

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 2025



Remerciements

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

- Les 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 ;
- Les 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.....	5
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	6
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.....	7
a. Données CNAM	7
b. Données Ordigard.....	8
III. Introduction.....	9
IV. Résultats de l'enquête	10
1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2025	10
1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM	10
1.2. Révisions des cahiers des charges régionaux de la PDSA	13
2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2025	17
2.1 La régulation médicale	17
a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA	17
b. Régulation déportée et visiorégulation	18
c. Déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA : le point de vue des CDOM	18
d. La part des actes non-régulés	20
e. La participation des médecins libéraux à la régulation médicale	25
f. Front de garde de la régulation libérale	27
g. Rémunération de la régulation	28
h. Données d'activité de la régulation libérale	30
2.2 L'effectif.....	31
a. Evolution des territoires de PDSA	31
b. Couverture des territoires de PDSA et « zones blanches »	33
c. Effectif fixe : poursuite du développement des sites dédiés.....	37
d. Système d'acheminement des patients vers l'effectif fixe.....	39
e. Effectif mobile et prise en charge des visites incompressibles.....	39



f.	Rémunération de l'effectif.....	42
2.3	Modification des horaires de permanence des soins	44
a.	Extension des horaires de PDSA au samedi matin	44
b.	Horaires adaptés en soirées	46
2.4	La participation des médecins à la permanence des soins en effectif et régulation	47
a.	Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA	47
b.	Profils des médecins de garde	51
c.	Remplacement.....	55
d.	Exemptions et réquisitions	56
2.5	Mise en place du service d'accès aux soins et PDSA	57
3.	Prises en charge en EHPAD et réalisation des actes médico-administratifs dans le cadre de la PDSA	60
3.1	La PDSA en EHPAD	60
3.2	PDSA et Hospitalisation à domicile	61
3.3	Établissement des certificats de décès.....	61
3.4	Examen des gardés à vue.....	65
4.	Rôle et activité des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins	67
4.1	Tableau de garde	67
a.	Élaboration.....	67
b.	Utilisation des logiciels Ordigard et PGarde	68
4.2	Plaintes et courriers reçus.....	71
4.3	Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins et participation des CPTS à l'organisation de la PDSA.....	72
a.	Associations de PDSA	72
b.	Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).....	72
5.	Permanence des soins ambulatoires spécialisée hors médecine générale	73
6.	Partenariat ville-hôpital	74
7.	Constats et perspectives.....	75
7.1.	Dysfonctionnements de la PDSA relevés par les conseils départementaux	75
a.	Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA par les CDOM.....	75
b.	Causes des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM.....	76
c.	Les problématiques liées à la démographie médicale	77
d.	Les problématiques liées à l'implication des médecins.....	78
e.	Les problématiques d'ordre organisationnel	80
7.2.	Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux.....	81
7.3.	Initiatives et expérimentations	83
V.	Conclusion.....	85



VI.	Index des illustrations	86
	Graphiques	86
	Cartographies	87
	Tableaux.....	87
VII.	Glossaire	88
VIII.	Annexes.....	90
	1. Tableau du front de garde de régulation libérale réalisé à partir des dernières versions des cahiers des charges régionaux de la PDSA	90
	2. Déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA.....	95
	3. Questionnaire PDSA 2025 soumis aux CDOM	98



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.

II. Méthodologie

L'état des lieux national sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) pour l'année 2025 a été élaboré à partir de l'enquête transversale annuelle menée auprès des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), de l'exploitation de données existantes (Ordigard, Ordinal, Caisse Nationale d'Assurance Maladie), de l'analyse 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 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

1. Enquête menée auprès des CDOM

1.1. Conception de l'enquête

L'état des lieux s'appuie principalement sur les résultats du 23^{ème} volet d'une enquête transversale annuelle conçue et menée par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Cette enquête vise à faire un état des lieux annuel de 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 la reconduisant chaque année, 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 43 questions et 54 sous-questions réparties en 4 volets distincts (cf. annexe 3) :

- Les évolutions du cahier des charges régional de la PDSA et de sa déclinaison départementale ;
- La permanence des soins sur le terrain en 2025 ;
- La permanence des soins 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 25 novembre 2025 auprès de l'ensemble des présidents des CDOM sous forme de questionnaire auto-administré accessible en ligne. Le délai pour y répondre était initialement fixé au 19 décembre 2025. Une relance a été réalisée auprès des non-répondants le 6 janvier 2026. Au total, 103 CDOM⁴ ont participé.

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.

⁴ Soit les 101 CDOM de métropole et d'Outre-mer et les organes de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française.

2. Exploitation de données existantes

2.1. Données exploitées

En sus des données recueillies auprès des CDOM, certains points ont été enrichis par des données provenant 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 présentée sans mention explicite de 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 96 départements sur 101.

Le mode de calcul défini a été le suivant :

Médecins ayant participé à la PDSA en 2025 (numérateur) : médecins ayant été inscrits à au moins une garde (effectif et/ou régulation) au cours de l'année 2025 en tant que titulaire ou remplaçant et ayant ou non réalisé une garde ;

Médecins susceptibles de participer à la PDSA en 2025 (dénominateur) : ensemble des médecins généralistes ayant une activité libérale de titulaire de cabinet, de collaborateur ou d'associé de société d'exercice libéral (SEL) ou de société civile professionnelle (SCP), de régulateur, une activité de remplacement libéral, une activité en centre de santé. Les médecins exemptés sur l'ensemble de la période apparaissant dans cette base ont été exclus.

2.3. Limites des données présentées

a. Données CNAM

Les données de la CNAM ne portent pas sur l'année 2025 mais sur l'année 2024. 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 PGarde⁵, 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 2025, 96 conseils départementaux sur 101 ont utilisé Ordigard⁶ sur l'année complète, couvrant ainsi 95,3% 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.

⁵ Outil de paiement des astreintes fourni et administré par l'Assurance Maladie utilisé en 2025. Depuis février 2026, les paiements sont gérés par Pégase, le nouvel outil de paiement administré par l'Assurance Maladie.

⁶ En 2025, sur 101 départements : 5 n'utilisaient aucun des deux logiciels, 96 utilisaient Ordigard et 95 départements utilisaient Ordigard couplé à PGarde. Les 5 départements non représentés par la base Ordigard/PGarde pour l'ensemble de l'année 2025 sont : le Calvados, la Loire-Atlantique, la Mayenne, la Guadeloupe et Mayotte.

III. Introduction

Ce rapport présente la 23^e édition de l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale réalisé par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Cette enquête nationale repose sur la mobilisation de l'ensemble des CDOM, dont les contributions ont permis de mieux appréhender l'organisation de la permanence des soins dans leurs territoires ainsi que les principales difficultés rencontrées sur le terrain.

Les données recueillies, principalement déclaratives, ont été complétées par des données objectivantes : des 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 chargées de l'organisation de la permanence des soins, et l'Association comtoise de régulation libérale.

L'année 2025 a été marquée par un renforcement de la participation des médecins dans le dispositif de PDSA, ainsi que par une hausse de leur implication dans la régulation médicale des appels, qu'il s'agisse de médecins libéraux, salariés, remplaçants ou retraités.

Le rapport révèle également une amélioration de la couverture du territoire national, atteignant 98 % de territoires couverts par un médecin de garde durant les week-ends et jours fériés, ainsi qu'une diminution des zones blanches sur ces périodes. Les tendances observées les années précédentes se sont poursuivies en 2025 : expansion des sites dédiés à la PDSA, baisse de l'âge moyen des médecins impliqués et poursuite de l'augmentation de la part des femmes participant au dispositif.

Cette enquête a également révélé une progression de l'appréciation du bon fonctionnement de la PDSA par les CDOM : 99 d'entre eux, sur les 103 interrogés, estimaient que le dispositif avait correctement rempli sa mission en 2025 sur tout ou partie de leur département. Pour autant, certains enjeux persistent, notamment ceux liés à la démographie médicale, aux secteurs de garde de plus en plus étendus, à la surcharge de travail des médecins en dehors des horaires de PDSA et aux problèmes d'insécurité auxquels ils peuvent être confrontés durant leurs gardes, susceptibles de freiner leur implication au sein du dispositif.

Ces constats offrent ainsi une vision d'ensemble des évolutions de la permanence des soins ambulatoires en 2025 sur l'ensemble du territoire national et nous encouragent à poursuivre l'analyse des actions engagées comme des leviers encore disponibles pour continuer à faire progresser le dispositif.

IV. Résultats de l'enquête

1. Evolutions de l'organisation de la PDSA en 2025

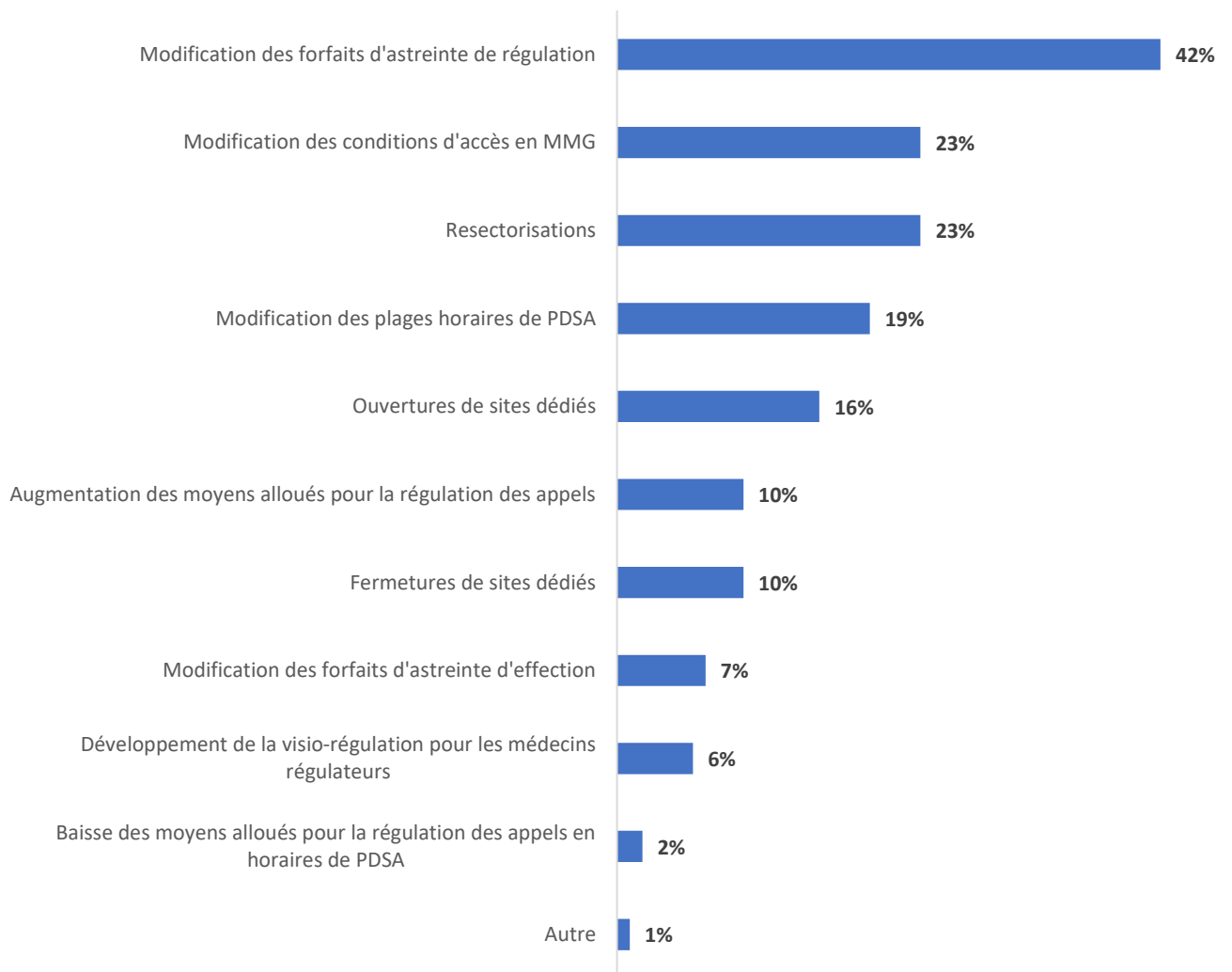
1.1. Changements organisationnels déclarés par les CDOM

