de remédier à ces difficultés. Cependant, ces derniers se heurtent à des obstacles, tels que la difficulté de se procurer des certificats de décès, la complexité des procédures de remboursement, ainsi que le fait que la réalisation des certificats de décès n'est pas rémunérée en dehors des horaires de PDSA, ou l'est de manière inégale selon les zones.

En effet, le forfait de 100€ précité n'est applicable qu'en horaires de PDSA, à l'exception des zones désignées comme fragiles en termes d'offre de soins⁴².

Face à cette problématique, 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 des défunts. Cette approche rend le dispositif moins attractif et moins opérationnel. Le CNOM prévoit de poursuivre ses démarches en vue d'une révision de cette politique. Il convient de 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.

Des dispositifs dédiés à l'établissement des certificats ont été instaurés dans 40 départements en 2024, contre 55 l'année précédente. Parmi ces dispositifs, on peut citer la création de listes de médecins volontaires, retraités ou non, mises à disposition du centre 15. Cette approche a été mise en place notamment dans les Hautes-Alpes, l'Aude, le Cantal, l'Hérault, le Nord, et les Pyrénées-Orientales. En Bourgogne-Franche-Comté, ces listes sont organisées par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS).

D'autres solutions, moins répandues, ont été mises en place localement, telles que la mise à disposition de médecins pouvant être sollicités directement par les pompes funèbres, comme c'est le cas dans la Nièvre et le Loiret, où ce dispositif a été contractualisé avec des médecins, essentiellement retraités. On peut également mentionner le cas du CDOM de Haute-Corse accessible par téléphone 24h/24 pour trouver des médecins disponibles ou encore la création de listes sur WhatsApp⁴³ permettant de joindre des médecins disponibles, comme cela a été fait dans la Drôme.

Il convient également de noter que 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 L 2223-42 du code général des collectivités territoriales concernant l'établissement des certificats de décès. Conformément aux dispositions prévues, le décret n°2020-446 du 18 avril 2020 a précisé les conditions permettant de faciliter la prise en charge de l'établissement 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, « *Le médecin retraité sans activité qui souhaite être autorisé à établir des certificats de décès doit en faire 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, si nécessaire, solliciter son inscription à cette fin.* ». Dans ce cadre, des médecins retraités ont été impliqués dans la réalisation des certificats de décès dans 40 départements, avec un total d'au moins 261⁴⁴ médecins retraités ayant intégré ce dispositif à l'échelle nationale.

⁴² Par arrêté du directeur général de l'ARS.

⁴³ Application de messagerie instantanée permettant d'échanger des messages, appels et fichiers via internet.

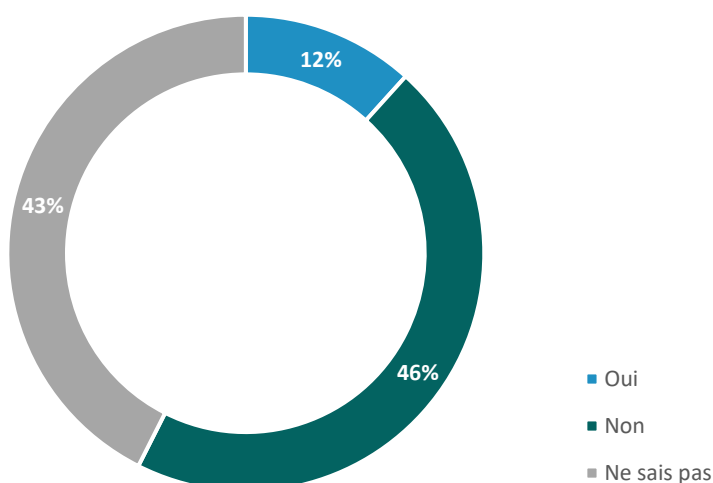
⁴⁴ Ce chiffre doit être considéré comme une estimation minimale du nombre de retraités volontaires pour établir les certificats de décès, en raison des CDOM n'ayant pas fourni ce chiffre pour leur département.

Par ailleurs, les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) sont désormais autorisés à établir les certificats de décès, dans les conditions décrites dans un décret⁴⁵ n° 2024-375 du 26 avril 2024, modifiant le 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. Un IDE volontaire et ayant bénéficié d'une formation spécifique, peut ainsi être autorisé à établir un certificat de décès pour une personne décédée à son domicile ou dans un établissement pour personnes âgées dépendantes, à l'exclusion des situations où le caractère violent de la mort est manifeste.

Nous avons sollicité les CDOM pour savoir s'ils avaient observé une diminution de la pression sur les médecins effecteurs depuis l'intervention des IDE dans la réalisation des certificats de décès, mais les retours ont été mitigés, en raison d'un dispositif encore trop récent et insuffisamment déployé à l'échelle nationale.

Graphique 30 - Avis des CDOM concernant l'impact de l'intervention des IDE dans l'élaboration des certificats de décès sur la PDSA en 2024

Avez-vous constaté une baisse de la pression exercée sur les médecins effecteurs depuis l'intervention des IDE pour la réalisation des certificats de décès dans votre département ?



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

Dans les départements des CDOM ayant répondu favorablement, on observe une montée progressive du nombre d'IDE formés ainsi que du volume de certificats de décès rédigés par ces derniers. A certains endroits, il a été possible d'évaluer plus précisément l'impact de ce dispositif sur la PDSA, comme dans le Nord, où plus de 200 interventions d'infirmiers libéraux

⁴⁵ [Décret n° 2024-375 du 23 avril 2024 modifiant le 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

ont été recensées⁴⁶ depuis octobre 2024, dont la moitié réalisées durant les horaires de PDSA. Cet impact se manifeste également au niveau de certaines ARS qui ont pu observer une diminution du nombre de signalements en lien avec l'établissement des certificats de décès dans leur région, notamment dans les Hauts-de-France et en Bourgogne-Franche-Comté.

3.4 Examen des gardés à vue

Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire, conformément au code de procédure pénale.⁴⁷

À l'instar de la réalisation des certificats de décès, l'examen des gardés à vue représente une zone de flou dans l'organisation de la PDSA, étant donné que cela ne relève pas des missions de la PDSA.

Résultant de l'exercice d'un droit et non d'une nécessité thérapeutique, le ministère de la Justice a affirmé qu'à ce titre il ne devait pas reposer sur l'organisation de la PDSA car il risquerait de fragiliser davantage les secteurs à faible démographie médicale où la PDSA relève d'un équilibre précaire⁴⁸.

La réforme de 2010, détaillée dans la circulaire du 27 décembre 2010⁴⁹ relative à la mise en œuvre de la réforme 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, rattachées à des établissements publics de santé, devait permettre l'instauration d'un système de permanence, permettant l'intervention des médecins légistes dans les commissariats et les gendarmeries pour examiner les personnes en garde à vue.

L'enquête réalisée auprès des CDOM révèle que la prise en charge exclusive par les UMJ était en vigueur dans 9 départements : dans le Calvados, en Corse-du-Sud, en Meurthe-et-Moselle, dans l'Oise, l'Orne, les Pyrénées-Orientales, à Paris, dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine.

Dans 31 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 le service des urgences, le SAMU, le médecin de garde assurant la permanence des soins, ou encore un réseau de proximité de médecine légale.

Dans les départements où les UMJ ne prennent pas en charge l'examen des gardés à vue, d'autres intervenants prennent le relais tels que SOS Médecins, des élus ordinaires dans la Loire, ou encore des médecins volontaires, comme c'est le cas dans le Lot-et-Garonne et le Tarn-et-Garonne.

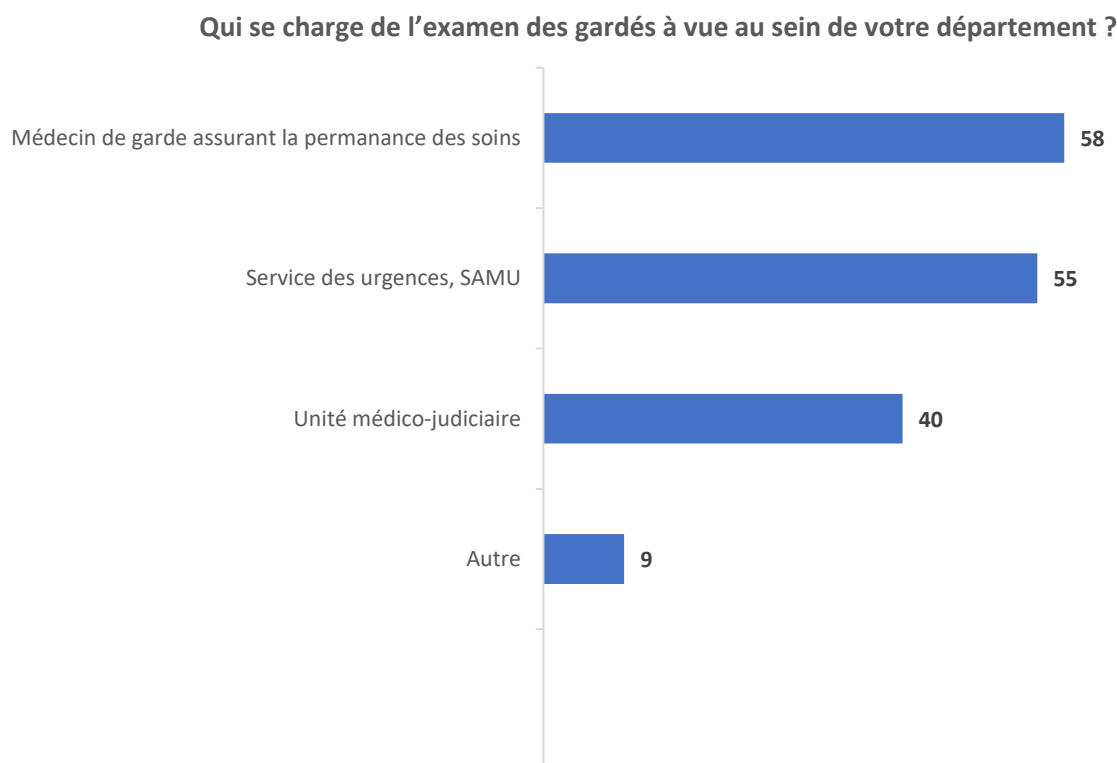
⁴⁶ Recensement effectué à l'aide du logiciel *ContactIDEL*, outil de géolocalisation des infirmiers libéraux à disposition de la régulation médicale, développé par l'URPS Infirmiers libéraux des Hauts-de-France

⁴⁷ Article [63-3](#) du code de procédure pénale - Légifrance

⁴⁸ Direction des affaires criminelles et des grâces, juillet 2009, [Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue](#)

⁴⁹ [Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale](#)

Graphique 31 - Répartition des acteurs participant à la prise en charge de l'examen des gardés à vue en 2024



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

En 2024, parmi les départements où l'examen des gardés à vue est assuré par un médecin de garde ou le service des urgences, 22 d'entre eux ont indiqué que ce mode d'organisation avait été formalisé par une convention, soit 4 de moins qu'en 2023 :

- Entre des associations de type SOS Médecins ou Allo Médecins et les forces de l'ordre ou la préfecture, comme c'est le cas dans les Alpes-Maritimes, l'Ariège, la Loire, le Morbihan, le Val-de-Marne ou le Rhône.
- Entre le centre hospitalier universitaire (CHU) et SOS Médecins dans l'Isère et la Somme où une convention entre le CHU, SOS Médecins et le commissariat régit l'examen des gardés à vue entre minuit et 07h00. Une convention entre le CHU et le procureur de la République peut également être mise en place, comme dans la Marne.
- Entre les médecins de garde de la PDSA et les services des urgences, comme dans le Haut-Rhin et le Territoire de Belfort où une convention, en vigueur depuis une quinzaine d'années, précise que les effecteurs de la PDSA examinent les gardés à vue avant minuit et que le service des urgences prend en charge cette mission après cette heure.

La loi d'orientation et de programmation du ministère de la Justice⁵⁰, adoptée en 2023 et dont le décret⁵¹ d'application est entré en vigueur en novembre 2024, a permis l'introduction de la téléconsultation lors d'une prolongation de garde à vue, sous certaines conditions. Selon cette loi, « *Sur autorisation du procureur de la République, en cas de prolongation de la garde à vue, l'examen médical peut être réalisé par vidéotransmission ou par tout autre moyen de télécommunication audiovisuelle si la nature de l'examen le permet, dans des conditions garantissant la qualité, la confidentialité et la sécurité des échanges et selon des modalités précisées par décret en Conseil d'Etat. Le médecin se prononce sur la nécessité éventuelle de réaliser un examen physique direct de la personne gardée à vue au regard notamment des conditions précitées.* ». Dans ce cadre, une convention a été signée en février 2025 entre la gendarmerie de Senlis, dans l'Oise, et le parquet pour expérimenter l'installation d'une cabine de téléconsultation au sein de la gendarmerie. L'objectif est de mieux protéger les droits des mis en cause tout en réduisant les délais d'accès à un examen médical. Ce dispositif reste néanmoins strictement encadré, et ne peut être appliqué aux mineurs, aux majeurs bénéficiant d'une protection juridique, aux femmes enceintes, aux personnes placées en garde à vue pour des faits de violence ou d'outrage envers une personne dépositaire de l'autorité publique, aux personnes ayant été blessées au cours de l'interpellation, aux personnes atteintes de surdité, ainsi qu'à celles présentant des problèmes de santé ou de particulière vulnérabilité.

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

4.1 Tableau de garde

a.   laboration

L'élaboration des tableaux de garde peut être organisée de différentes manières selon des départements, impliquant divers acteurs. Ces tableaux peuvent être établis 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 résulter d'une collaboration entre le CDOM et ces différents acteurs. Quelle que soit la méthode adoptée pour leur élaboration, la validation des tableaux de garde par le CDOM reste obligatoire.

En 2024, l'élaboration des tableaux de garde d'effecti  n était principalement assurée par les responsables de secteurs, comme l'indiquent 84% des CDOM interrogés. Dans 34% des départements, ce sont les associations départementales de PDSA (telles que l'ADOPS, l'ASUM et d'autres) qui se sont chargées de leur élaboration, ces derniers étant ensuite compilés et validés par les CDOM au niveau local. Dans 16% des départements, le CDOM s'est également chargé de l'élaboration et de la saisie des tableaux de garde d'effecti  n, en plus de leur validation.

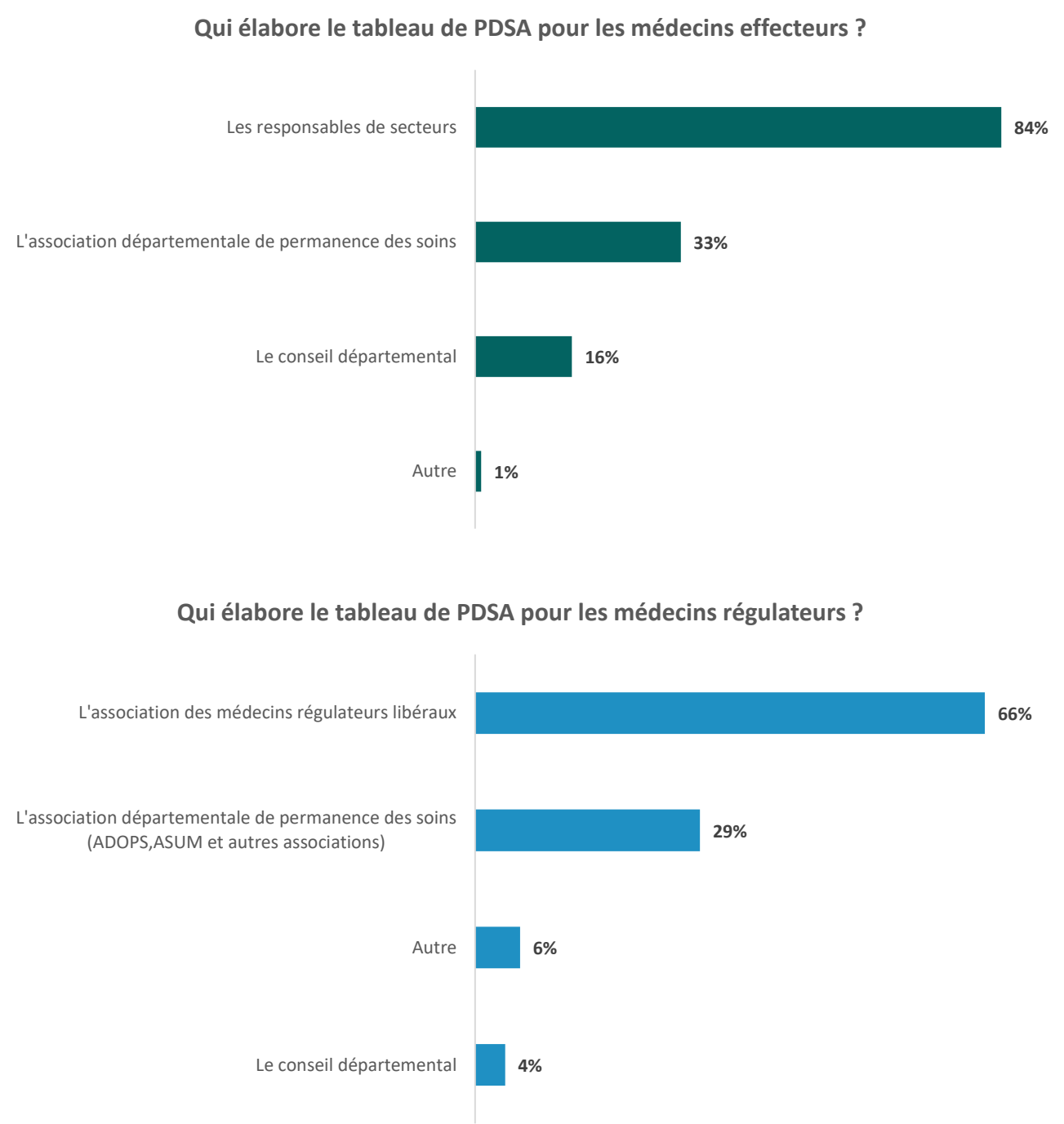
En ce qui concerne la régulation, la gestion des tableaux de garde est majoritairement assurée par des associations de médecins régulateurs libéraux (66%) ou des associations départementales de permanence des soins (29%). Dans une proportion bien plus faible (4%),

⁵⁰ [LOI n   2023-1059 du 20 novembre 2023 d'orientation et de programmation du ministère de la justice 2023-2027](#) - Légifrance

⁵¹ [Décret n   2024-1041 du 18 novembre 2024 relatif aux modalités de réalisation de l'examen médical à distance en cas de prolongation de garde à vue](#) - Légifrance

les CDOM participent également à l’élaboration des tableaux de garde de régulation. Par ailleurs, il arrive que d’autres acteurs soient impliqués dans l’élaboration de ces tableaux, tels que les centres hospitaliers en Lozère et en Nouvelle-Calédonie.

Graphique 32 - Elaboration des tableaux de garde d'effection et de régulation en 2024



Source : CNOM, Enquête PDSA 2024

b. Utilisation des logiciels Ordigard et PGarde

Ordigard, le logiciel dédié à la gestion des tableaux de gardes, a été conçu en 2006 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en réponse à la mise en place par décret d'une nouvelle organisation de la permanence des soins et les modalités de participation des médecins à ce dispositif. Cette solution permet de gérer à la fois les gardes d'effectif et de régulation dans chaque secteur de PDSA. Elle assure une gestion précise des secteurs de garde, des plages horaires de PDSA, des associations de permanence des soins, des fiches de garde des médecins, ainsi que des modalités de tarification des forfaits d'astreinte d'effectif et de régulation.

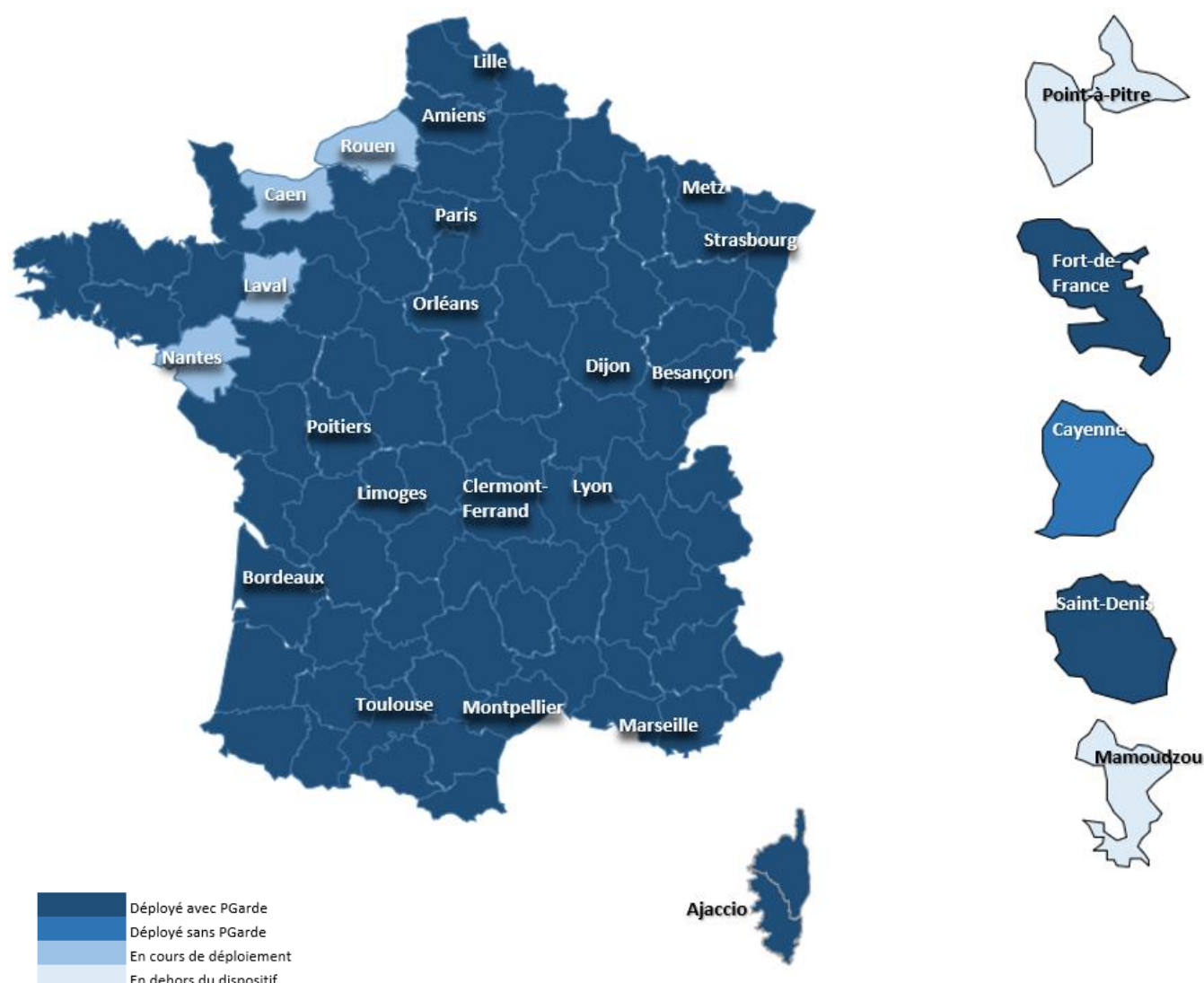
Accessible à différents acteurs de la PDSA, tels que les CDOM, les médecins, les ARS, les associations de soins, les associations de régulation ou encore le SAMU Centre 15, Ordigard propose des accès personnalisés en fonction du statut de chaque utilisateur.

De plus, Ordigard est interconnecté avec PGarde, un logiciel fourni et géré par l'Assurance Maladie, qui facilite la dématérialisation et la sécurisation des demandes de paiement des astreintes. Une fois les plannings de garde validés par l'ARS, ils sont transmis à PGarde, assurant ainsi un règlement rapide des astreintes, généralement sous cinq jours, pour les médecins effecteurs, régulateurs et associations mandataires.

En 2024, sur 101 départements :

- 95 ont utilisé Ordigard ;
- 94 ont utilisé Ordigard couplé avec PGarde ;
- 4 départements étaient en phase de déploiement d'Ordigard : la Seine-Maritime, la Loire-Atlantique, le Calvados et la Mayenne ;
- 2 départements ne faisaient pas partie du dispositif Ordigard : la Guadeloupe et Mayotte.

Cartographie 8 - Déploiement d'Ordigard sur le territoire en 2024



Source : CNOM, Ordigard, 2024.

En 2024, sur les 1576⁵² secteurs actifs présents dans Ordigard :

- 1476 étaient déclarés comme étant des secteurs d'effecton, soit 93,6% des secteurs actifs ;
- 100 étaient déclarés comme étant des secteurs de régulation, soit 6,4% des secteurs actifs.

Le CNOM a entrepris un projet de refonte du logiciel Ordigard dans le but de proposer aux utilisateurs une version plus ergonomique, sécurisée et intuitive. Cette nouvelle version sera

⁵² Le nombre de secteurs actifs dans Ordigard est supérieur aux données déclaratives présentées en section 2.2.a car il inclut les tableaux de garde créés informatiquement afin de gérer les tableaux de garde de la régulation, les renforts de garde, l'effecton mobile et les éventuels tableaux de garde dédiés à la médecine spécialisée, hors médecine générale.

destinée à tous les profils concernés par le logiciel : CDOM, ARS, médecins, associations, SAMU, CPAM et préfectures. Elle a été mise à disposition des utilisateurs au cours du premier trimestre 2025.

4.2 Plaintes et courriers reçus

D'après l'enquête réalisée auprès des CDOM, des plaintes ou des courriers en lien avec la PDSA ont été adressés au conseil dans 32 départements, soit 10 de moins qu'en 2023.

Dans 16 départements, les plaintes et signalements émanaient de patients à l'encontre des médecins régulateurs et effecteurs. Lorsqu'elles concernaient la régulation, ces plaintes évoquaient notamment le refus de mobiliser un transport sanitaire, un manque d'empathie, ou encore la minimisation de la gravité des symptômes, d'après les témoignages des patients. Lorsque les plaintes ou signalements visaient l'effectif, ils portaient principalement sur la qualité de la prise en charge, l'attitude du médecin ou encore les tarifs appliqués.

Les plaintes ou signalements ont été formulés par les médecins régulateurs dans 11 départements, principalement à l'encontre des médecins effecteurs, en raison de leur absence, de leur injoignabilité ou de leur refus de se déplacer.

Les signalements peuvent également être formulés par les médecins effecteurs à l'encontre de la régulation, comme cela a été observé dans 3 départements. Ils dénonçaient notamment l'orientation vers eux de patients issus de secteurs limitrophes, malgré la présence de médecins de garde dans leur propre secteur, ainsi que des conflits réciproques avec les régulateurs, souvent marqués par des échanges téléphoniques houleux et des orientations jugées inappropriées.

Enfin, le CDOM peut également être à l'origine de plaintes, comme cela a été le cas dans 2 départements. Dans un premier cas, une plainte a été déposée contre un médecin régulateur en raison de la qualité de la prise en charge, notamment le manque d'empathie du médecin à l'égard de la famille d'un patient décédé, et dans un second cas, contre un médecin effecteur qui avait conditionné son déplacement à un paiement en espèces.

En 2024, la chambre disciplinaire nationale a été amenée à se prononcer en appel sur trois plaintes concernant des médecins participant à la permanence des soins.

Dans un premier dossier⁵³, un médecin s'est vu reprocher des absences dans le cadre de la permanence des soins alors qu'il était inscrit au tableau de garde, conduisant à la fermeture de la MMG durant son créneau de garde. Un blâme a été prononcé à son encontre.

Dans un second dossier⁵⁴, un médecin a refusé d'examiner un patient agressif et menaçant, qui avait également refusé de porter un masque sanitaire (les faits se sont déroulés en 2021). En l'absence d'urgence médicale, le médecin l'a invité à contacter le SAMU ou son médecin traitant. La plainte du patient pour refus de prise en charge a été rejetée par la chambre disciplinaire.