Dans le cadre de cette enquête, l'ensemble des conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) ont été interrogés afin de rendre compte de l'évolution de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) au sein de leurs territoires. 86 % de ces CDOM ont ainsi déclaré avoir connu des modifications de cette organisation au cours de l'année 2025, contre 75 % l'année précédente.

Les principales évolutions rapportées par les CDOM en 2025, classées selon la fréquence à laquelle elles ont été citées, sont présentées ci-après :

- La modification des forfaits d'astreinte de régulation ;
- Des modifications de conditions d'accès en maisons médicales de garde (MMG) ;
- Des resectorisations ;
- Des modifications de plages horaires de PDSA ;
- L'ouverture de sites dédiés à la PDSA, de type MMG ou autres points fixes de consultation ;
- L'augmentation des moyens alloués pour la régulation des appels de PDSA ;
- La fermeture de sites dédiés ;
- La modification des forfaits d'astreinte d'effectif ;
- Le développement de la visio-régulation pour les médecins régulateurs ;
- La baisse des moyens alloués pour la régulation des appels en horaires de PDSA.

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

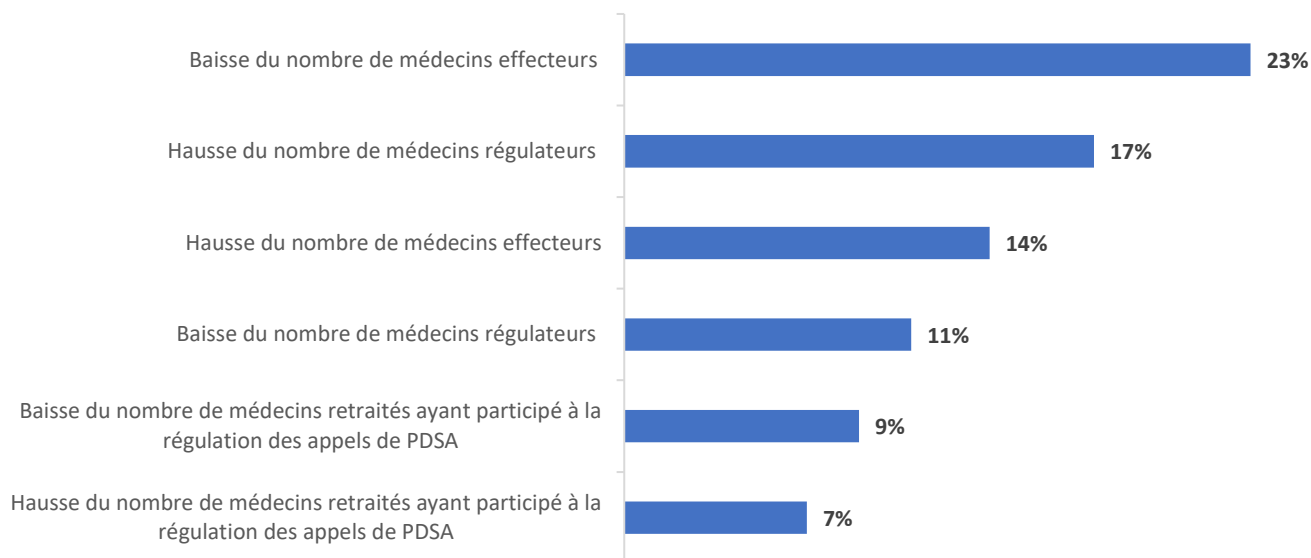


Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

Un CDOM a également fait mention du renforcement de la sécurité des MMG dans son département notamment par le déploiement de système de vidéosurveillance et de dispositifs d'alerte pour travailleurs isolés (voir section « Autre » dans le graphique 1).

Par ailleurs, les CDOM ont fait état d'évolutions de la composition des effectifs des médecins ayant participé à la PDSA en tant qu'effecteurs ou régulateurs.

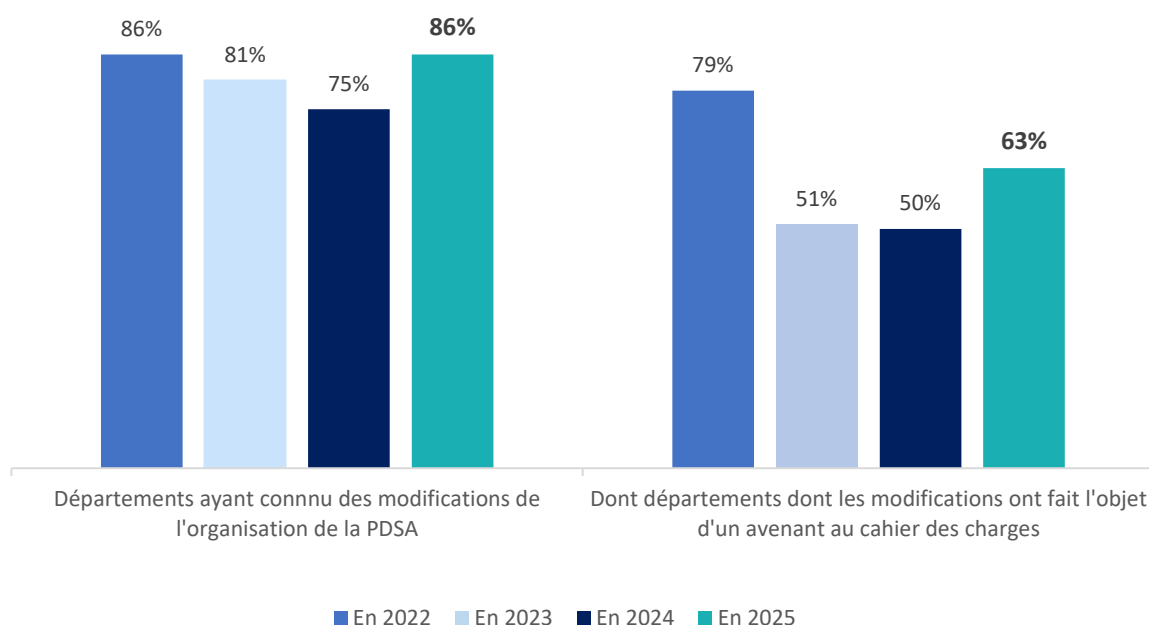
Graphique 2 – Evolution des effectifs des médecins participant à la PDSA selon les CDOM en 2025



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

Parmi les départements ayant signalé des changements dans l'organisation de la PDSA en 2025, 63 % d'entre eux ont déclaré que ces modifications ont été officialisées par le biais d'un avenant au cahier des charges régional, contre 50 % en 2024.

Graphique 3 – Evolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2022 et 2025



Source : CNOM, Enquêtes PDSA 2022, 2023, 2024 et 2025

1.2. Révisions des cahiers des charges régionaux de la PDSA

Une version actualisée du cahier des charges a été publiée dans trois régions au cours de l'année 2025, contre six en 2024. Il s'agit de l'Île-de-France, de la Bretagne et la Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les principales évolutions introduites dans les cahiers des charges sont les suivantes :

- En **Île-de-France**, le cahier des charges régional de la PDSA a été révisé en 2025 pour inclure plusieurs évolutions parmi lesquelles :
 - La revalorisation des forfaits d'astreinte de la régulation pour l'ensemble du département ;
 - Des renforts temporaires des lignes de garde de régulation à Paris et en Seine-et-Marne ;
 - La mise en place d'un accès régulé dans tous les départements de la région ;
 - La fermeture des MMG de Noisy-le-Grand en Seine-Saint-Denis, de Chaumontel dans le Val-d'Oise ainsi que la fermeture du point fixe de Clichy dans les Hauts-de-Seine.

- En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, une version actualisée du cahier des charges régional de la PDSA a été publiée en 2025, intégrant notamment les modifications suivantes :
 - Des resectorisations dans les Alpes-de-Haute-Provence, dans les Hautes-Alpes et les Bouches-du-Rhône ;
 - La reprise d'activité de la MMG de Digne-les-Bains dans les Alpes-de-Haute-Provence, la création de la MMG de Roquefort-les-Pins dans les Alpes-Maritimes et la fermeture de trois MMG dans le Var, plus précisément à Saint-Maximin-la-Sainte-Baume, au Luc et au Beausset ;
 - La création d'une ligne de garde d'effection de renfort en téléconsultation dans les Alpes-Maritimes, principalement destinée aux personnes âgées lorsque les déplacements vers les points fixes de consultation peuvent être évités

- En **Bretagne**, des évolutions de l'organisation de la PDSA ci-dessous ont été introduites au cours de l'année 2025 :
 - Le renfort de gardes de régulation en nuit profonde en Ille-et-Vilaine ;
 - La fermeture des MMG de Concarneau dans le Finistère et de la MMG de Quiberon dans le Morbihan.

Des travaux seront également engagés au cours de l'année 2026 en prévision d'une prochaine révision du cahier des charges régional de la PDSA.

En 2025, 13 autres régions ont connu des évolutions de l'organisation de la PDSA, mises en œuvre ou initiées, sans que le cahier des charges régional n'ait été révisé au cours de l'année.

- En **Occitanie**, un cahier des charges avait été publié en 2024 pour couvrir la période de 2024 à 2028, et des évolutions de l'organisation de la PDSA ont également eu lieu au cours de l'année 2025 :
 - Des resectorisations dans l'Aveyron, dans l'Hérault et dans les Hautes-Pyrénées ;
 - L'ouverture de la MMG du Grau du Roi dans le Gard.
- En **Guadeloupe**, l'organisation de la PDSA n'a pas évolué au cours de l'année 2025 mais deux enquêtes quantitatives et qualitatives ont été menées sur le territoire dans la perspective d'une prochaine révision du cahier des charges régional ;
- En **Martinique**, le cahier des charges n'a pas connu d'évolution au cours de l'année 2025, toutefois des travaux ont été engagés pour renforcer l'interopérabilité entre les différents acteurs de PDSA et préparer une prochaine révision du cahier des charges régional ;
- En **Auvergne-Rhône-Alpes**, le cahier des charges n'a pas été refondu en 2025, mais l'organisation de la PDSA a connu plusieurs évolutions au cours de l'année 2025 :
 - Des redéfinitions de secteurs en Ardèche, dans la Drôme et la Loire ;
 - Des modifications de plages horaires de PDSA dans l'Isère, la Loire, le Rhône et en Savoie ;
 - L'ouverture de la MMG Sud Voironnais dans l'Isère, de la MMG de Pierrelatte dans la Drôme et d'une antenne SOS Médecins à Aix-les-Bains, ainsi que la fusion de deux MMG du groupement Lyon Nord à Fontaines-sur-Saône ;
 - Des renforts de gardes de régulation ponctuels dans l'Ain, et permanents le week-end dans l'Ain et la Drôme.
- En **Corse**, et plus particulièrement en Haute-Corse, une nouvelle MMG a été créée à Biguglia et des renforts de garde de d'effecton ont été mis en place ;
- A la **Réunion**, des travaux ont été engagés au cours de l'année 2025 en prévision d'une prochaine refonte du cahier des charges régional de la PDSA ;

- En **Nouvelle-Aquitaine**, plusieurs évolutions de l'organisation ont été observées en 2025 :
 - L'ajout d'une ligne de garde d'effectif dans un territoire de Gironde ;
 - Des resectorisations en Charente-Maritime et dans la Creuse.

- Dans les **Hauts-de-France**, plusieurs ajustements de l'organisation de la PDSA ont été mise en œuvre au cours de l'année 2025 :
 - La revalorisation du tarif horaires des astreintes de régulation dans l'ensemble de la région ;
 - La mise en place d'un accès régulé aux MMG dans tous les départements ;
 - La création de la MMG CHRISO dans le Pas-de-Calais ;
 - La fermeture de la MMG Laon dans l'Aisne et de la MMG de Corbie dans la Somme ;
 - Des renforts de garde de régulation dans le Nord, dans l'Oise et le Pas-de-Calais, ainsi que le renfort d'une garde d'effectif en nuit profonde dans l'Oise ;
 - Une resectorisation dans l'Oise.

- En **Centre-Val de Loire**, un arrêté modificatif a été publié au cours de l'année 2025 afin d'entériner la revalorisation des rémunérations horaires des gardes de régulation dans l'ensemble de la région. Par ailleurs, des travaux ont été engagée en prévision de la publication d'un nouveau cahier des charges en 2026.

- En **Normandie**, l'organisation de la PDSA a connu plusieurs évolutions au cours de l'année 2025 :
 - Le doublement d'une ligne de garde d'effectif et le doublement d'une ligne de garde de régulation dans la Manche ;
 - La revalorisation du tarif horaires des astreintes de régulation dans l'ensemble de la région.

Il est par ailleurs prévu qu'un nouveau cahier des charges régional de la PDSA en Normandie soit publié au cours de l'année 2026.

- Dans le **Pays de la Loire**, l'organisation de la PDSA a été marquée par la mise en œuvre de plusieurs développements :
 - Des renforcements permanents des gardes de régulation en Loire-Atlantique et en Mayenne ;

- Des modifications de plages horaires de PDSA dans le Maine-et-Loire et dans la Sarthe ;
- Des resectorisations en Loire-Atlantique.
- Dans le **Grand Est**, plusieurs évolutions ont été apportées à l'organisation de la PDSA en 2025 :
 - La revalorisation du tarif horaire des astreintes de régulation dans l'ensemble de la région ;
 - La revalorisation des forfaits d'astreinte d'effectif, par voie expérimentale, dans l'attente de la publication d'un nouveau cahier des charges, en fonction du type de garde (fixe, mobile ou mixte), dans le Bas-Rhin et en Meurthe-et-Moselle ;
 - Des resectorisations dans la Marne, dans le Bas-Rhin et en Meurthe-et-Moselle ;
 - Des modifications de plages horaires de PDSA, ainsi que l'ouverture d'une nouvelle MMG dans le Bas-Rhin.

La publication d'un nouveau cahier des charges régional de la PDSA est prévue au cours de l'année 2026 pour la région Grand Est.

- En **Bourgogne-Franche-Comté**, plusieurs arrêtés modificatifs du cahier des charges de la PDSA ont été publiés au cours de l'année 2025 afin d'acter les évolutions suivantes :
 - La revalorisation du tarif horaire des astreintes de régulation en Côte-d'Or, dans la Nièvre, le Doubs, le Jura, la Haute-Saône, la Saône-et-Loire et le Territoire de Belfort ;
 - Des modifications de plages horaires de PDSA dans le Doubs et le Jura,
 - Des resectorisations en Saône-et-Loire ;
 - La mise en place d'un renfort de garde d'effectif dans le Jura ;
 - L'ouverture de la MMG de Besançon dans le Doubs et de la MMG d'Auxerre dans l'Yonne.

Aucune évolution de l'organisation de la PDSA, en cours ou à venir, n'a été rapportée en Guyane. La région de Mayotte, quant à elle, ne dispose pas de cahier des charges régional de la PDSA.

2. La permanence des soins ambulatoires sur le terrain en 2025

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 que « *L'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires [...] fait l'objet d'une **régulation médicale** téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, via le numéro national de permanence des soins (116 117) ou le numéro national d'aide médicale urgente (15) »⁷.*

a. Organisation de la régulation médicale en horaires de PDSA

En 2025, la régulation médicale des appels de PDSA s'appuie principalement sur une organisation exclusivement départementale, comme le déclarent 83 % des CDOM interrogés dans le cadre de l'enquête. Elle peut également être assurée par une organisation interdépartementale, mentionnée dans 8 % des départements, ou encore par une organisation régionale, observée dans 7 % des cas.

Les modalités d'accès à la permanence des soins ambulatoires peuvent différer selon les départements. Elles peuvent être propres à la PDSA ou identiques à celles appliquées pour la régulation de l'aide médicale urgente (AMU). Dans tous les cas, l'accès à la régulation doit demeurer gratuit sur l'ensemble du territoire, conformément aux dispositions de 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 2025, différentes modalités d'accès à la régulation médicale des appels en horaires de PDSA ont été recensées par les CDOM :

- Le **15** demeure le principal numéro d'accès à la régulation médicale de la PDSA, comme les années précédentes. Ce numéro a été identifié comme point d'accès au régulateur de PDSA dans 88 départements, dont 64 départements où il constitue le numéro unique d'accès au dispositif.
- Le **116-117**, qui permet d'aboutir à un dispositif de régulation médicale propre à la PDSA, est utilisé dans 26 départements, soit 2 de plus qu'en 2024. C'est le cas notamment dans le Cantal, dans l'Eure, en Haute-Garonne ou encore dans la Sarthe.
- La régulation des appels de PDSA peut être assurée par un numéro d'association de permanence des soins, de type **SOS Médecins**, comme cela a été observé dans 11 départements, tels que la Seine-et-Marne ou la Loire-Atlantique.

⁷ Article [R6315-3](#) du Code de la Santé Publique en vigueur en 2024 - Légifrance

- L'accès à la régulation des appels en horaires de PDSA peut également passer par un **numéro départemental** ou **régional spécifique**, comme c'est le cas dans 6 départements, parmi lesquels la Pas-de-Calais ou le Jura notamment.

Dans certains départements, plusieurs numéros peuvent coexister pour permettre d'accéder à la régulation médicale de la PDSA : 79 départements disposent d'un numéro unique, tandis que 24 en déclarent entre deux et trois distincts.

Il convient également de rappeler l'existence du numéro d'urgence **114**, encore peu connu du grand public. Ce service, gratuit et disponible 24h/24 et 7j/7, est destiné aux personnes sourdes, malentendantes, aveugles ou aphasiques. Il permet de contacter les secours les plus proches grâce à un système complet de communication (visio, texte, voix, images) via SMS, internet ou l'application « Urgence 114 »⁸.

b. Régulation déportée et visiorégulation

Les médecins régulateurs peuvent, conformément à la réglementation, assurer la régulation médicale des appels de la PDSA à distance, depuis leur cabinet ou leur domicile. Cette pratique, appelée « régulation déportée », nécessite la signature d'une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente, conformément à l'article R6315-3 du Code de la santé publique⁹.

En 2025, 29 CDOM ont indiqué que cette disposition était mise en œuvre en pratique dans leur département, soit 3 de plus qu'en 2024. Cette approche permet de favoriser la participation des médecins, notamment dans des situations où les contraintes géographiques sont fortes (zones isolées, territoires étendus) ou en anticipation de pics d'activité (fermeture de services d'urgence en période estivale, mouvements de grève, etc.).

Par d'exemple, cette pratique a été adoptée dans l'Allier, où certains médecins régulateurs résident à plus d'une heure du centre de régulation, ainsi que dans l'Aveyron, où elle a permis de favoriser la participation de nouveaux médecins à la régulation des appels de la PDSA. La mise en œuvre de la régulation déportée s'accompagne généralement d'une formation à un logiciel dédié, garantissant la sécurisation et l'enregistrement des échanges.

L'enquête menée auprès des CDOM s'est également penchée sur l'usage de la visio-régulation. Cette pratique permet au médecin régulateur d'initier un appel vidéo avec l'appelant pour une levée de doute, par exemple en observant une plaie ou en évaluant l'état respiratoire d'un patient. En 2025, la visio-régulation a été utilisée dans 29 départements, soit 6 de plus que l'année précédente, illustrant l'essor de cette pratique.

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

Interrogés sur la mise en place d'un numéro dédié pour joindre la régulation de la PDSA (116-117 ou numéro local), 37 % des CDOM ont indiqué être favorables à cette mesure, soit une baisse de 8 points par rapport à l'année précédente.