⁵³ Décision N° 15612

⁵⁴ Décision N° 15896

Dans un troisième dossier⁵⁵, un médecin de garde en MMG a recommandé au père d'un enfant de l'emmener aux urgences pour une échographie, en raison de ses antécédents, après un examen de 5 à 10 minutes d'après le plaignant. Après leur départ, le médecin n'a pas pris de mesures complémentaires, comme contacter le SAMU ou suivre l'état du patient. La plainte repose sur le manquement du médecin à effectuer un examen complet et à assurer un suivi adéquat. Un avertissement a été délivré au médecin.

Le dernier rapport de la MACSF⁵⁶ ne fait pas mention de sinistralité particulière liée à la PDSA.

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

En complément de l'évocation du travail effectué par les CDOM, il est essentiel de mentionner la collaboration des associations départementales de l'organisation de la permanence des soins (ADOPS ou ASSUM), ou encore des Associations des médecins régulateurs libéraux (AMLR).

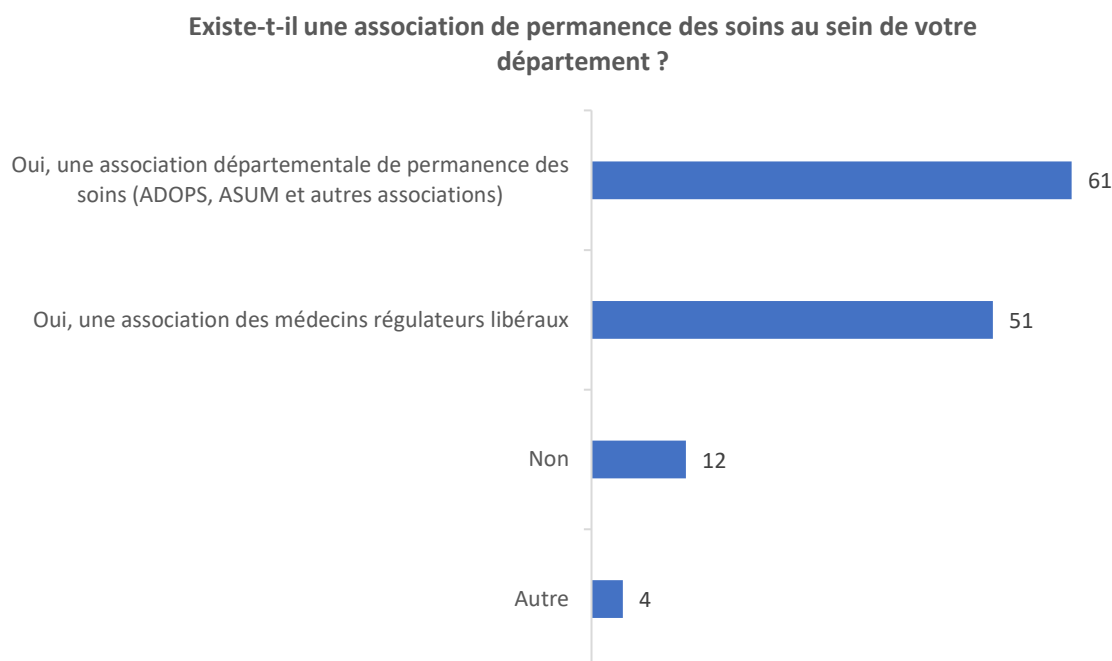
Ces associations peuvent jouer un rôle clé dans l'organisation de la PDSA dans leur département, en assurant la coordination des tableaux de garde et en maintenant des liens avec l'Ordre des médecins. Elles sont composées de médecins qui participent activement à la PDSA et qui peuvent par ailleurs exercer en cabinet.

D'après l'enquête menée auprès des CDOM en 2024, 91 départements disposaient d'une association de permanence des soins, de type ADOPS, ASSUM ou AMRL. Ces structures sont ainsi particulièrement développées sur le territoire et concourent grandement à l'organisation de la PDSA.

⁵⁵ Décision N° 15823

⁵⁶ [Le risque des professionnels de santé en 2023](#) - MACSF

Graphique 33 – Départements disposant d'une association de PDSA en 2024



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2024

b. Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont été créées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Elles offrent aux professionnels de santé la possibilité de collaborer de manière flexible pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un territoire donné. Créées par les professionnels eux-mêmes, ces CPTS réunissent une variété d'acteurs de santé, incluant des praticiens de premier et/ou second recours, ainsi que des intervenants hospitaliers, médico-sociaux et sociaux.

L'organisation des CPTS et les missions qu'elles poursuivent sont hétérogènes et peuvent inclure la gestion de la PDSA au sein du territoire. D'après les CDOM sondés dans le cadre de l'enquête, des CPTS en projet ou fonctionnelles jouaient ainsi un rôle dans l'organisation de la PDSA pour 18% des départements en 2024⁵⁷, soit 4% de plus que l'année précédente.

Selon les CDOM, les CPTS contribuent à l'organisation de la PDSA de diverses manières, notamment :

- En participant à la gestion et à l'organisation des maisons médicales de garde, comme c'est le cas en Haute-Saône, en Haute-Garonne ou encore dans les Hauts-de-Seine ;
- En prenant part à l'organisation du tableau de garde, comme dans l'Allier ou le Val-de-Marne ;

⁵⁷ « Non » pour 77% des CDOM et « Ne sais pas » pour 5%.

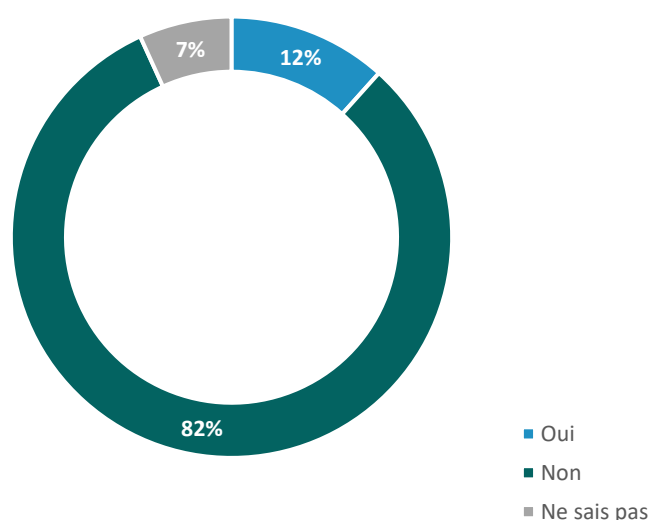
- En contribuant à l'organisation d'une régulation déportée durant les soirées de semaine, comme dans la Manche ;
- En assurant des gardes dans le cadre de la PDSA, comme c'est le cas dans le Var.

5. Permanence des soins ambulatoire spécialisée hors médecine générale

L'enquête menée auprès des CDOM révèle que l'organisation des prises en charge ambulatoire spécialisées, hors médecine générale, a favorablement évolué en 2024. En effet, 12% des CDOM rapportent qu'une PDSA spécialisée a été mise en place dans leur département en 2024, contre seulement 6% l'année précédente.

Graphique 34 – Départements disposant d'une PDSA spécialisée hors médecine générale en 2024

Existe-t-il une permanence des soins ambulatoires spécialisée hors médecine générale au sein de votre département ?



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2024.

La permanence des soins ambulatoire spécialisée, lorsqu'elle est mise en place, concerne principalement deux spécialités :

- La pédiatrie, comme c'est le cas notamment dans des départements tels que la Loire, les Alpes-Maritimes, la Haute-Garonne, l'Isère, le Maine-et-Loire, ou encore le Val-d'Oise. Dans certains cas, cette PDSA pédiatrique n'est organisée que durant la période hivernale, comme en Loire-Atlantique ou dans le Loiret, où elle est assurée par un médecin de garde adossé aux urgences.

- L'ophtalmologie, présente par exemple dans le Morbihan, la Haute-Savoie et la Manche, où la PDSA ophtalmologique est organisée mais non financée par l'ARS.

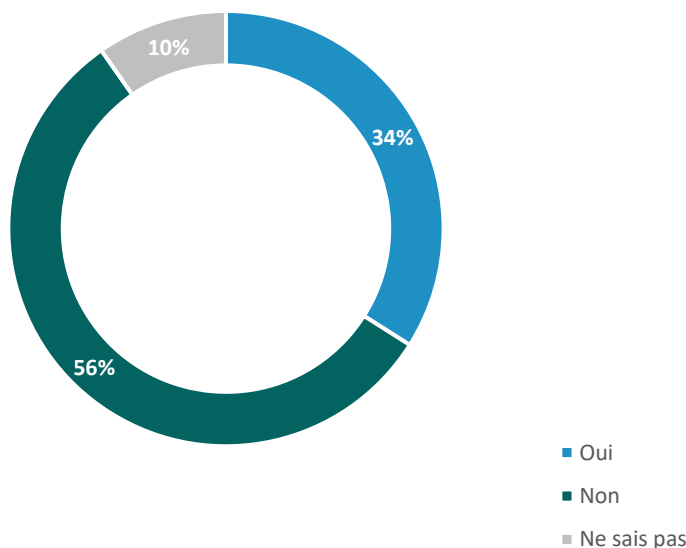
Bien que le logiciel Ordigard⁵⁸ ait été initialement conçu pour gérer l'organisation de la PDSA en médecine générale, certaines initiatives avaient déjà été prises dans certains départements pour l'adapter à la gestion des tableaux de gardes dédiés à la pédiatrie ou à l'ophtalmologie. Le CNOM a récemment validé cette approche en approuvant la possibilité d'utiliser Ordigard pour l'ensemble des spécialités médicales, indépendamment de l'organisation de la PDSA en médecine générale.

6. Partenariat ville-hôpital

En 2024, 34% des CDOM ont déclaré qu'il existait un partenariat et/ou une convention entre les associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS), les associations de type SOS Médecins et les services des urgences, visant à faciliter l'accès aux soins durant les horaires de PDSA. Ce chiffre présente une hausse de 10% par rapport à l'année précédente.

Graphique 35 - 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, 2024

⁵⁸ Logiciel de gestion des tableaux de garde de la PDSA conçu par le Conseil national de l'Ordre des médecins

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

- Des conventions encadrant la réorientation des patients vers les MMG par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IAO) des urgences, comme c'est le cas dans le Cantal, l'Eure-et-Loir, le Territoire-de-Belfort et en Guyane ;
- Des conventions définissant la coordination entre le SAMU/Centre 15 et des associations de type SOS Médecins, comme observé en Haute-Garonne, dans les Landes, dans la Marne, dans le Rhône, dans le Val-de-Marne ou encore en Essonne. Ce partenariat se traduit par des lignes dédiées, un décroché préférentiel, ou encore par l'intégration de SOS Médecins et de l'ADOPS dans le comité du Centre 15, comme en Loire-Atlantique ;
- Un partenariat entre l'ADOPS, SOS Médecins et les services des urgences, comme c'est le cas dans le Calvados, ou encore entre l'ADOPS et le Centre 15, tel qu'observé en Sarthe.
- On peut également citer l'exemple de la Vienne, où l'ensemble du fonctionnement et de la structuration de la PDSA et du SAS, tant du côté de l'effectif que de la régulation, a été travaillé en collaboration entre les services des urgences, le SAMU Centre-15, l'ADOPS et le CDOM. Cette approche a permis une bonne coordination et entente entre les différents acteurs au sein du département.

7. Constats et perspectives

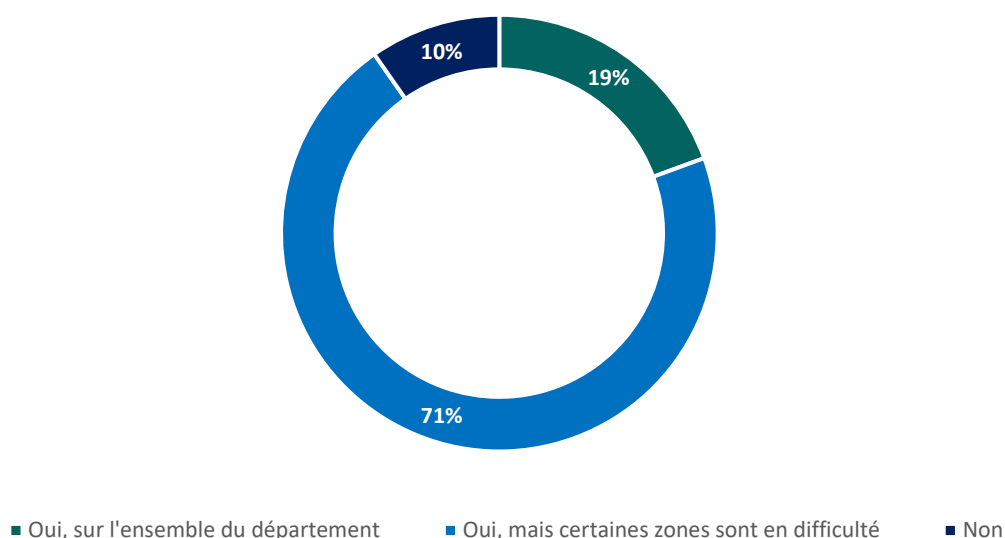
7.1. Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux

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

Dans le cadre de l'enquête, les CDOM ont été interrogés sur leur appréciation du bon fonctionnement de la PDSA dans leurs territoires. **Une large majorité, soit 93 CDOM, ont indiqué qu'ils considéraient que la PDSA fonctionnait globalement correctement dans leur département.** Parmi eux, 73 ont indiqué que la PDSA fonctionnait globalement bien, malgré des difficultés dans certaines zones, tandis que 20 ont estimé que la PDSA fonctionnait de manière optimale sur l'ensemble du département. Enfin, 10 CDOM ont indiqué qu'ils estimaient que la PDSA ne fonctionnait pas correctement dans leur département en 2024.