Pour les CDOM qui soutiennent cette mesure, la mise en place d'un numéro unique dédié aux appels liés à la PDSA permettrait de mieux distinguer les demandes urgentes des sollicitations non urgentes. Cette distinction contribuerait à améliorer l'organisation et l'efficacité de la

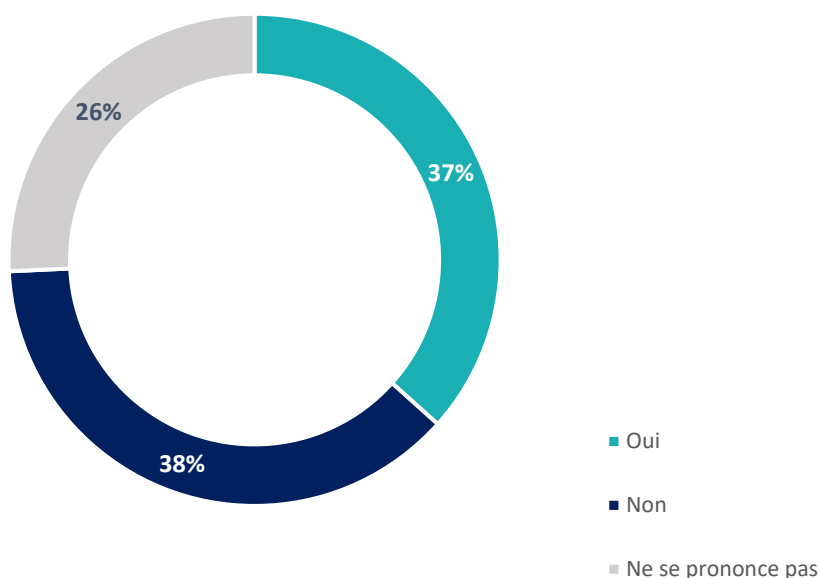
⁸ <https://www.info.urgence114.fr/documentations-et-ressources/>

⁹ Article [R6315-3](#) du Code de la santé publique – Légifrance

régulation et à désengorger le 15 des appels non urgents, réduisant ainsi les délais de réponse pour les urgences vitales. Ils indiquent également qu'un numéro national unique offrirait une meilleure lisibilité pour les patients, notamment pour ceux qui hésitent à appeler le 15 pour des motifs non urgents ou pour ceux qui ne connaissent pas les numéros locaux dédiés à la PDSA. Comme le souligne le CDOM de la Lozère, « *Le numéro départemental est souvent mal connu des touristes et de certains lozériens, entraînant des appels au 15 pour des motifs relevant de la PDSA et allongeant les délais de prise en charge des urgences vitales.* »

La part des CDOM opposés à la mise en place d'un numéro spécifique pour la régulation médicale de la PDSA s'établit à 38 % en 2025, enregistrant une augmentation de 8 points par rapport à 2024. Ces CDOM considèrent que le 15 est suffisamment efficient et qu'il est largement connu du grand public, qui en a l'usage depuis de nombreuses années. Ils redoutent également que la multiplicité des numéros n'entraîne une confusion auprès de la population et des erreurs d'orientation, estimant qu'une levée de doute par la régulation médicale demeure nécessaire, comme l'exprime le CDOM de la Vienne : « *Différencier les numéros reviendrait à laisser les appelants définir eux-mêmes leur besoin médical. Or, la distinction entre urgence médicale (vitale ou fonctionnelle) et demande de conseil ou de soins non programmés de médecine générale relève du médecin régulateur.* ». Certains CDOM estiment par ailleurs la nécessité de maintenir une collaboration et une coordination entre les régulateurs libéraux et les régulateurs du CCRA 15, comme le rappelle le CDOM de Seine-et-Marne : « *Le choix de la gestion unique par le 15 a été fait et entraîne dans le 77 une forte implication des médecins libéraux en raison d'une organisation entre confrères. Changer ce qui fonctionne ne semble pas optimal.* »

Graphique 4 – Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la PDSA en 2025¹⁰



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

¹⁰ Le total est différent de 100% en raison des arrondis

d. *La part des actes non-régulés*

Les actes médicaux réalisés pendant les horaires de la PDSA sont soumis à une régulation médicale préalable. Toutefois, sur le terrain, l'absence de régulation demeure une réalité pour diverses raisons.

Certains médecins réalisent des actes médicaux durant les plages horaires de la PDSA sans être identifiés comme effecteurs sur le tableau de garde. Il est notamment observé que de nombreux médecins acceptent de recevoir des patients les sollicitant directement pendant ces périodes, en dehors du cadre organisationnel défini par le cahier des charges régional et en l'absence de régulation médicale.

Par ailleurs, l'organisation définie par le cahier des charges de la PDSA peut, dans certains cas, autoriser la réalisation d'actes sans régulation médicale préalable, notamment dans les territoires où les patients peuvent accéder de manière autonome aux maisons médicales de garde ou à d'autres structures dédiées à la PDSA. Ainsi, en 2025, parmi les départements disposant de sites identifiés comme assurant la PDSA, 50 % des CDOM ont indiqué que ces sites étaient accessibles sans régulation préalable, un chiffre qui a baissé de 10 points par rapport à 2024.

A cet égard, la circulaire relative à l'organisation des MMG relativisait le principe légal imposant une régulation médicale préalable à tout acte réalisé en horaires de PDSA. Elle précisait en effet 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 devant être privilégié comme numéro d'appel. Toutefois, un accès direct peut être autorisé en fonction de la situation locale.* ».

Il n'est pas exclu que certains actes de PDSA aient pu être déclarés comme régulés sans l'être réellement par le passé, en raison de la tolérance de l'Assurance Maladie et de l'ARS sur ce point, notamment dans les MMG où les patients pouvaient accéder librement aux consultations.

La convention médicale de 2024-2029¹¹ de l'Assurance maladie a toutefois levé cette ambiguïté en établissant que, dès le 1^{er} janvier 2025, seuls les actes préalablement régulés ouvriraient droit aux majorations de PDSA : « *Les consultations et visites non régulées, réalisées aux horaires de PDSA, bénéficient d'une majoration MHP [...]. **Cette majoration n'est pas cumulable avec les majorations de PDSA pour les actes régulés mentionnées à l'article 22-3 et pour les actes aux horaires PDSA non régulés visées à l'article 14 (F, MN, MM) et les majorations MDD et MDN de l'article 14.2 de la NGAP.*** »¹².

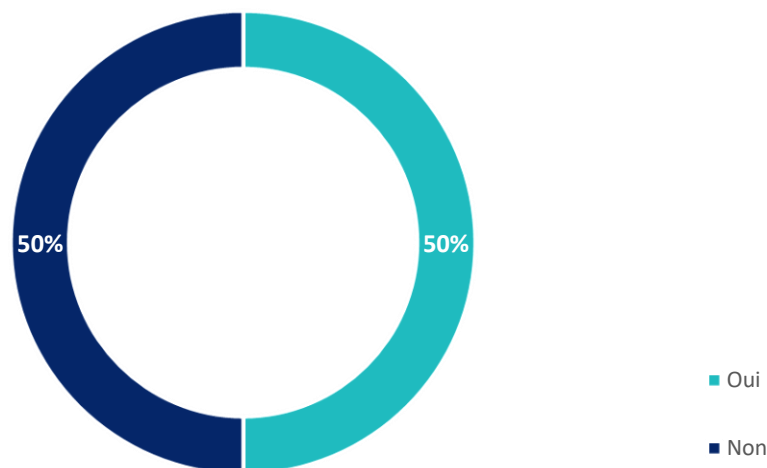
Sur le terrain, l'application de cette obligation de régulation préalable pour bénéficier des majorations a entraîné la cessation d'activité de plusieurs MMG, comme cela a été constaté notamment en Seine-Saint-Denis et en Haute-Corse.

¹¹ [Convention 2024-2029 de l'Assurance Maladie](#)

¹² [CIRCULAIRE CIR-32/2024](#)

Graphique 5 – Proportion de départements au sein desquels les patients ont la possibilité d'accéder aux sites dédiés à la PDSA sans régulation préalable

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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

Les données transmises par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) indiquent qu'en 2024¹³, 41 % des actes réalisés durant les plages horaires de la PDSA n'ont pas fait l'objet d'une régulation médicale, soit une hausse de 3,4 points par rapport à 2023.

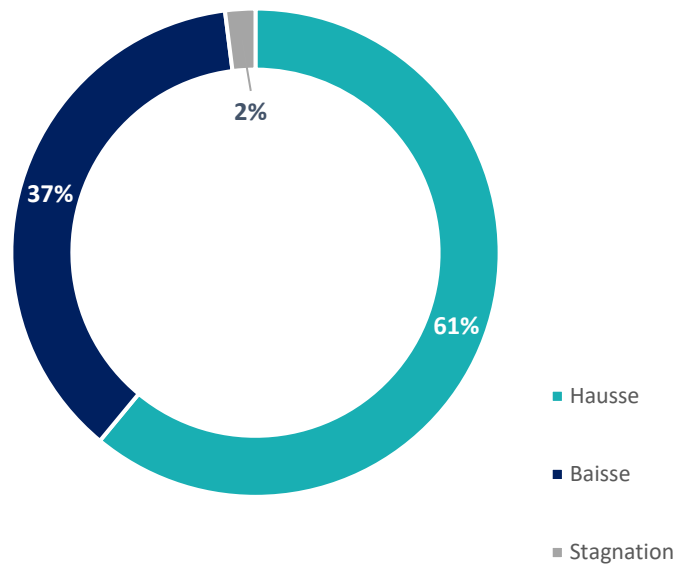
La proportion d'actes cotés comme non régulés a augmenté dans 61 départements, parmi lesquels 9 ont enregistré une progression supérieure à 10 points : la Seine-Saint-Denis, le Loiret, le Finistère, la Charente, la Creuse, le Puy-de-Dôme, les Alpes-de-Haute-Provence, les Alpes-Maritimes et la Meuse où cette proportion a augmenté de 25 points.

À l'inverse, cette part a diminué dans 37 départements, avec une baisse supérieure à 5 points pour 6 d'entre eux : l'Essonne, l'Yonne, la Corrèze, la Dordogne, l'Allier et l'Oise où la proportion d'actes non régulés a reculé de 14 points.

La proportion d'actes cotés comme non régulés est demeurée stable dans 2 départements.