Graphique 36 – 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, 2024

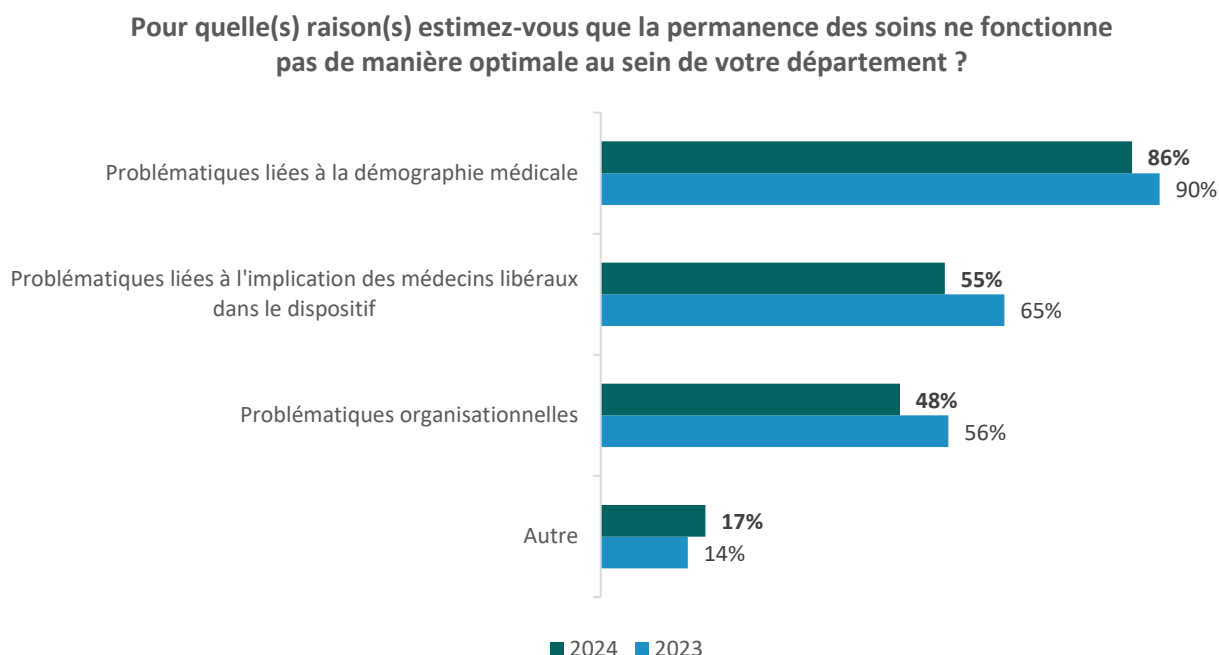
b. Causes des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM

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 36), ont soulevé les difficultés suivantes, classées par ordre d'importance et de priorité :

- Des problématiques liées à la démographie médicale ;
- Des problématiques liées à l'implication des médecins libéraux au dispositif de PDSA ;
- 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 évoqué d'autres facteurs qu'ils considèrent comme responsables du fonctionnement non optimal de la PDSA dans leur département (catégorie « Autre » dans le graphique 37). Parmi ces motifs, les CDOM ont cité les mauvaises relations entre l'effectif et le Centre 15 dans le cadre de la régulation, l'insécurité des médecins et leur âge, les problèmes de transport, le manque de communication autour du SAS et de la régulation en général, ainsi que la tarification des visites à domicile.

Graphique 37 – Cause des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2023 et 2024 (N=79 en 2023 et N=83 en 2024)



Source : CNOM, Enquêtes PDSA, 2023 et 2024

c. Les problématiques liées à la démographie médicale

Les problématiques liées à la démographie médicale occupent une place centrale dans les préoccupations des CDOM et demeurent le principal motif de fragilisation de la PDSA évoqué par ces derniers. Elles se manifestent principalement par deux facteurs défavorables : la faible densité médicale, en particulier dans certaines zones rurales, et le vieillissement de la population médicale en exercice.

Cependant, les données de l'édition 2024 de *l'Atlas de la démographie médicale*⁵⁹, publiées par le Conseil national de l'Ordre des médecins, offrent des perspectives encourageantes, révélant un léger regain de la démographie médicale sur le territoire national. En effet, le nombre de médecins en activité a augmenté de 1,4 % entre 2023 et 2024, tandis que la proportion de médecins en activité régulière (hors remplaçants et retraités actifs) a connu une hausse de 0,8 % sur la même période. La densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins pour 100 000 habitants, augmente légèrement également, et s'établit à 296,4 médecins pour 100 000 habitants, contre 294,7 l'année précédente. Cette donnée brute doit cependant être interprétée avec précaution, car bien que des progrès aient été réalisés, la population vieillit et ses besoins en soins augmentent dans le même temps.

d. Les problématiques liées à l'implication des médecins

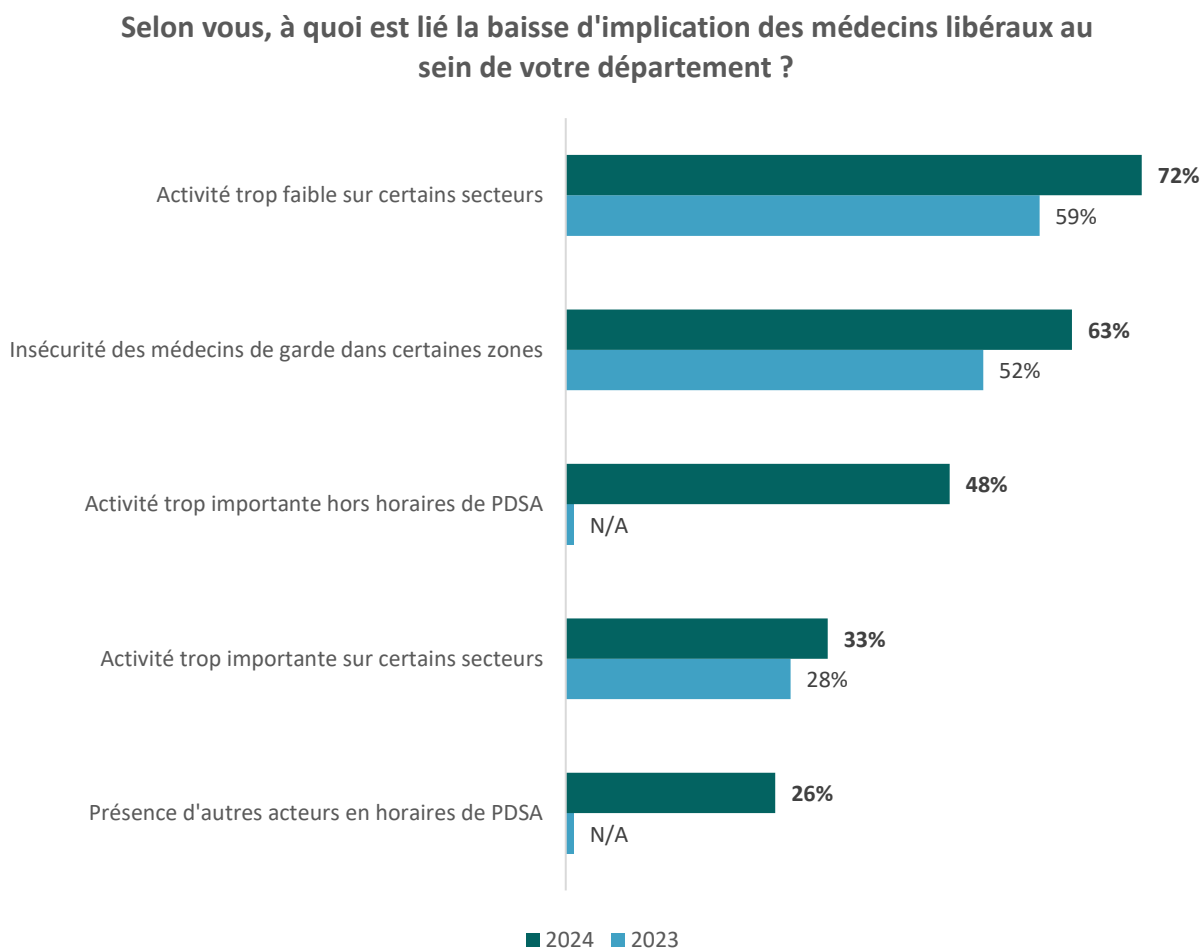
Les difficultés de fonctionnement de la PDSA sont également attribuées à l'insuffisance d'implication des médecins libéraux au dispositif, une problématique soulevée

⁵⁹ [Atlas de la démographie médicale en France](#) – Situation au 1^{er} janvier 2024 - CNOM

par 46 départements en 2024, contre 52 l'année précédente. D'après leurs observations, ce manque d'implication est principalement dû aux facteurs suivants :

- Une activité trop faible en horaires de PDSA dans certains secteurs (72%) ;
- L'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (63%) ;
- Une activité trop importante hors horaires de PDSA (48%) ;
- Une activité trop importante en horaires de PDSA dans certains secteurs (33%) ;
- La présence d'autres acteurs en horaires de PDSA (26%).

Graphique 38 - Causes de l'insuffisance d'implication des médecins libéraux selon les CDOM en 2023 et 2024 (N=52 en 2023 et N=46 en 2024)⁶⁰



Source : CNOM, Enquêtes PDSA, 2022 et 2023

L'insécurité reste, cette année encore, un facteur de préoccupation majeur, certains médecins conditionnant leur participation à des gardes en MMG à la présence d'agents de sécurité ou de caméras de surveillance dans certains territoires. La montée de l'insécurité est corroborée

⁶⁰ Les choix « Activité trop importante hors horaires PDSA » et « Présence d'autres acteurs en horaires de PDSA » n'étaient pas proposés dans le cadre de l'enquête 2023

par les résultats du recensement national des incidents (agressions, violences verbales, vols, incivilités) réalisé par le CNOM dans le cadre de son observatoire de la sécurité⁶¹. En effet, ces données révèlent une augmentation de 27%⁶² des incidents déclarés par des médecins dans le cadre de leur activité entre 2022 et 2023. Les médecins généralistes sont les plus touchés par ces incidents, représentant à eux seuls 64% des médecins concernés. Ces résultats révèlent également que les « agresseurs » sont principalement des patients et leurs accompagnants (78%), et que la majorité des incidents se produisent en milieu urbain, en centre-ville (54 %).

La présence d'autres acteurs durant les horaires de PDSA constituerait également un frein à l'implication des médecins libéraux dans près d'un tiers des départements concernés. Parmi ces acteurs, de nombreux CDOM ont cité les centres de soins non programmés (CSNP), ouverts durant une partie des horaires de PDSA, notamment en début de nuit, contribuant ainsi à la désorganisation du parcours de soins, et réduisant l'activité des médecins de garde de la PDSA. Parmi les acteurs mentionnés, on retrouve également les maisons médicales de jour gérées par les centres hospitaliers, qui sont ouvertes pendant certaines plages horaires de la PDSA, ainsi que la présence d'associations spécialisées dans la PDSA dans certains territoires. En effet, certains CDOM déplorent que la professionnalisation de la PDSA réduise le nombre de médecins impliqués dans le dispositif. Les CDOM ont également mentionné le manque de participation des médecins salariés en centres de santé, générant de l'incompréhension chez les médecins libéraux, ainsi que l'envoi direct d'ordonnances par fax en pharmacie par certains médecins régulateurs, ce qui contribue à réduire l'activité des médecins de garde.

Parmi les autres facteurs évoqués par les CDOM concernant le manque d'implication des médecins libéraux (catégorie « Autre » sur le graphique **38**), figurent également la question de la rémunération des astreintes et des actes en visite, l'éloignement géographique des lieux de garde, notamment dans les zones rurales et montagneuses, ainsi que le recours systématique des patients aux structures hospitalières publiques.

e. Les problématiques d'ordre organisationnel

Les problématiques d'ordre organisationnel, relevées par 37 départements, peuvent s'expliquer par différents facteurs :

- Des facteurs géographiques compliquant les déplacements (70%) ;
- Des problématiques liées aux resectorisations, induisant une baisse du nombre de territoires et une augmentation des distances à parcourir pour les médecins (68%).
- Des problématiques liées à une insuffisance des moyens dédiés alloués par l'ARS (58%) ;

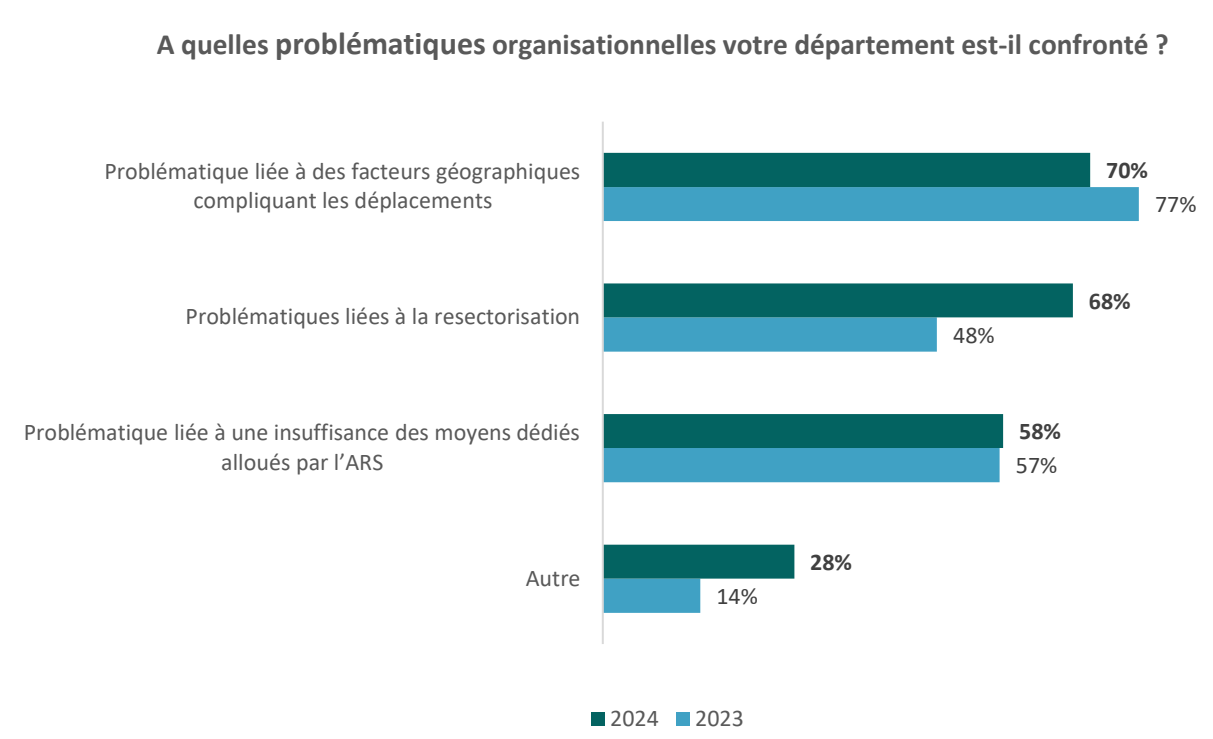
Les CDOM ont également mentionné le manque de valorisation de l'acte, une défiscalisation insuffisante, l'impact de l'instabilité gouvernementale sur le rôle de l'ARS au cours de l'année

⁶¹ [Observatoire de la sécurité des médecins en 2023](#) – Recensement national des incidents par la section EP du CNOM

⁶² 1244 incidents déclarés en 2022 contre 1581 en 2023

2024, ou encore l'absence de rémunération des astreintes des médecins inscrits sur le tableau de garde en Polynésie Française.