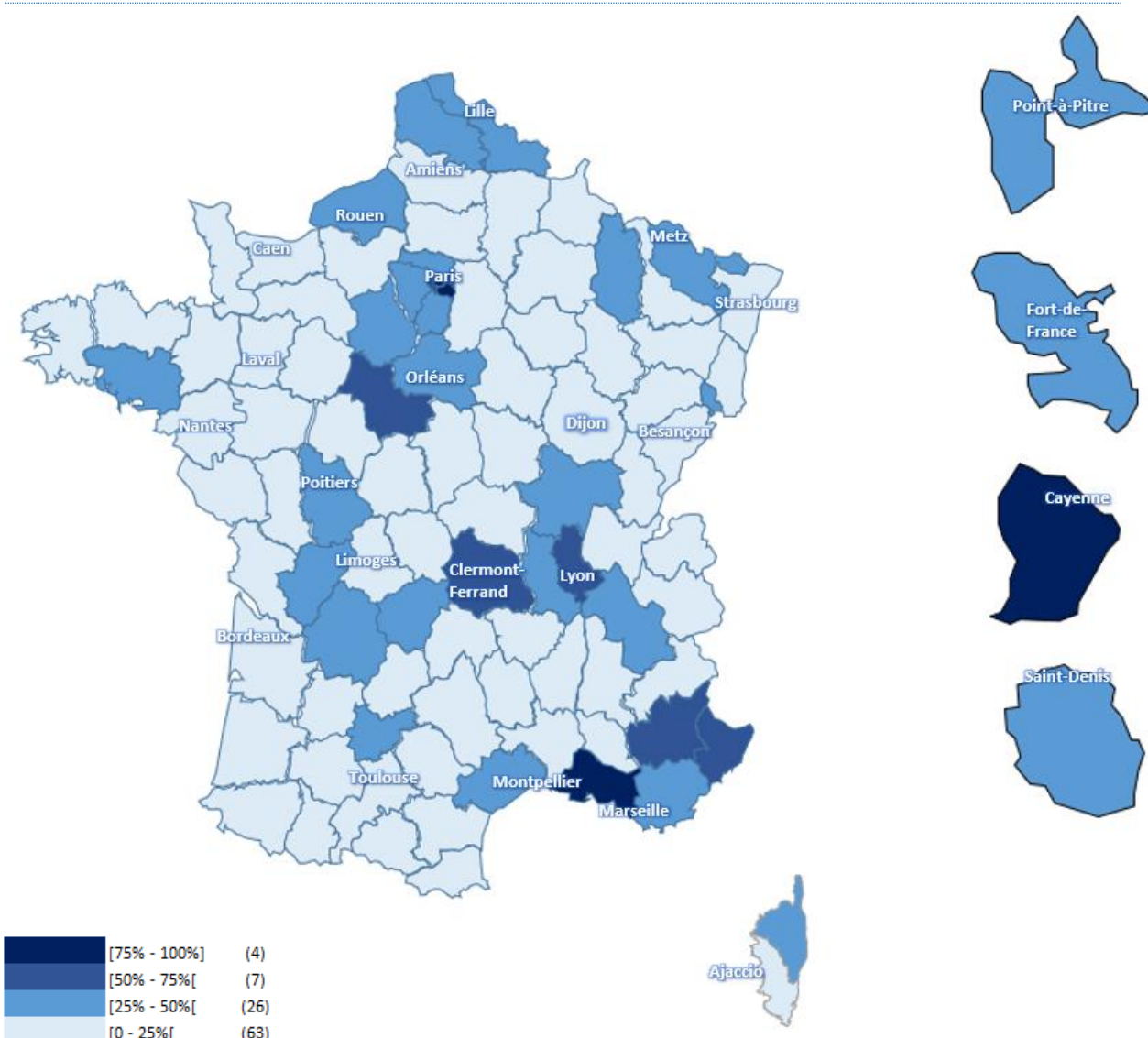
¹³ Les données de la CNAM ont une année de décalage, se reporter à la méthodologie pour davantage de précisions.

Graphique 6 – Proportions départementales en termes d'évolution de la part des actes cotés non-régulés entre 2023 et 2024



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 2024, liquidation à fin mai 2025 - Traitement CNOM.

Cartographie 1 -Part des actes cotés non-régulés en 2024¹⁴



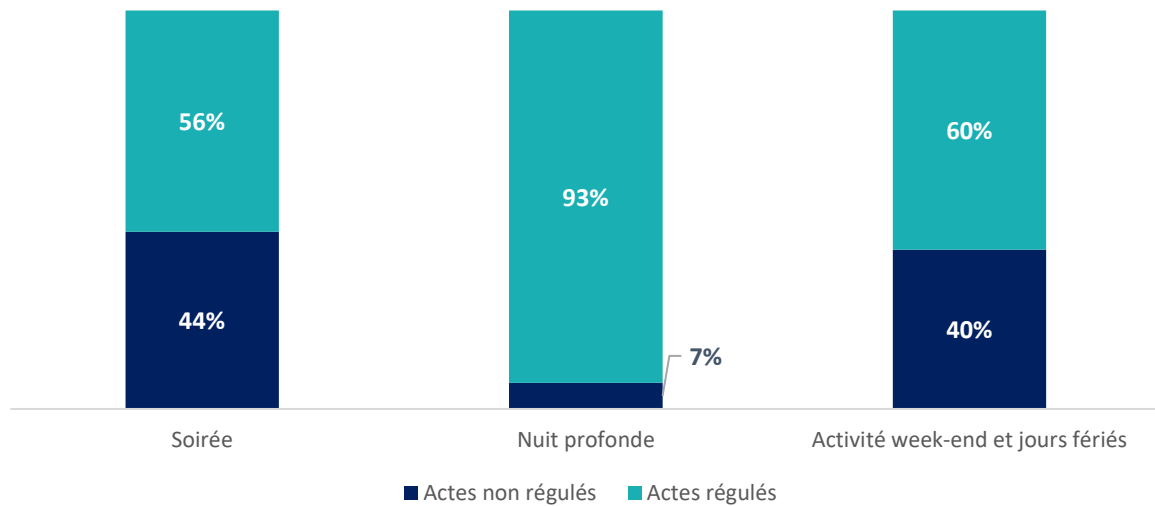
Source : Données CNAM, Tables PDSA issues de DCIR pour les forfaits de régulation et d'astreinte et pour l'activité régulée, DCIR pour l'activité non-régulée - France entière, en date de soins, pour l'année 2024, liquidation à fin mai 2025 - Traitement CNOM.

Les données pour Mayotte n'ont pas été fournies pour 2024.

La part des actes non régulés varie également fortement selon les plages horaires de PDSA : elle atteint des niveaux élevés en soirée (44 %) ainsi que durant les week-ends et jours fériés (40 %), tandis qu'elle reste très faible en nuit profonde (7%). Par ailleurs, si cette dernière plage horaire enregistre une baisse de 1 point par rapport à l'année précédente, les proportions observées en soirée et durant les week-ends et jours fériés progressent de 3 points pour chacune de ces périodes.

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

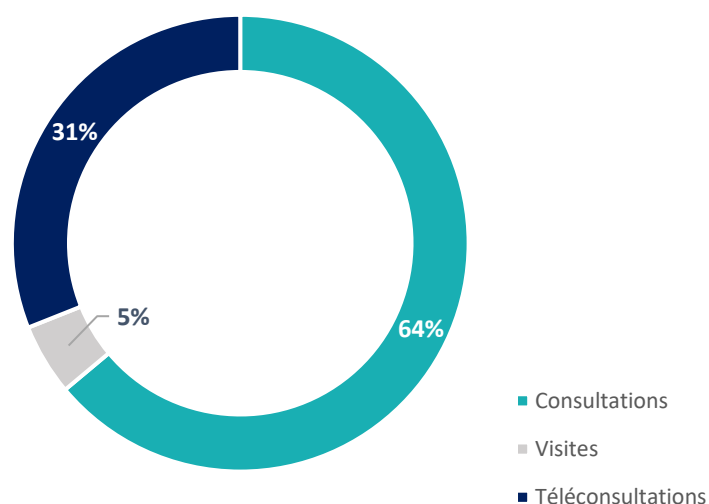
Graphique 7 – Répartition des actes cotés régulés et non régulés en fonction du créneau horaire en 2025



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 2024, liquidation à fin mai 2025 - Traitement CNOM.

Il ressort également que plus d'un tiers des actes non régulés réalisés durant les plages horaires de la PDSA ont été effectués par téléconsultation (31 %), tandis que la majorité s'est déroulée en consultation (64 %), et une part plus faible a été réalisée dans le cadre de visites à domicile (5 %).

Graphique 8 – Répartition des actes non-régulés réalisés en horaires de PDSA en 2024



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 2024, liquidation à fin mai 2025 - Traitement CNOM.

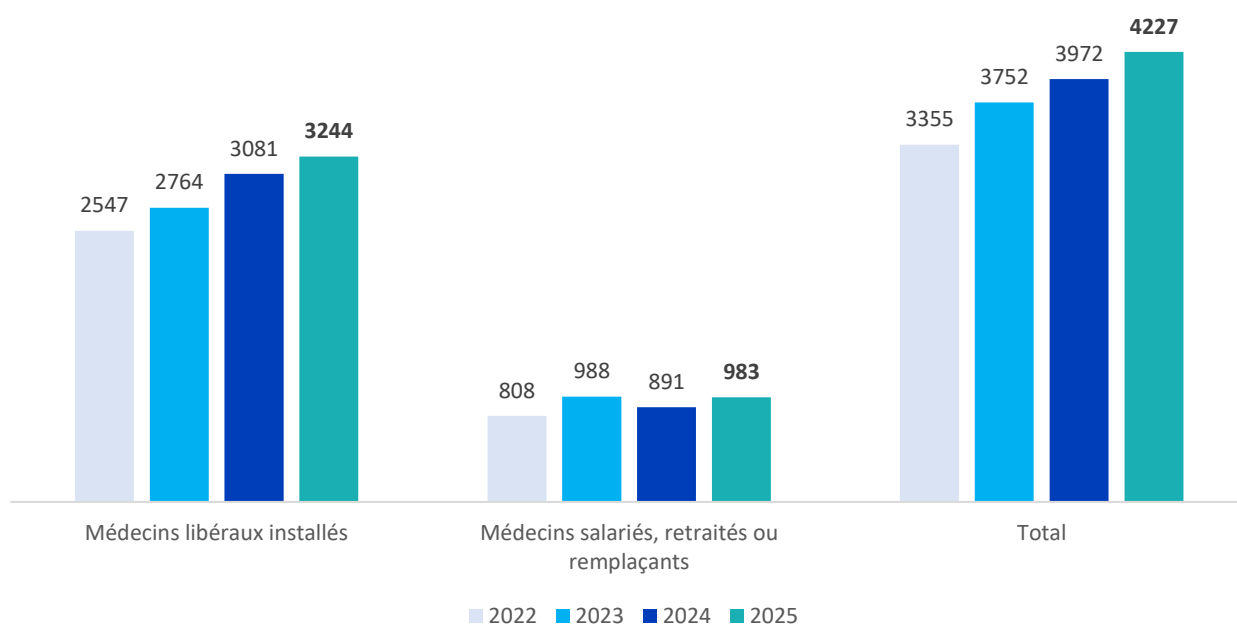
e. La participation des médecins libéraux à la régulation médicale

L'enquête menée auprès des CDOM révèle qu'en 2025, des médecins libéraux ont participé à la régulation médicale de la PDSA dans la majeure partie du territoire, à l'exception de 5 départements : les Ardennes, la Lozère, la Guyane, Mayotte et la Nouvelle-Calédonie.

La régulation libérale est majoritairement organisée au niveau départemental, mais elle peut également être mutualisée entre plusieurs départements. C'est notamment le cas en Bourgogne-Franche-Comté, où une mutualisation est organisée 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).

L'enquête menée auprès des CDOM révèle que **3244** médecins libéraux en activité régulière ont participé à la régulation médicale des appels de PDSA au cours de l'année 2025, soit une progression de 5,3 % par rapport à l'année précédente. Sur un total de 45 022 médecins généralistes libéraux exclusifs en activité régulière, 7,2 % ont participé à la régulation médicale des appels de PDSA, soit 0,4 points de plus qu'en 2024. A cela s'ajoutent **983** médecins salariés, remplaçants ou retraités ayant contribué à la régulation des appels de PDSA, dont le nombre a progressé de 10,3 % en un an. On dénombre donc en 2025 un total de **4227** médecins généralistes impliqués dans la régulation médicale, soit une augmentation de 6,4 % par rapport à l'année précédente.