Graphique 39 - Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2023 et 2024 (N=44 en 2023 et N=40 en 2024)



Source : CNOM, Enquêtes PDSA, 2023 et 2024

7.2. Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

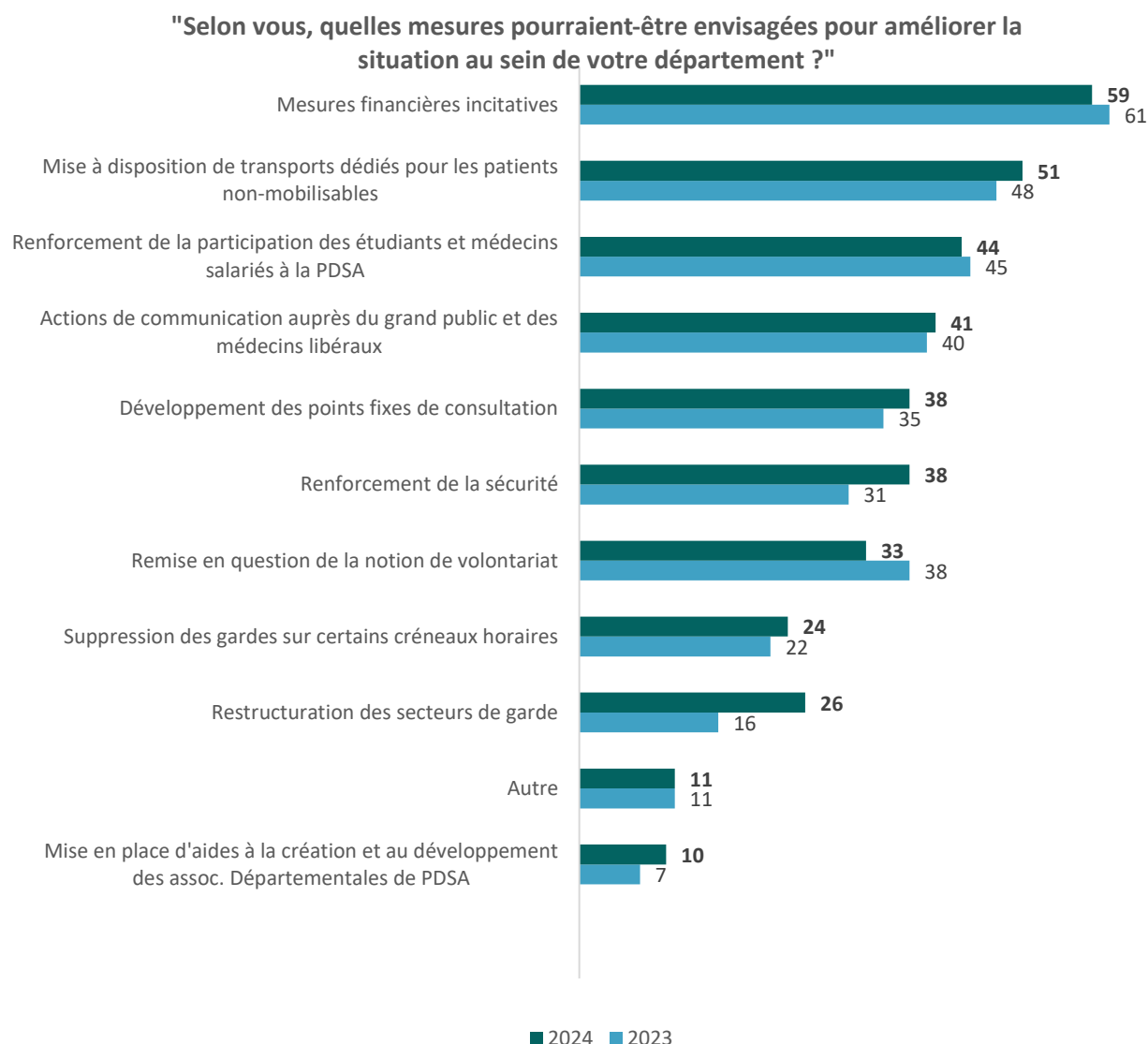
Les CDOM ayant fait état de difficultés de fonctionnement, que ce soit dans certaines zones ou dans l'ensemble de leur département, ont été interrogés sur les mesures susceptibles d'améliorer la situation.

Les pistes d'amélioration proposées 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 (59 CDOM) ;
- La mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables (51) ;
- Le renforcement de la participation des étudiants et médecins salariés à la PDSA (44) ;
- La mise en place d'actions de communication auprès du grand public et des médecins libéraux (41) ;
- Le renforcement de la sécurité (38) ;
- Le développement de points fixes de consultation (38) ;
- La remise en question de la notion de volontariat (33) ;

- La suppression des gardes sur certains créneaux horaires (24) ;
- La restructuration des structures de garde (26) ;
- La mise en place d'aides à la création et au développement des ADOPS (10).

Graphique 40 - Pistes d'améliorations désignées par les CDOM en 2023 et 2024 (N=79 en 2023 et N=83 en 2024)



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2023 et 2024

Lecture : Sur les 83 CDOM ayant rencontré des difficultés de fonctionnement de la PDSA dans certaines zones en 2024, les mesures financières incitatives ont été désignées comme mesure envisagée pour améliorer la situation par 59 CDOM

En 2024, la question de la rémunération des médecins de garde reste en tête des pistes d'amélioration proposées par les CDOM, suivie par le développement des transports dédiés

aux patients non-mobilisables et le renforcement de la participation des étudiants et des médecins salariés à la PDSA.

Les CDOM interrogés ont également suggéré des mesures qui ne figuraient pas parmi les options proposées précédemment (catégorie « Autre » dans le graphique 40). Parmi celles-ci, on retrouve l'intégration des centres de soins non programmés (CSNP) à la PDSA, l'amélioration des locaux et du matériel mis à disposition des médecins dans les points fixes de consultation, l'augmentation des effectifs, la mise à disposition de voiture et/ou de chauffeurs pour les visites à domicile dans les territoires où il est difficile de circuler ou de se stationner, ainsi que la réintroduction de la cotation MN ou F pour les appels non régulés en MMG.

7.3. Initiatives et expérimentations

Pour améliorer le fonctionnement de la PDSA dans les départements confrontés à des difficultés, 49% des CDOM concernés ont évoqué la mise en place d'actions de communication destinées tant au grand public qu'aux médecins libéraux. En 2024, 18 CDOM ont déclaré que de telles actions de avaient été menées dans leur département, soit 1 de moins qu'en 2023.

Ces actions ont été menées par divers moyens : presse, affichage, publications dans des bulletins municipaux, ainsi que sur les réseaux sociaux, et via des spots radio et télévisés. Elles avaient pour objectif de sensibiliser le public à l'organisation et aux modalités d'accès à la PDSA, mais aussi de promouvoir l'utilisation du numéro dédié, le 116 117, et d'encourager le recours à la régulation dès le début du parcours de soins.

Les CDOM ont également été interrogés sur la mise en place d'initiatives ou d'expérimentations liées à la PDSA, et 23% d'entre eux ont indiqué que des actions ont été menées dans leur département au cours de l'année 2024.

Parmi les initiatives ou expérimentations mentionnées, on retrouve des dispositifs qui ont déjà été abordés plus tôt dans ce rapport :

- La création de nouvelles maisons médicales de garde ;
- La redéfinition des secteurs de garde, impliquant des fusions ou restructurations de secteurs ;
- L'aménagement des gardes de soirée, avec un début avancé à 18h ou 19h, un arrêt des gardes anticipé, à 22h ou 23h, ou encore la suppression des gardes en nuit profonde ;
- L'extension de la PDSA au samedi matin, tant pour la régulation que pour l'effectif postée ou mobile ;
- La mise en place d'une effectif mobile, assurant également les visites en EHPAD et la rédaction des certificats de décès ;
- La rédaction des certificats de décès par les IDE.

D'autres actions et expérimentations ont également été déployées dans certains départements :

- L'implication de médecins retraités et d'étudiants pour l'élaboration des certificats de décès dans les Bouches-du-Rhône. L'expérimentation, bien qu'intéressante, a dû être rapidement interrompue, les intervenants n'ayant pas été rémunérés par le CPAM pour les actes effectués ;
- L'implication d'une plateforme de secrétariat pour la prise de rendez-vous en horaires de PDSA, comme cela a été observé dans le Loiret et la Haute-Marne ;
- L'intervention d'un IDE au domicile du patient, à la demande du médecin régulateur, pour réaliser une évaluation clinique, dite de levée de doute. Cette intervention peut inclure la prise de constantes, la palpation abdominale, l'évaluation de la coloration cutanée, ou encore un bilan neuro moteur et sensitif sommaire. Cela se pratique notamment dans l'Isère, où les IDE ne sont pas télé-assistés, mais contribuent à affiner la décision du médecin régulateur, permettant ainsi fréquemment d'éviter des hospitalisations. Un dispositif similaire est mis en place dans les Alpes-de-Haute-Provence, où les infirmiers en pratique avancée (IPA), déclenchés par un médecin régulateur, agissent au domicile du patient en lien avec un médecin référent, ainsi que dans les Landes, via le dispositif « Rempart » permettant à l'IDE d'être télé-assisté par un médecin de garde, depuis son domicile ou son cabinet.

IV. Conclusion

Ce rapport sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en 2024 nous permet, une fois de plus, de tirer plusieurs enseignements. L'engagement des médecins libéraux et salariés a permis de poursuivre la progression du taux de participation des médecins à la PDSA observée l'an dernier, tout en maintenant un taux de couverture des territoires les week-ends et jours fériés à 97%.

Des tendances observées les années précédentes se confirment en 2024, marquées par la poursuite du développement des sites dédiés, la baisse de l'âge moyen des médecins de garde, la réduction du nombre de secteurs de garde par resectorisations, ainsi que l'essor de nouvelles pratiques telles que la visiorégulation et la régulation déportée.

Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) ayant signalé des difficultés de fonctionnement dans certains territoires soulignent des problématiques récurrentes, principalement liées à la démographie médicale, à l'insécurité des médecins de garde et aux distances à parcourir, notamment lorsque les resectorisations ont entraîné la création de secteurs trop vastes. Les CDOM ont identifié plusieurs pistes d'amélioration, notamment la mise en place de transports dédiés pour les patients non-mobilisables, le renforcement de la participation des remplaçants et des médecins salariés, des campagnes de communication auprès du grand public, ainsi que des mesures financières incitatives, telles que l'extension de la défiscalisation et la revalorisation des actes et des forfaits d'astreinte.

Des progrès ont été constatés concernant les dispositifs spécifiques de prise en charge en EHPAD, bien que des efforts supplémentaires soient nécessaires. En effet, malgré des initiatives locales, aucun dispositif national n'a encore été instauré à cet effet. Par ailleurs, il est primordial de continuer à simplifier la gestion de certains actes médico-administratifs, comme la rédaction des certificats de décès. À ce titre, le CNOM a préconisé l'extension du forfait dédié à l'établissement de ces documents à toutes les tranches horaires, pour l'ensemble des médecins, qu'ils soient actifs ou retraités, ainsi que l'inclusion des médecins salariés et hospitaliers dans ce dispositif.

D'autres requêtes exprimées ces dernières années perdurent, notamment le développement de systèmes d'acheminement des patients et l'extension de la PDSA au samedi matin, bien que l'absence de progrès dans ce dernier domaine s'explique en partie par le déploiement du service d'accès aux soins (SAS) opérant également durant cette plage horaire.

En conclusion, ce rapport atteste de l'engagement et de l'implication des médecins dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires, contribuant à son évolution et son amélioration continue.