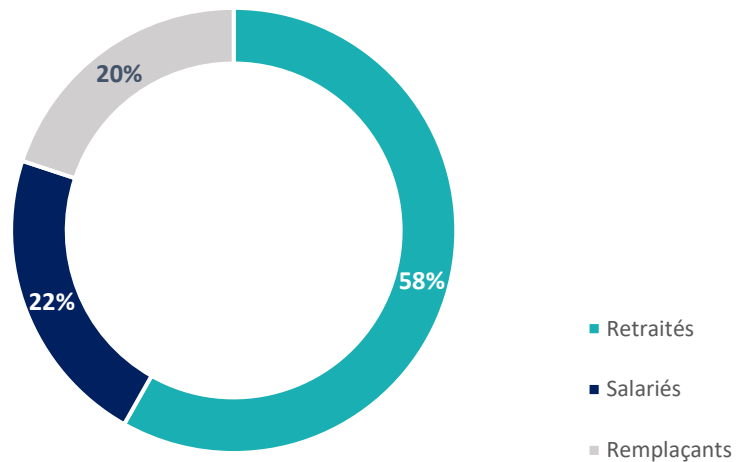
Graphique 9 - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA entre 2022 et 2025



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2022, 2023, 2024 et 2025

Parmi les médecins participant à la régulation médicale des appels de PDSA, hors médecins libéraux installés en activité régulière, les retraités constituent le groupe le plus représenté (58 %), suivis des médecins salariés (22 %) et des remplaçants exclusifs (20 %).

Graphique 10 - Répartition des médecins participant à la régulation des appels de PDSA hors médecins libéraux installés en 2025



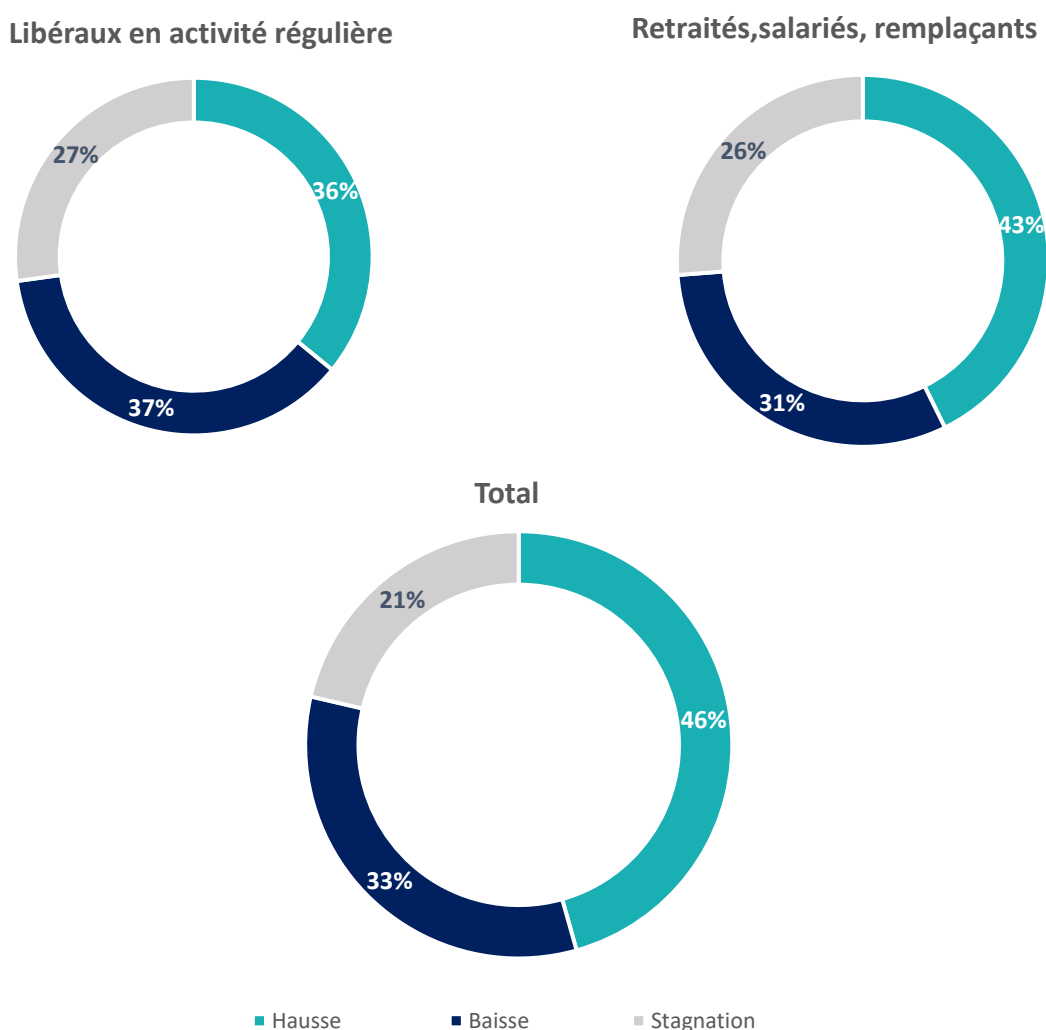
Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

Le nombre de médecins régulateurs poursuit ainsi sa progression, portée à la fois par l'implication des médecins libéraux installés en activité régulière et par la mobilisation des médecins retraités, salariés et remplaçants.

A l'échelle départementale, l'analyse des données met en évidence :

- Une augmentation du nombre total de médecins régulateurs (libéraux installés, salariés, retraités et remplaçants) dans 46 % des départements ;
- Une diminution de ce même effectif dans 33 % des départements ;
- Une stabilité de ce nombre pour 21 % des départements entre 2024 et 2025.

Graphique 11 - Évolutions départementales du nombre de médecins participant à la régulation médicale entre 2024 et 2025 – 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 2024 et 2025

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2024 et 2025

f. Front de garde de la régulation libérale

En raison de l'absence de données nationales permettant de mesurer l'évolution du front de garde réel en régulation médicale durant les horaires de PDSA (c'est-à-dire le nombre de médecins affectés à la régulation par plage horaire de garde), un recensement a été effectué à partir des dernières annexes départementales des cahiers des charges de la PDSA (voir annexe 1 pour le détail par département). Ces données comportent toutefois certaines limites : les cahiers des charges ne sont pas tous à jour et peuvent contenir des informations obsolètes ; le nombre de lignes de garde peut varier au sein d'un même créneau ou selon la saison et les événements particuliers, ce qui n'a pas toujours permis de déterminer un nombre fixe de régulateurs par créneau de garde. À défaut, des bornes hautes et basses ont été définies pour les lignes de garde prévues sur les créneaux étudiés.

Tableau 1 – Front de régulation libérale (France entière) selon les plages horaires de la PDSA entre 2023 et 2025

Créneaux horaires	Front de régulation libérale en 2023	Front de régulation libérale en 2024	Front de régulation libérale en 2025
Samedi matin	66	63	62 à 63
Samedi après-midi et soirée	185,5 à 223,5	192,5 à 232,5	194,5 à 236,5
Dimanche et jours fériés	179,5 à 245,5	189,5 à 255,5	191,5 à 261,5
Soirée de semaine (20h -24h) *	129 à 169	158 à 178	159 à 179
Nuit profonde (24h – 8h)	81 à 103	97 à 110	98 à 114

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

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

L'analyse des données provenant des dernières versions des cahiers des charges régionaux de la PDSA met en évidence une légère augmentation du nombre de médecins régulateurs prévus durant les week-ends à partir de samedi midi, les jours fériés et nuits profondes.

Le front de régulation est demeuré quasiment inchangé, à un médecin près, durant les soirées de semaine et les samedis matin, bien que l'extension de la PDSA au samedi matin constitue une revendication forte et réitérée par de nombreux CDOM depuis plusieurs années. En 2025, 37 départements disposaient d'au moins une ligne de garde le samedi matin contre 40 l'année précédente. Il convient de préciser que, dans les départements où le Service d'Accès aux Soins (SAS) est mis en place, cette plage horaire peut être couverte par ce dispositif.

Les plages horaires de PDSA qui présentent les fronts de garde les plus importants sont les dimanches et jours fériés avec un seuil maximal passé de 232,5 à 236,5 lignes de garde entre 2024 et 2025, ainsi que les samedis après-midi et en début de soirée avec un seuil maximal passé de 255,5 à 261,5 lignes de garde.

En soirées de semaine, le front de régulation est demeuré stable, passant d'un seuil maximum de 178 à 179 médecins régulateurs prévus durant ce créneau horaire entre 2024 et 2025. Cette plage horaire est couverte dans l'ensemble des départements, à l'exception des Ardennes, de la Lozère, de la Guyane et de Mayotte.

La nuit profonde est la plage horaire présentant le front de garde le moins élevé, bien qu'il ait connu une évolution favorable, passant d'une borne haute de 110 à 114 lignes de gardes entre 2024 et 2025. En 2025, 27 départements ne disposaient d'aucune ligne de garde en nuit profonde, tout comme l'année précédente.

g. Rémunération de la régulation

La rémunération des médecins assurant la régulation médicale en horaires PDSA repose sur des forfaits d'astreinte, dont les montants sont déterminés localement dans les cahiers des charges régionaux de la PDSA par les ARS, via le Fonds d'Intervention Régional

(FIR). Conformément à l'arrêté du 20 avril 2011¹⁵ relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire, le tarif horaire de régulation ne peut pas être inférieur à 70 €.

En 2025, les rémunérations horaires de la régulation médicale ont été revalorisées dans 43 départements et s'établissaient entre 100 € et 155 €, selon les régions et les plages horaires. Il convient de souligner que l'ensemble des régions applique des rémunérations supérieures au seuil minimal fixé au niveau national.

Tableau 2 - Forfaits horaires de participation à la régulation médicale de la PDSA en 2025

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	100 € - 110 €				-
Bretagne	100 €				-
Centre-Val de Loire	115 €	-	115 €	115 €	115 €
	<i>Indemnité de déplacement pour les médecins vivant en dehors de la circonscription du lieu de régulation de 0,62€/km et indemnité de temps de trajet de 80€/h</i>				
Corse	100 €				
Grand-Est	120 €	135 €	120 €	120 €	-
Hauts-de-France	120 €	130 €	120 €	120 €	-
Île-de-France	100 €	110 €	100 €	100 €	-
Normandie	130 €	155 €	130 €	130 €	-
Nouvelle-Aquitaine	115 €	130 € <i>(de 00h à 06h)</i>	115 €	115 €	-
Occitanie	100 €	115 €	105 €	105 à 125 €	-
Pays-de-la-Loire	100 € - 125 €				NC
PACA	100 €	130 €	100 €	100 €	100 €
	<i>Revalorisation avec un supplément de 10€ durant les journées stratégiques</i>				
Martinique	110 €	-	135 €	135€ - 150€	-
Guadeloupe	108 €				-
Guyane					-
La Réunion					120 €

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

¹⁵ [Arrêté du 20 avril 2011](#) relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire- Légifrance

h. Données d'activité de la régulation libérale

Indépendamment du mode d'organisation retenu, les données relatives à la régulation libérale sont collectées localement, selon des modalités propres à chaque territoire, sans être centralisées ni consolidées au niveau national. Cette absence de données agrégées rend impossible toute comparaison entre le front de garde (nombre de médecins mobilisés pour la régulation par tranche horaire) et la réalité de l'activité de régulation libérale à l'échelle nationale, ni de disposer d'une vision d'ensemble du traitement des appels durant les périodes de PDSA.

Les données d'activité recueillies auprès d'associations interdépartementales de régulation libérale permettent d'apporter des éléments de réponses à cette question à une échelle plus large que la seule échelle départementale, à défaut de disposer de données nationales complètes.

L'Association ACORELI (Association Comtoise de Régulation Libérale) est chargée d'organiser et de gérer la régulation libérale de la PDSA sur l'ensemble de l'ancienne région administrative Franche-Comté, couvrant ainsi les départements du Doubs, du Jura, de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort. Cette association constitue aujourd'hui un modèle relativement singulier, puisque dans la plupart des autres régions, la régulation médicale en horaires de PDSA est organisée principalement à l'échelle départementale.

En 2025, la plateforme a traité 143 823 dossiers, soit une progression de 4,3 % par rapport à l'année précédente.

La répartition des actes de régulation selon la nature des décisions prises par les médecins régulateurs est la suivante :

- 55 % de conseils médicaux ;
- 32 % de consultations en points fixes (cabinet d'un médecin de garde ou site dédié) ;
- 9 % d'envoi d'un transport sanitaire ;
- 1 % de visites à domicile.

Près d'un appel sur deux (45 %) a été enregistré le week-end, dont 21 % le samedi et 24 % le dimanche. En semaine, la proportion d'appels oscillait entre 10 % et 11 % selon les jours. Sur l'ensemble de l'année, les mois de janvier et décembre sont ceux qui ont concentré le plus fort volume d'appels, avec respectivement 10,1 % et 10% des dossiers traités, tandis que la proportion d'appels oscillait entre 7 % et 8,8 % pour les autres mois.

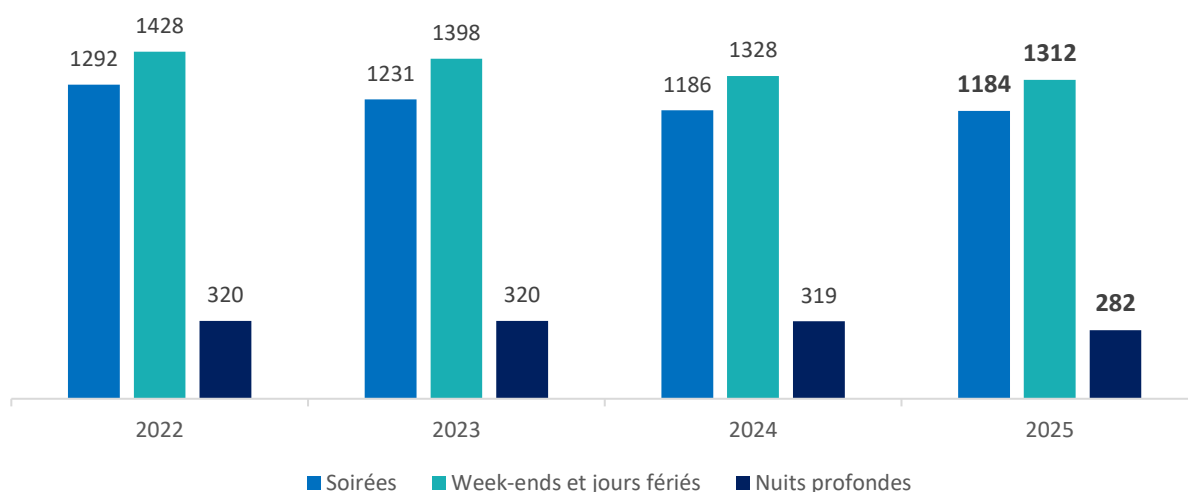
Concernant l'origine des dossiers gérés par l'ACORELI en 2025, 38 % étaient passés par le numéro dédié à la PDSA dans les départements concernés (3966), soit une baisse de 3 points par rapport à 2024. Par ailleurs, 55 % ont été orientés par le CRRA 15, soit 3 points de plus que l'année précédente et 6 % par la plateforme de régulation des sapeurs-pompiers (18), proportion inchangée par rapport à 2024.

2.2 L'effectif

a. Evolution des territoires de PDSA¹⁶

Nous observons depuis plusieurs années une diminution du nombre de secteurs de PDSA à l'échelle nationale. Cette tendance ralentit en 2025 mais se confirme, en particulier sur les créneaux de nuits profondes et durant les week-ends et jours fériés. Concrètement, le nombre de secteurs de garde recule de 11,6 % en nuits profondes, de 1,2 % les week-ends et jours fériés, et demeure stable début de soirées.

Graphique 12 - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire entre 2022 et 2025



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

Sources : CNOM, Enquêtes PDSA 2022, 2023, 2024 et 2025

Un secteur ou territoire de PDSA correspond généralement à une ligne de garde dans le cahier des charges (ou à aucune ligne en cas de *zone blanche* ; voir à ce sujet la section **2.2.b**), mais dans certains secteurs la garde peut être assurée par plusieurs médecins, soit pour faire face à des périodes de forte affluence, soit parce que le bassin de population concerné nécessite plus d'une ligne de garde afin de répondre à l'ensemble des demandes de prise en charge.

En 2025, 10,2 % des créneaux de garde comptaient au moins deux effecteurs sur une même plage horaire, une proportion inchangée par rapport à 2024.

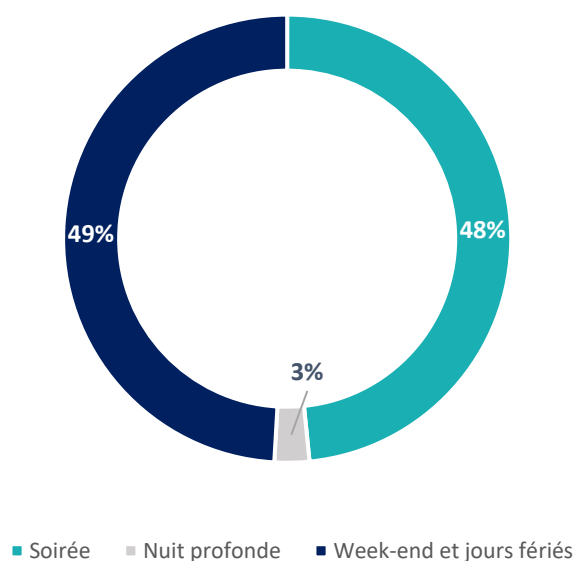
Un secteur de PDSA doit être défini en fonction des besoins observés, en veillant à ce que les distances à parcourir restent raisonnables pour le médecin de garde, afin d'éviter que l'éloignement ne constitue un frein à la prise en charge. Sur le plan organisationnel, une forte demande en soins non programmés peut se traduire par une multiplication des territoires ou par l'ajout de lignes de garde supplémentaires. À l'inverse, lorsque la demande est faible, voire quasi inexistante, cela peut conduire à une réduction du nombre de territoires par resectorisation ou à la suppression de certaines lignes de garde. L'importance relative du

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.

nombre de secteurs couvrant les week-ends et jours fériés pourrait ainsi refléter une demande plus élevée sur ces créneaux, tandis qu'en nuit profonde, la demande reste plus limitée.

Les données d'activité fournies par la CNAM illustrent en effet que la majorité des actes de PDSA, qu'ils soient régulés ou non, sont réalisés durant les soirées, week-ends et jours fériés. Ainsi, les données de 2024¹⁷ indiquent que 49 % des actes étaient effectués durant les week-ends et jours fériés, 48 % en soirées, tandis que la nuit profonde ne représente que 3 % de l'activité.

Graphique 13 - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2024¹⁸ 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 2024, liquidation à fin mai 2025 - Traitement CNOM.

¹⁷ Les données de la CNAM ont une année de décalage, se reporter à la méthodologie pour davantage de précisions.

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

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

En complément du décompte du nombre de territoires de garde, insuffisant pour appréhender pleinement l'organisation de la PDSA, il est nécessaire d'identifier la part des territoires bénéficiant effectivement d'une prise en charge ambulatoire. En 2025, cette part atteignait **98 %** durant les week-ends et jours fériés, **93 %** en début de soirée et **24 %** en nuit profonde (cf. tableau 3). Ces résultats traduisent un maintien de la couverture territoriale en début de soirée et durant les week-ends et jours fériés, mais révèlent une baisse de la couverture libérale en nuit profonde. Dans les territoires dépourvus de prise en charge ambulatoire, et en l'absence de ligne de garde prévue définies par l'ARS dans le cahier des charges de la PDSA, l'effectif était assuré par les services de l'aide médicale d'urgence (AMU). Ces territoires sont alors qualifiés de « zones blanches ».

Ainsi, c'est durant les nuits profondes que la proportion de « zones blanches » est la plus élevée. En 2025, aucun territoire n'y était couvert dans 42 départements, tout comme en 2024. Les motifs avancés pour expliquer l'absence de couverture sur cette plage horaire sont principalement liés à la faible activité constatée dans ces territoires et aux difficultés de mobilisation de volontaires pour assurer les gardes sur ce créneau.

Tableau 3 - Organisation de l'effectif en fonction du créneau horaire en 2024 et 2025

	Territoires où l'effectif est assuré par des médecins de la PDSA et taux de couverture		Territoires où l'effectif est assuré par les services de l'AMU (« zones blanches »)		Départements où il existe des « zones blanches »	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Week-ends et jours fériés	1282	98%	30	2%	10	10%
<i>En 2024</i>	<i>1291</i>	<i>97%</i>	<i>37</i>	<i>3%</i>	<i>12</i>	<i>12%</i>
Soirées (20h – 24h)	1102	93%	82	7%	13	13%
<i>En 2024</i>	<i>1106</i>	<i>93%</i>	<i>80</i>	<i>7%</i>	<i>12</i>	<i>12%</i>
Nuits profondes	282	24%	902	76%	90	87%
<i>En 2024</i>	<i>319</i>	<i>27%</i>	<i>867</i>	<i>73%</i>	<i>89</i>	<i>86%</i>

Lecture : En 2025, l'effectif était assuré par des médecins de la PDSA pour 98% 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 2024 et 2025

En 2025, la part de « zones blanches » en soirées de semaine s'élève à 7%, tout comme l'année précédente. Interrogés sur ce point, 63% des CDOM interrogés déclarent craindre à l'avenir un désengagement des médecins volontaires sur un ou plusieurs territoires pour assurer la PDSA en soirées. Ce chiffre s'élevait à 73% en 2024.