V. Index des illustrations

Graphique 1 – Modifications de l'organisation de la PDSA déclarés par les CDOM (N=103)	10
Graphique 2 – Evolution des effectifs des médecins participant à la PDSA selon les CDOM en 2024	11
Graphique 3 – Evolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2020 et 2024	11
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 2022 et 2023	19
Graphique 6 - Proportions départementales en termes d'évolution de la part des actes cotés non-régulés entre 2022 et 2023	21
Graphique 7 – Répartition des actes non-régulés réalisés en horaires de PDSA en 2023	21
Graphique 8 - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA entre 2020 et 2024	22
Graphique 9 - Évolutions départementales du nombre de médecins participant à la régulation médicale entre 2023 et 2024 – Évolution d'ensemble et déclinaisons pour les médecins libéraux installés et les médecins retraités, salariés et remplaçants	23
Graphique 10 - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire entre 2020 et 2024	28
Graphique 11 - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2023 selon le créneau horaire	29
Graphique 12 – Mise en place et modalités de l'effectif mobile par département en 2024	38
Graphique 13 – Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés (N = 90)	39
Graphique 14 – Dispositifs de prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés (N = 90)	39
Graphique 15 – Part des départements ayant élargi la PDSA au samedi matin en 2024	42
Graphique 16 – Avis des CDOM au sujet de l'extension des horaires de PDSA au samedi matin en 2024	44
Graphique 17 – Part des départements où les horaires des gardes de soirées ont été ajustés en 2024	45
Graphique 18 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2018 et 2024 au niveau national	47
Graphique 19 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2023 et 2024 au niveau départemental	48
Graphique 20 - 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 2024	50
Graphique 21 - Répartition des médecins effecteurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2024	51
Graphique 22 - Répartition des médecins régulateurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2024	51
Graphique 23 - Part des médecins de gardes effectuées selon le genre de 2018 à 2024	52
Graphique 24 – Evolution de l'âge moyen des médecins effecteurs entre 2028 et 2024	53
Graphique 25 – Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2024 selon la tranche d'âge	53

Graphique 26 - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2024 selon le mode d'exercice	54
Graphique 27 - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2024 selon le statut ..	56
Graphique 28 – Evaluation du bon fonctionnement du SAS par les CDOM en 2024	60
Graphique 29 - Répartition des départements rencontrant ou non des difficultés relatives à l'établissement des certificats de décès en 2024	64
Graphique 30 - Avis des CDOM concernant l'impact de l'intervention des IDE dans l'élaboration des certificats de décès sur la PDSA en 2024	66
Graphique 31 - Répartition des acteurs participant à la prise en charge de l'examen des gardés à vue en 2024.....	68
Graphique 32 - Elaboration des tableaux de garde d'effectif et de régulation en 2024	70
Graphique 33 – Départements disposant d'une association de PDSA en 2024	75
Graphique 34 – Départements disposant d'une PDSA spécialisée hors médecine générale en 2024	76
Graphique 35 - 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	77
Graphique 36 – Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA selon les départements ..	79
Graphique 37 – Cause des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2023 et 2024 (N=79 en 2023 et N=83 en 2024)	80
Graphique 38 - Causes du l'insuffisance d'implication des médecins libéraux selon les CDOM en 2023 et 2024 (N=52 en 2023 et N=46 en 2024).....	81
Graphique 39 - Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2023 et 2024 (N=44 en 2023 et N=40 en 2024).....	83
Graphique 40 - Pistes d'améliorations désignées par les CDOM en 2023 et 2024 (N=79 en 2023 et N=83 en 2024).....	84

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
CSNP.	Centre de soins non-programmés
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
HAD.	Hospitalisation à domicile
IAO.	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
IDE.	Infirmier Diplômé d'Etat
IPA.	Infirmier de pratique avancée
MMG.	Maison médicale de garde
OSNP.	Opérateur de soins non programmés
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

2024						
	Nombre d'habitants	Samedi matin	Samedi après-midi et soirée	Dimanche et jours fériés	Soirée de semaine (20h – 24h) *	Nuit profonde (24h – 8h)
ILE-DE-FRANCE						
PARIS	2 087 577	0	5*	5*	5	4
SEINE-ET-MARNE	1 464 783	0	3	3	3	3
YVELINES	1 473 664	0	4	3 à 4	4	3*
		<i>*Nuit profonde de 1h à 8h</i>				
ESSONNE	1 331 827	0	2 à 4	2 à 4	3	3
HAUTS-DE-SEINE	1 651 407	0	4	4	4	3
SEINE-SAINT-DENIS	1 701 072	0	4	4	4	4
VAL-DE-MARNE	1 433 927	0	4	4	4	3
VAL-D'OISE	1 275 704	0	4	4	4	4
Total Ile-de-France	12 419 961	0	30 à 32	29 à 32	31	27
NORMANDIE						
CALVADOS	706 605	1	2	2	2	2
EURE	598 339	1	1,5	1,5	1	1
MANCHE	494 200	1	1	1	1	0
ORNE	272 379	1	1	1	1	1
SEINE-MARITIME	1 255 554	2	4	4	2	1
Total Normandie	3 327 077	6	9,5	9,5	7	5
GRAND-EST						
ARDENNES	265 737	0	0	0	0	0
AUBE	312 730	0	1	1	1	1
	562 874	0	2	3	1	1
MARNE		<i>Régulation libérale de 13h à 20h le samedi</i>				
HAUTE-MARNE	168 200	0	0	0	1	0
MEURTHE-ET-MOSELLE	730 320	0	2	2	1	0
MEUSE	178 562	0	2	2	1	1
	1 005 259	0	2 à 3	2 à 3	2	0
MOSELLE		<i>Régulation libérale de 13h à 24h le samedi</i>				

	1 170 551	0	2 à 3	2 à 4	2	
BAS-RHIN		Régulation libérale de 13h à 20h le samedi				
HAUT-RHIN	769 047	0	1 à 2	1 à 2	1 à 2	0 à 1
VOSGES	355 431	0	1	1 à 2	1	0
Total Grand-Est	5 568 711	0	13 à 16	14 à 19	11	3 à 4
CENTRE-VAL-DE-LOIRE						
	295 729	1	1	1	1	0
CHER		Régulation libérale assurée de 9h à 17h le dimanche ; régulation de 10h à 12h non effective le samedi matin				
	430 422	2	1	1 à 2	1	0
EURE-ET-LOIR		2 médecins les matins des jours fériés et ponts de 8h à 14h				
	213 871	1*	1 à 2	1 à 2	1 à 2	0
INDRE		Possibilité d'activer un 2ème poste sur les créneaux couverts en cas de forte activité ; Ligne de régulation libérale le samedi matin non officialisée dans le cahier des charges				
INDRE-ET-LOIRE	616 751	1	1	1	1	0
LOIR-ET-CHER	326 941	0	NC	NC	NC	0
LOIRET	689 581	1	1	1	1	0
Total Centre-Val-de-Loire	2 573 295	6	5 à 6	5 à 7	5 à 6	0
AUVERGNE-RHONE-ALPES						
	679 498	3	3	2 à 4	2	1 à 2
AIN		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				
	332 708	1	2	2	1	1
ALLIER		Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine - Régulation libérale du samedi matin non effective				
	336 501	2	2	2	1	1
ARDECHE		Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine				
	143 567	1	1	1	1	0
CANTAL		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				
	524 109	2	2	2	1 à 2	1
DROME		Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine				
	1 307 146	0	2 à 3	2 à 5	2 à 4	1 à 2
ISERE		Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine				
	775 102	3	2	2	2 à 3	1
LOIRE		Régulation libérale à partir de 18h en soirées de semaine				
HAUTE-LOIRE	226 900	0	1 à 2	1 à 2	1	0
PUY-DE-DOME	665 094	2	3	3	2	1

RHONE	1 926 989	0	6	5 à 6	3 à 4	2
SAVOIE	451 819	0	2	2	2	1
		1 régulateur nuit profonde à partir de 23h De 20h à 23h, 2 régulateurs du 1er juillet au 31 août, 1 régulateur en dehors de ces périodes				
HAUTE-SAVOIE	866 490	3	2	2 à 3	2	1 à 2
Total Auvergne-Rhône-Alpes	8 235 923	17	28 à 30	26 à 34	20 à 25	11 à 14
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR						
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	168 161	1	1	1	1	1
HAUTES-ALPES	141 661	0	1	1	1	1
ALPES-MARITIMES	1 119 571	2	2	2	2	2
BOUCHES-DU-RHONE	2 078 397	3	5	5	5	2
VAR	1 121 506	1	2	2	2	2
VAUCLUSE	568 715	1	1	1	2	2
Total Provence-Alpes-Côte-d'Azur	5 198 011	8	12	12	13	10
BRETAGNE						
CÔTES D'ARMOR	611 351	0	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
FINISTERE	931 604	0	2	2 à 3	1 à 2	1
ILLE ET VILAINE	1 127 720	0	2	2	2	2
MORBIHAN	782 348	0	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
Total Bretagne	3 453 023	0	6 à 8	6 à 9	5 à 8	5
OCCITANIE						
ARIEGE	155 813	0	1	1	1	0
		Régulation libérale de 20h à 22h du lundi au jeudi et jusque 23h à partir du vendredi				
AUDE	378 775	0	1	1 à 2	1	0
AVEYRON	279 470	0	1 à 2	1 à 2	1	1*
		En nuit profonde régulation assurée par les médecins régulateurs du Tarn				
GARD	766 765	0	2 à 3	2 à 3	2	1
HAUTE-GARONNE	1 487 804	0	4 à 7	4 à 7	4	2 à 3
GERS	193 695	0	1 à 2	1 à 2	1	1*
		En nuit profonde régulation assurée par les médecins régulateurs du Lot-et-Garonne				
HERAULT	1 243 225	0	3 à 4	3 à 4	3 à 4	2
		Régulation libérale uniquement assurée de 00h à 1h en nuit profonde				
LOT	175 800	0	1	1	1	0
LOZERE	76 647	0	0	0	0	0
		Régulation assurée par le SAMU				

HAUTES-PYRENEES	232 534	0	1	1	1	0
PYRENEES-ORIENTALES	497 810	0	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1
TARN	398 772	0	2 à 3	1 à 3	1 à 2	1
TARN-ET-GARONNE	267 619	0	1 à 3	1 à 4	1 à 2	0
Total Occitanie	6 154 729	0	19 à 30	18 à 32	18 à 22	9 à 10
CORSE						
CORSE-DU-SUD	167 658	0	1	1	1	0
HAUTE-CORSE	187 870	0	1	1	1	0
Total Corse	355 528	0	2	2	2	0
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE						
CÔTE D'OR	537 752	2	2 à 3	2 à 3	2	1 à 2
NIEVRE	198 936	Régulation libérale interdépartementale mutualisée (AREMEL 21)				
DOUBS	552 321	1	5 à 6	3 à 7	3 à 4	1 à 3
		Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)				
JURA	257 483	Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)				
HAUTE-SAÔNE	232 523	Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)				
TERRITOIRE DE BELFORT	137 235	Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)				
SAÔNE-ET-LOIRE	546 695	1	1	1 à 2	1	1
YONNE	328 774	0	1	1	1	1
Total Bourgogne-Franche-Comté	2 791 719	4	9 à 11	7 à 13	7 à 8	4 à 7
PAYS-DE-LA-LOIRE						
LOIRE-ATLANTIQUE	1 503 876	0	9	8	4 à 5	3 à 4
MAINE-ET-LOIRE	834 135	0	7	10	2 à 4	1 à 2
MAYENNE	304 981	2	2	2	1	1
SARTHE	566 096	0	4	4	2	1
		Régulation mutualisée avec l'Orne pour certains secteurs				
VENDEE	717 301	0	4	7	2	2
Total Pays-de-la-Loire	3 926 389	2	26	31	11 à 14	8 à 10
NOUVELLE AQUITAINE						
CHARENTE	349 856	1	1 à 2	1 à 3	1	1
		Samedi après-midi : 1 seul régulateur en juillet et août Dimanche et jours fériés : 1 régulateur de plus de novembre à mars				
CHARENTE-MARITIME	674 439	2	2 à 3	1 à 4	1 à 2	1
CORREZE	238 962	1	1 à 2	1 à 2	1	1
CREUSE	113 922	1	1	1	1	0
DORDOGNE	413 192	0	1 à 3	1 à 3	1	0
		Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine				

GIRONDE	1 707 780	3	2 à 4	2 à 4	2 à 3	1 à 2
LANDES	434 933	2*	2*	1 à 3*	1	0*
		*1 régulateur supplémentaire durant les férias de Dax et Mont-de-Marsan **Régulation libérale à partir de 18h en semaine dans le cadre d'une expérimentation				
LOT-ET-GARONNE	330 385	2	1 à 2	1 à 2	1	1*
		Régulation libérale à partir de 19h en semaine *Nuit profonde uniquement durant les week-ends et jours fériés				
PYRENEES-ATLANTIQUES	706 361	1	1 à 2	1 à 2	1	0*
		Régulation libérale à partir de 19h en semaine *1 régulateur en nuit profonde durant les férias de Bayonne				
DEUX-SEVRES	373 682	1	1	1 à 2	1	1
		Régulation libérale à partir de 19h en semaine				
VIENNE	440 921	1	1 à 2	1 à 3	1	1
		Dimanche et jours fériés : 2 régulateurs en juillet et août				
HAUTE-VIENNE	370 339	1	1 à 2	1 à 2	1	1
		Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine				
Total Nouvelle-Aquitaine	6 154 772	16	15 à 26	13 à 31	13 à 15	8 à 9
HAUTS-DE-France						
AISNE	521 632	0	1	1 à 2	1	0 à 1*
		En nuit profonde régulation libérale assurée de 00h à 2h en semaine et de 00h à 8h les dimanches et jours fériés				
NORD	2 614 334	0	5 à 7	5 à 7	3 à 4	1
OISE	830 176	0	1 à 2	1 à 2	1	0 à 1*
		En nuit profonde régulation libérale assurée de 00h à 2h en semaine et le samedi de 00h à 8h les week-ends et jours fériés				
PAS-DE-CALAIS	1 455 555	0	3 à 5	2 à 4	3	1
SOMME	562 126	0	2 à 3	2 à 3	3	3
		En nuit profonde régulation libérale assurée de 2h à 8h en semaine				
Total Hauts-de-France	5 983 823	0	12 à 18	11 à 18	11 à 12	5 à 7
MARTINIQUE	349 925	3	3	3	1	0
		Soirées de 19h à 23h Samedi de 13h à 23h Dimanches et jours fériés de 7h à 23h				
GUADELOUPE	378 561	1	1	1	1	1
MAYOTTE	320 901	0	0	0	0	0
GUYANE	295 385	0	0	0	0	0
LA REUNION	885 700	0	2	2	2	1
		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				

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

Départements	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2023	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2024	Evolution 2023-2024 ⁶³	Taux de couverture des territoires de PDSA ⁶⁴
01 - Ain	66%	69%	3%	100%
02 - Aisne	55%	57%	2%	100%
03 - Allier	69%	73%	4%	100%
04 - Alpes de Hautes-Provence	40%	39%	-1%	100%
05 - Hautes-Alpes	52%	55%	3%	100%
06 - Alpes-Maritimes	14%	13%	0%	88%
07 - Ardèche	65%	63%	-2%	100%
08 - Ardennes	80%	83%	3%	100%
09 - Ariège	45%	48%	3%	100%
10 - Aube	75%	75%	0%	33%
11 - Aude	54%	54%	0%	100%
12 - Aveyron	73%	75%	2%	100%
13 - Bouches-du-Rhône	16%	16%	0%	71%
15 - Cantal	53%	53%	0%	75%
16 - Charente	68%	73%	5%	100%
17 - Charente-Maritime	32%	32%	1%	100%
18 - Cher	49%	49%	0%	100%
19 - Corrèze	66%	71%	5%	100%
21 - Côte-d'Or	26%	27%	1%	100%
22 - Côtes d'Armor	55%	57%	2%	100%
23 - Creuse	72%	77%	5%	100%
24 - Dordogne	70%	73%	3%	100%
25 - Doubs	50%	50%	1%	100%
26 - Drôme	54%	58%	3%	80%

⁶³ Les chiffres présentés dans ce tableau ont été arrondis aux décimales les plus proches. Par conséquent, des différences mineures peuvent apparaître dans les calculs.

⁶⁴ Sur la base du nombre de territoires de PDSA les week-ends et jours fériés.

27 - Eure	55%	57%	2%	91%
28 - Eure-et-Loir	76%	81%	5%	100%
29 - Finistère	38%	43%	5%	100%
30 - Gard	36%	36%	0%	100%
31 - Haute-Garonne	62%	61%	0%	100%
32 - Gers	67%	75%	8%	100%
33 - Gironde	49%	49%	1%	100%
34 - Hérault	28%	26%	-2%	90%
35 - Ille-et-Vilaine	28%	28%	0%	100%
36 - Indre	52%	55%	3%	100%
37 - Indre-et-Loire	33%	33%	0%	100%
38 - Isère	46%	45%	-1%	100%
39 - Jura	54%	55%	2%	100%
40 - Landes	55%	55%	0%	100%
41 - Loir-et-Cher	59%	56%	-2%	100%
42 - Loire	54%	55%	1%	100%
43 - Haute-Loire	74%	77%	3%	100%
45 - Loiret	57%	57%	0%	100%
46 - Lot	75%	76%	1%	100%
47 - Lot-et-Garonne	67%	73%	6%	100%
48 - Lozère	72%	67%	-5%	100%
49 - Maine-et-Loire	54%	52%	-1%	100%
50 - Manche	59%	58%	-1%	100%
51 - Marne	60%	48%	-12%	100%
52 - Haute-Marne	67%	66%	-1%	100%
54 - Meurthe-et-Moselle	23%	25%	2%	100%
55 - Meuse	65%	67%	2%	100%
56 - Morbihan	50%	50%	0%	100%
57 - Moselle	27%	25%	-2%	100%
58 - Nièvre	61%	56%	-5%	100%
59 - Nord	32%	32%	0%	96%
60 - Oise	27%	22%	-5%	100%

61 - Orne	60%	65%	6%	100%
62 - Pas-de-Calais	60%	59%	-1%	100%
63 - Puy-de-Dôme	35%	35%	0%	100%
64 - Pyrénées-Atlantiques	40%	41%	0%	100%
65 - Hautes-Pyrénées	60%	60%	0%	100%
66 - Pyrénées-Orientales	37%	37%	0%	100%
67 - Bas-Rhin	22%	21%	-1%	100%
68 - Haut-Rhin	54%	60%	6%	100%
69 - Rhône	38%	40%	1%	100%
70 - Haute-Saône	68%	69%	1%	100%
71 - Saône-et-Loire	59%	58%	-1%	100%
72 - Sarthe	52%	53%	1%	100%
73 - Savoie	66%	64%	-2%	100%
74 - Haute-Savoie	63%	62%	-1%	100%
75 - Paris	8%	9%	1%	100%
77 - Seine-et-Marne	10%	13%	3%	100%
78 - Yvelines	39%	39%	-1%	100%
79 - Deux-Sèvres	73%	70%	-2%	100%
80 - Somme	53%	54%	1%	100%
81 - Tarn	63%	61%	-2%	100%
82 - Tarn-et-Garonne	74%	79%	5%	100%
83 - Var	16%	17%	1%	100%
84 - Vaucluse	51%	51%	0%	100%
85 - Vendée	69%	75%	6%	100%
86 - Vienne	65%	66%	1%	100%
87 - Haute-Vienne	67%	75%	8%	100%
88 - Vosges	82%	84%	3%	100%
89 - Yonne	19%	22%	2%	89%
90 - Territoire-de-Belfort	69%	69%	0%	100%
91 - Essonne	18%	17%	0%	100%
92 - Hauts-de-Seine	15%	15%	0%	100%
93 - Seine-Saint-Denis	18%	20%	1%	100%

94 - Val-de-Marne	34%	33%	-2%	100%
95 - Val-d'Oise	21%	23%	2%	78%
2A - Corse-du-Sud	32%	42%	10%	100%
2B - Haute-Corse	26%	31%	4%	100%
973 - Guyane	17%	Non connu	Non connu	100%
972 - Martinique	26%	25%	0%	100%
974 - La Réunion	13%	13%	0%	100%

3. Questionnaire PDSA 2024 soumis aux CDOM

QUESTIONNAIRE - ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2024

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 PDSA en 2024

1. Quelles modifications de l'organisation de la PDSA votre département a-t-il connu en 2024 ?

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 2024

a. Les modifications de l'organisation de la PDSA en 2024 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 2024 » 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 2024, votre conseil départemental a-t-il été associé par l'ARS à l'évolution de l'organisation de la PDSA ?

Question conditionnelle, ne pas répondre si « Le département n'a connu aucune modification de la PDSA en 2024 » 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 2024

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 (*si 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
- ☐ Cette pratique ne correspond pas à une demande des médecins
- ☐ 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 sites dédiés sont adossés à des hôpitaux ?

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

c. Combien de territoires de PDSA les sites dédiés couvrent-ils au sein de votre département ?

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

d. 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

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

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

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

e.1. Si oui, lesquels ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en e.

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en e.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 10.

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

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

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en f.

Plusieurs réponses possibles

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

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

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 12.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

L'effecton en fonction du créneau horaire

13. Combien y-a-t-il de territoires de PDSA en soirée (de 20h à minuit) au 31 décembre 2024 ?

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 de la PDSA ?

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

b. Dans combien de ces territoires la couverture par des médecins effecteurs de la PDSA 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 2024 ?

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 de la PDSA ?

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 2024
- ☐ Oui, depuis 2024
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

16. Les horaires de garde de soirée (de 20h à minuit) ont-ils été aménagés dans votre département (avancement, raccourcissement...) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

a. Si oui, précisez

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 16.

17. 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

b. Si non, y seriez-vous favorable ?

Question conditionnelle, uniquement si « non » en 17.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne se prononce pas

c. Développez si nécessaire

Question conditionnelle, uniquement si « non » 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. Avez-vous constaté une baisse de la pression exercée sur les médecins effecteurs depuis l'intervention des IDE pour la réalisation des certificats de décès dans votre département ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

a. Développez si nécessaire

21. 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 21.

22. Existe-t-il un partenariat ou une convention entre, d'une part, le service des urgences ou le centre 15 et, d'autre part, des associations de type SOS ou ADOPS, visant à faciliter l'accès aux soins pendant les horaires de PDSA dans votre département ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 22.

23. 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 23.

24. 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 24.

25. 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 25.

- ☐ 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

26. 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 ?

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

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

Intervention du conseil départemental

28. 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 2024 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

a. Si oui, le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter des tableaux en 2024 dans le cadre de ces carences ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 28.

- ☐ Oui
- ☐ Non

29. Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en rapport avec la permanence des soins en 2024 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 29.

- ☐ 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 2024 ?

c. Le CDOM a-t-il fourni à l'ARS des listes de médecins réquisitionnables ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 29.

- ☐ Oui
☐ Non

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

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 30.

31. Le Service d'accès aux soins (SAS) a-t-il été déployé dans votre département ?

- ☐ Oui
☐ Non

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 31.

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

a. Développez

33. Estimez-vous que la mise en place du SAS ait augmenté ou diminué l'activité en horaires de PDSA ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 31.

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas

a. Développez

La communication au grand public

34. Y-a-t-il eu, en 2024, 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 34.

Aspects qualitatifs et prospectifs

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

35. 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

36. 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

37. 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

38. 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 38.

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 à l'insuffisance d'implication des médecins libéraux
- ☐ Autre, précisez :
- ☐ Ne se prononce pas

a.1. Si votre département est confronté à des problématiques organisationnelles, quelle est leur nature ?

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. Si votre département est confronté à des problématiques liées à l'insuffisance d'implication des médecins libéraux, quelle est leur nature ?

Question conditionnelle, uniquement si « Problématiques liées à l'insuffisance d'implication des médecins libéraux » en a.

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Activité trop faible sur certains secteurs
- ☐ Activité trop importante sur certains secteurs
- ☐ Activité trop importante hors horaires de PDSA
- ☐ Insécurité des médecins de garde dans certaines zones
- ☐ Conflits entre les différents acteurs de la PDSA
- ☐ Présence d'autres acteurs en horaires de PDSA
- ☐ Autre, précisez.....
- ☐ Ne se prononce pas

a.2.a Quels autres acteurs en horaires de PDSA sont en lien avec l'insuffisance d'implication des médecins libéraux ?

Question conditionnelle, uniquement si « Présence d'autres acteurs en horaires de PDSA » coché en a.2.

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 38.

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

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

- ☐ Oui au cours de l'année 2024
- ☐ Oui, avant 2024
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

a. Si oui, lesquelles ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 39.

40. 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 40.

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

42. Commentaire libre

ÉTAT DES LIEUX PDSA 2024

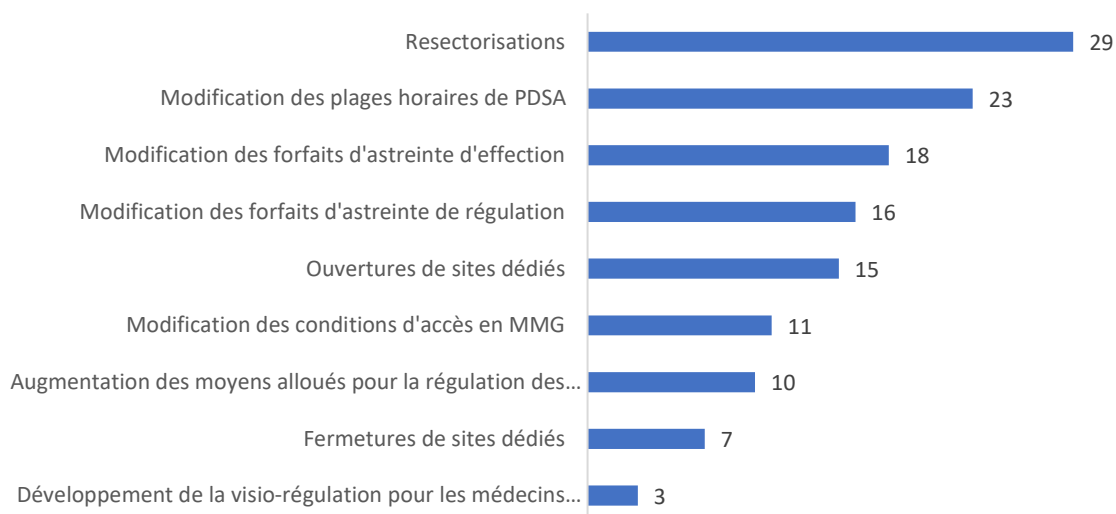
Synthèse des principaux résultats

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 2024 : des changements constatés pour la majorité des départements

- **75% des départements ont connu des modifications de l'organisation de la PDSA** en 2024, contre **81%** en 2023. Elles ont principalement porté sur des resectorisations, des modifications de plages horaires de PDSA et des revalorisations des forfaits d'astreinte d'effectif et de régulation.



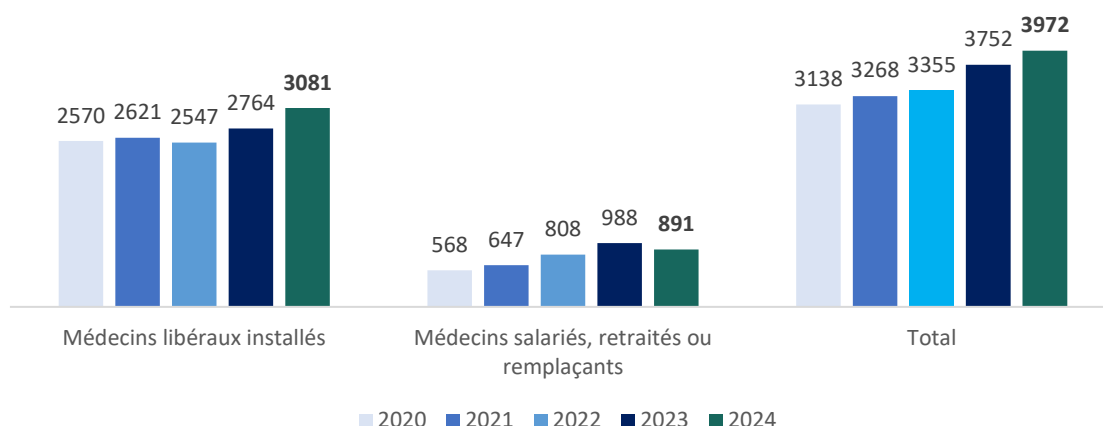
- L'organisation de la PDSA telle qu'elle est formalisée dans le cahier des charges régional de la PDSA est **réellement mise en œuvre dans 81%** des départements en 2023, contre **83%** en 2023.
- **13 ARS ont procédé à des modifications de l'organisation de la PDSA dans leur région, dont 6** qui ont procédé à une **révision** de leur cahier des charges de la PDSA en 2024 : la Bretagne, l'Occitanie, l'Île-de-France, la Corse, le Pays-de-la-Loire et la Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La régulation médicale

Poursuite de la hausse du nombre de médecins participant à la régulation libérale en 2024

- **Une évolution de 5,9 % du total des participants à la régulation par rapport à 2023** : le nombre de médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une **activité régulière** participant à la régulation a augmenté de **11,5%** par rapport à 2023 et le nombre des médecins **retraités, salariés ou remplaçants** a baissé de **9,8%**.

Effectifs des médecins ayant participé à la régulation libérale entre 2020 et 2024

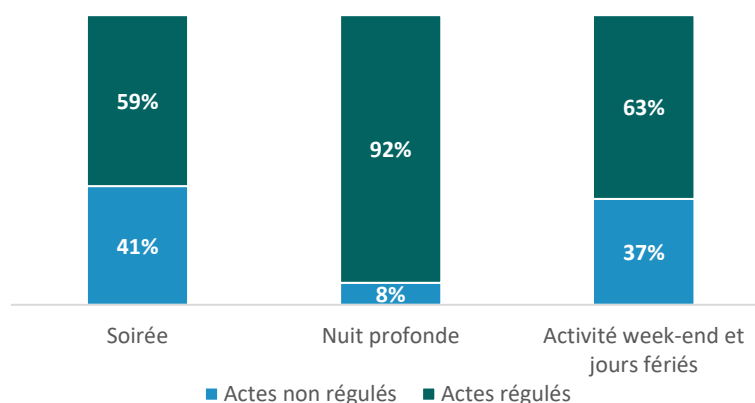


Numéro dédié à la PDSA : où en est-on en 2024 ?

- En 2024, le **116-117** était utilisé par **24 départements**, contre 15 en 2023.
- **45% des départements se disent favorables à la mise en place d'un numéro spécifique** dédié à la PDSA en 2024 (vs **39%** en 2023) pour désengorger le 15 et faciliter l'accès à la régulation pour les patients. **30%** des départements y sont défavorables (vs **35%** en 2023) 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

- **38% des actes réalisés en horaires de PDSA n'ont pas été cotés régulés en 2023**, soit 4% de plus qu'en 2022 selon les données de la CNAM. Ces données sont très variables selon les départements (min 1% et max 91%) et la plage horaire : l'absence de régulation est d'avantage observée en soirées et durant les week-ends et jours fériés.

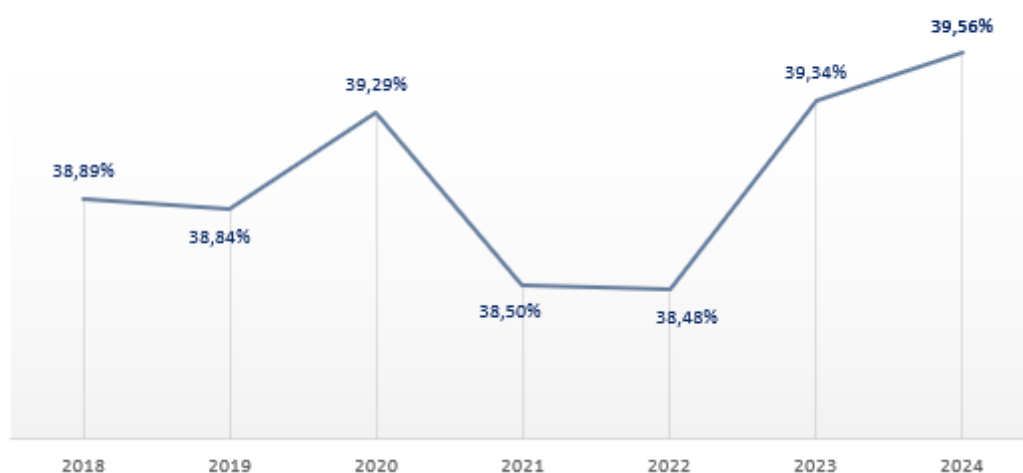


Participation des médecins à la PDSA : évolutions et profils des volontaires

Maintien de la participation des médecins généralistes à la PDSA

- **39,56%** des médecins généralistes (effecteurs + régulateurs) ont participé à la PDSA en 2024 contre 39,34% en 2023, **soit une légère hausse de 0,22%**. On a ainsi comptabilisé **26000** médecins volontaires pour **65727** médecins susceptibles de prendre une garde.

Evolution du taux de participation des médecins à la PDSA entre 2018 et 2024



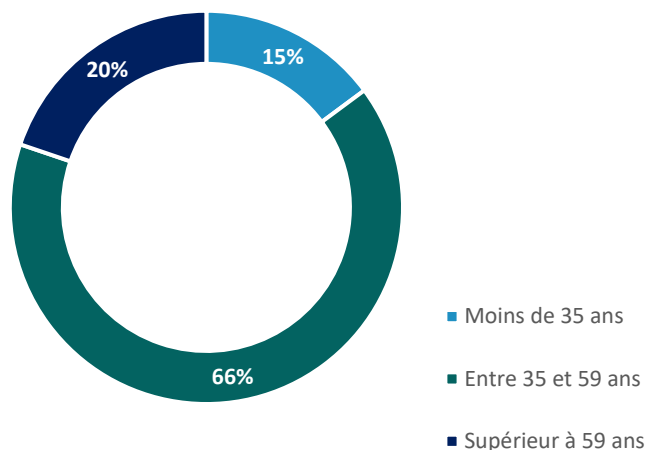
Couverture de territoires de PDSA

- **97%** des territoires **couverts** par un médecin de garde durant **les week-ends et jours fériés (identique à 2023)**
- **93%** des territoires **couverts** en **soirées (-3%)**
- **27%** en **nuits profondes (identique à 2023)**

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

Profil des médecins de garde

- **Poursuite de la baisse de l'âge moyen** des effecteurs de garde : passage de 45,2 à **45 ans**. **66%** des médecins de garde ont entre **35 et 59 ans** et **20%** ont **plus de 59 ans**.



- La PDSA est assurée à **87%** par des **médecins libéraux installés**, contre 88% en 2023, à **6%** par des **remplaçants** exclusifs et à **2%** par des **salariés** de centres de santé exclusifs.

Remplacements

- **23,1% des médecins de garde remplacés au moins une fois en 2024**, contre 24,1% 2023.
- **6,8%** des gardes remplacées au total contre 6,9% en 2023
- **Plus d'un remplaçant sur 2 est un étudiant (51%).**

Baisse du nombre de réquisitions

- Observées dans **38 départements** (contre 65 en 2023), 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 prolongés.

Effectation : resectorisations et effectation fixe

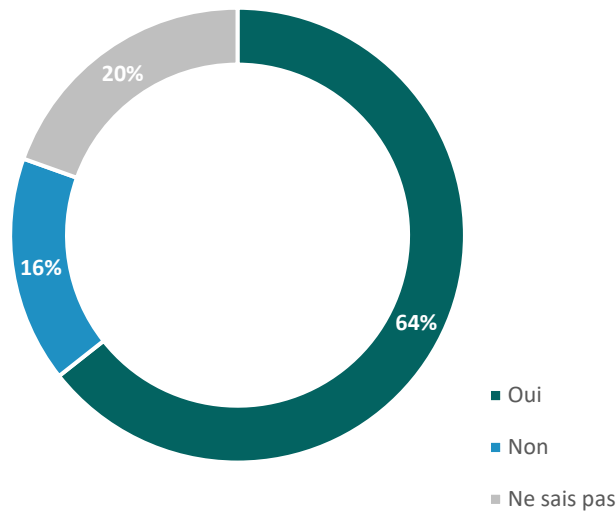
Tendance affirmée de réduction des territoires de PDSA en 2024

- La réduction du nombre de territoires de PDSA se poursuit en 2024 : **-4%** par rapport à 2023 en **soirées**, **-5%** les week-ends et jours fériés, et stable en nuit profonde.

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

- L'élargissement de la PDSA au samedi matin n'est effectif que pour **24 départements** pour la régulation en 2024 (**-5** par rapport à 2023) et dans 7 départements pour l'effectation également (**-3** par rapport à 2023). Cette diminution peut s'expliquer par le **déploiement progressif du Service d'accès aux soins (SAS)** sur le territoire.
- Cet élargissement est souhaité par **64%** des autres départements.

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



Effectation fixe : maintien du développement des sites dédiés

- Un dispositif généralisé : **90 départements** disposent d'un ou plusieurs sites dédiés à la PDSA (identique à 2023)
- Une hausse de **15 sites dédiés** par rapport à 2023.
- Des gardes sont encore réalisées au cabinet du médecin traitant dans **84%** des départements (+1% par rapport à 2023).
- **9** départements ont bénéficié de transports dédiés aux patients non-mobilisables vers les sites dédiés en 2024 (-3 par rapport à 2023).

PDSA en EHPAD : une amélioration encourageante

- **14 CDOM ont déclaré qu'il existait un dispositif spécifique**, la mise en place de médecins mobiles, la mise en place de protocoles entre l'EHPAD et le médecin effecteur ou la mise à disposition de chariots de télémedecine permettant la transmission d'informations médicales au médecin régulateur, soit **8 de plus qu'en 2023**.

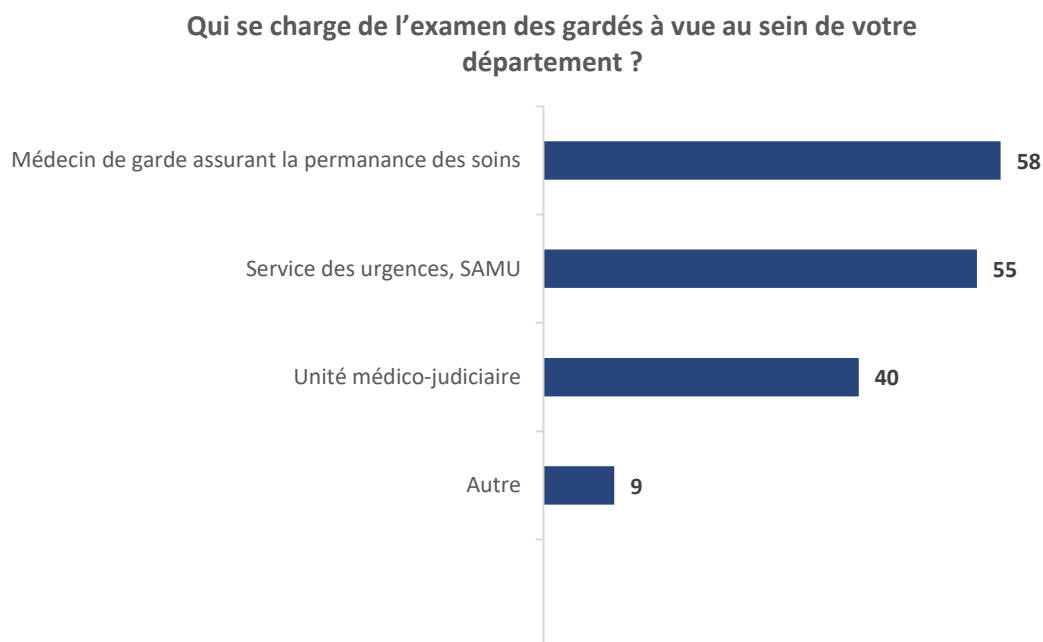
Actes médico-administratifs : difficultés rencontrées dans de nombreux départements

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

- **67%** de ces départements ont déclaré rencontrer des difficultés à ce sujet en 2024.
- **Un dispositif spécifique** a été mis en place dans **40** 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 **58 départements**
- Une **convention** a été établie dans **22** départements (-4 par rapport à 2023).
- Autorisation du recours à la **téléconsultation** pour les prolongations de garde à vue depuis **novembre 2024**



Activité des CDOM et place des associations de PDSA

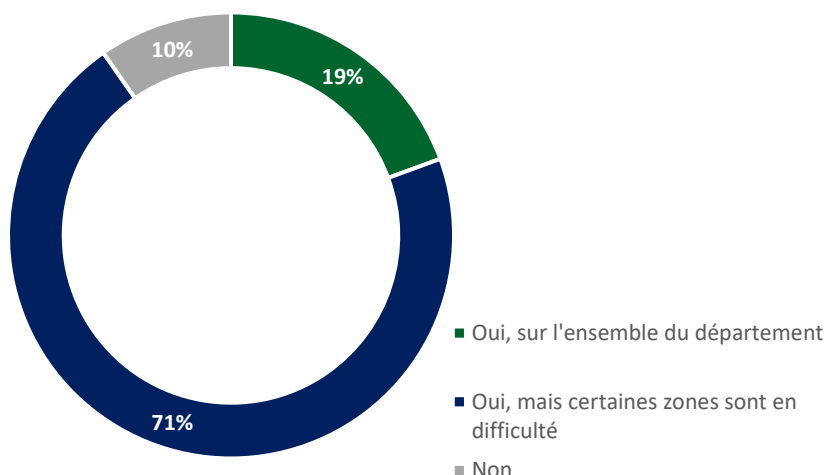
- Les CDOM participent à l'élaboration des tableaux de garde seuls ou en collaboration avec d'autres acteurs dans **16%** des départements pour l'effectif et **4%** pour la régulation ; ils participent par ailleurs **systematiquement** à leur compilation et validation.
- **32** CDOM ont reçu des **plaintes ou des signalements** en lien avec la PDSA (**10 de moins** qu'en 2023).
- **91** départements disposent d'une **ADOPS et/ou AMRL**
- **18%** des CDOM estiment que les **CPTS ont joué un rôle dans l'organisation de la PDSA** en 2023 (+4% par rapport à 2023).

Constats et perspectives des CDOM

- **20** CDOM estiment que la PDSA fonctionne de **manière optimale dans l'ensemble** de leur département

- **73** CDOM considèrent que la PDSA fonctionne bien mais que certaines zones sont en difficulté
- **10 CDOM** considèrent qu'elle ne fonctionne pas correctement

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



Des difficultés de fonctionnement selon les CDOM à cause :

- Du **déclin de la démographie médicale** pour **86%** des CDOM (vs 90% en 2023) ;
- De **l'implication des médecins** pour **55%** des CDOM (vs **65%** en 2023). Selon les CDOM, cette baisse d'implication serait due à :
 - o Une activité trop faible sur certains secteurs (**72%**) ;
 - o L'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (**63%**) ;
 - o Une activité trop importante hors horaires de PDSA (**48%**) ;
 - o Une activité trop importante sur certains territoires (**33%**) ;
 - o La présence d'autres acteurs en horaires de PDSA (**26%**).

Des problématiques organisationnelles également mises en cause du fait :

- De facteurs **géographiques** compliquant les déplacements (**70%**) ;
- De problématiques liées à des **resectorisations** induisant une augmentation des distances à parcourir pour les médecins (**68%**) ;
- D'une **insuffisance de moyens** alloués par l'ARS (**58%**).

Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

- **Pour renforcer l'implication des médecins :**
 - o Des mesures **financières** incitatives, proposées par **59** CDOM
 - o Le renforcement de la participation des **étudiants** et médecins **salariés** (**44**) ;
 - o Le renforcement de la **sécurité** (**38**) ;
 - o Discussion sur la notion de **volontariat** (**33**) ;
 - o La **suppression** des gardes sur certains créneaux (**24**).

- **Pour améliorer le fonctionnement de la PDSA :**
 - La mise en place de **transports dédiés (51)** ;
 - Des actions de **communication** auprès du grand public et des médecins libéraux (**41**) ;
 - Le développement de **points fixes** de consultation (**38**) ;
 - Une **restructuration** des secteurs de gardes (**26**) ;
 - La mise en place d'aides à la création et développement des **ADOPS (10)**.

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