Les CDOM, interrogés à ce sujet, mettent en avant deux grandes dynamiques expliquant ce phénomène. D'une part, cette tendance s'explique par un désengagement de fait lié à l'évolution démographique des médecins, en particulier leur vieillissement couplé à des départs en retraite souvent sans succession, contribuant ainsi à une pénurie de médecins et à la désertification médicale de certaines régions. Cela a été notamment souligné par le CDOM du Cher qui indique que, dans l'un de ses territoires, le nombre de médecins effecteurs est passé de 36 à 10, dont le tiers a plus de 60 ans. D'autre part, certains CDOM ont évoqué une baisse d'implication résultant de multiples facteurs qui peuvent se cumuler :

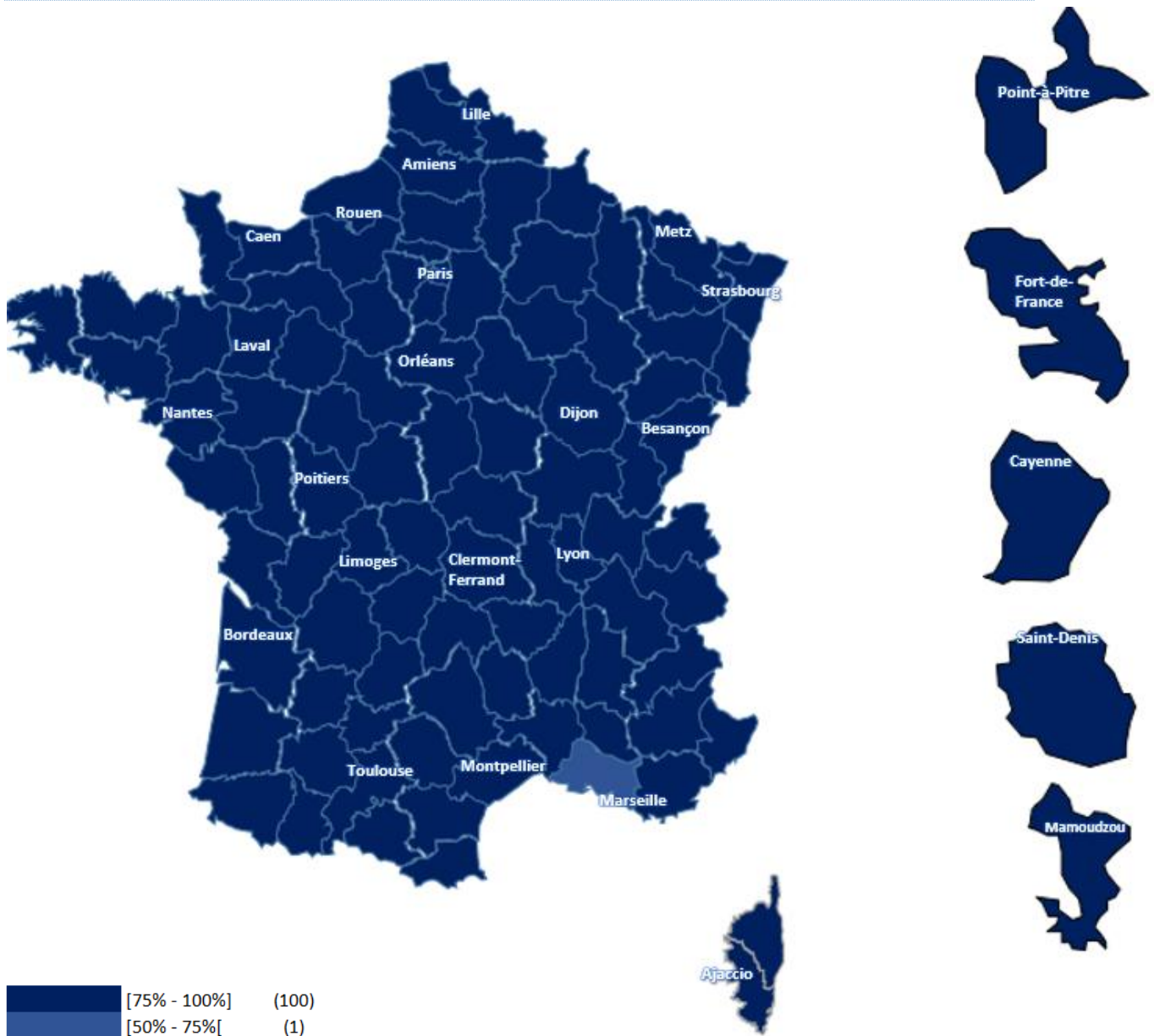
- **La surcharge de travail** des médecins, que ce soit durant les horaires d'ouverture des cabinets ou en horaires de PDSA. Dans de nombreux territoires, les médecins doivent faire face à une activité particulièrement dense, accentuée par le déclin démographique qui renforce la pression sur les médecins encore en exercice. Pour certains médecins, cette surcharge est d'autant plus lourde qu'elle s'accompagne d'une augmentation des tâches administratives et des sollicitations pour établir des certificats de décès, assurer des soins non programmés en journée ou pour participer à la régulation des appels par exemple. Plusieurs CDOM évoquent d'ailleurs un véritable épuisement professionnel, voire des situations de burn-out. Ce constat est corroboré par une enquête¹⁹ menée en 2025 par l'association Soins aux professionnels de la santé (SPS) et Doctolib²⁰ qui indique qu'un quart des médecins généralistes répondants se déclarent en état de burn-out critique.
- **Une faible activité en soirée**, notamment après 22 h, où le faible volume d'appels rend cette plage horaire peu attractive pour les médecins en raison du nombre réduit d'actes réalisés. Dans certains territoires, les CDOM interrogés déplorent également que l'orientation des patients vers les cabinets de soins non programmés réduise davantage le nombre d'actes effectués durant la garde, ce qui contribue à démotiver les médecins effecteurs.
- **L'insécurité grandissante** des médecins, affectant à la fois les effecteurs fixes et mobiles, qui peut freiner l'implication des médecins pour assurer des gardes en soirées. À cela s'ajoutent les incivilités de plus en plus répétées auxquelles sont confrontés les médecins régulateurs, qui peuvent représenter une source de démotivation, en particulier lorsqu'elles surviennent à plusieurs reprises au cours d'une même garde.
- **Les distances à parcourir**, notamment pour les effecteurs mobiles, lorsqu'ils doivent couvrir des secteurs trop étendus ou parfois tout le département.

¹⁹ [Enquête nationale santé au travail et conditions d'exercice des soignants libéraux en France, juin 2025](#) – Enquête menée par Doctolib, SPS et Grenoble École de Management

²⁰ Plateforme numérique permettant aux patients de prendre des rendez-vous médicaux en ligne et d'accéder à des services de téléconsultation.

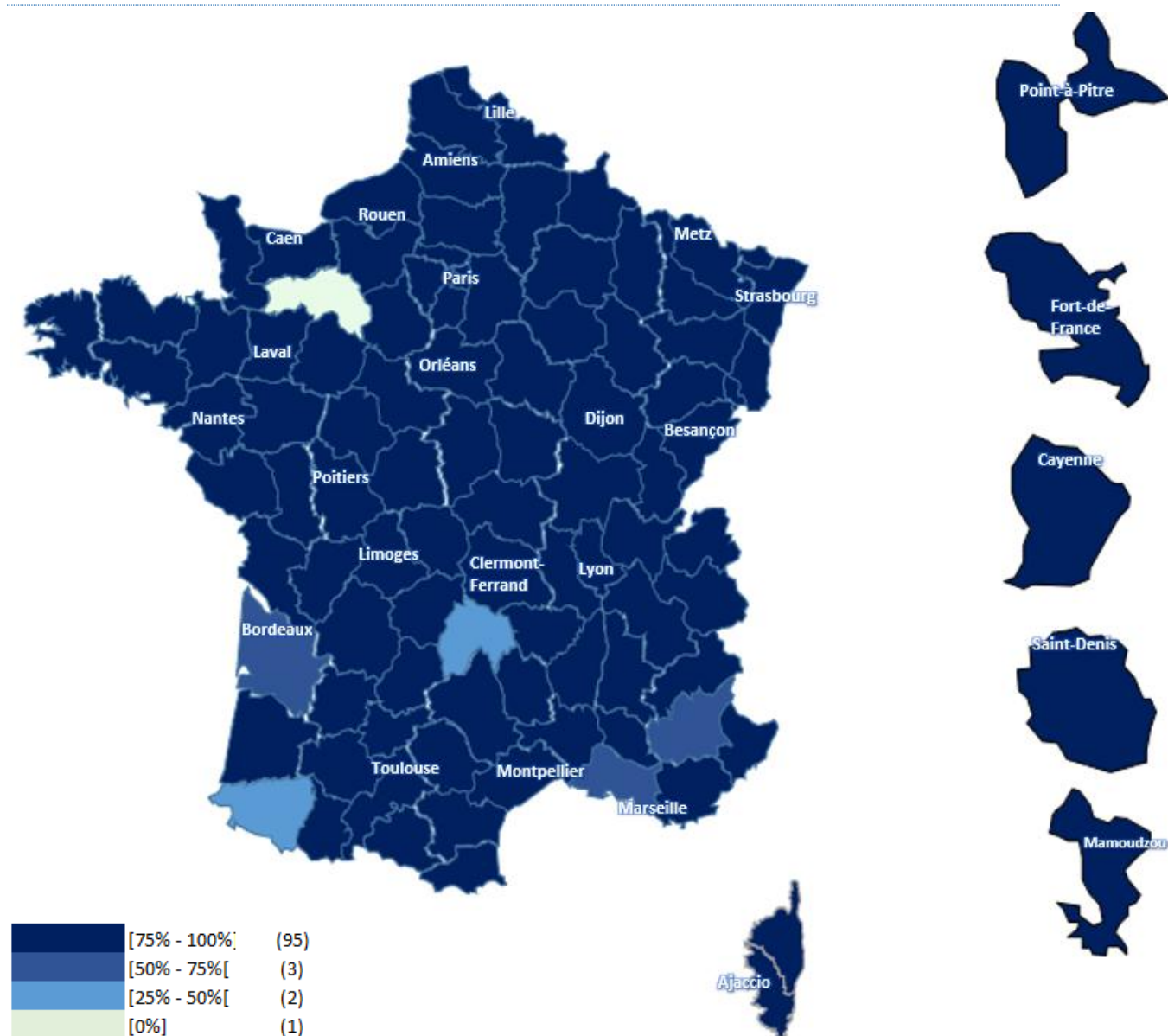
- **Une évolution sociétale** accordant désormais une plus grande importance à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, notamment quand les amplitudes horaires augmentent et que l'activité est déjà très soutenue durant les heures d'ouverture des cabinets, comme en témoigne le CDOM de la Guadeloupe : « *Les médecins sont souvent déjà très sollicités dans leur cabinet au point de mettre parfois leur vie de famille de côté, peuvent hésiter à ajouter à leur charge de travail une activité de PDSA se déroulant de 20h00 - 00h00 en semaine.* ».

Cartographie 2- Taux de couverture des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés en 2025



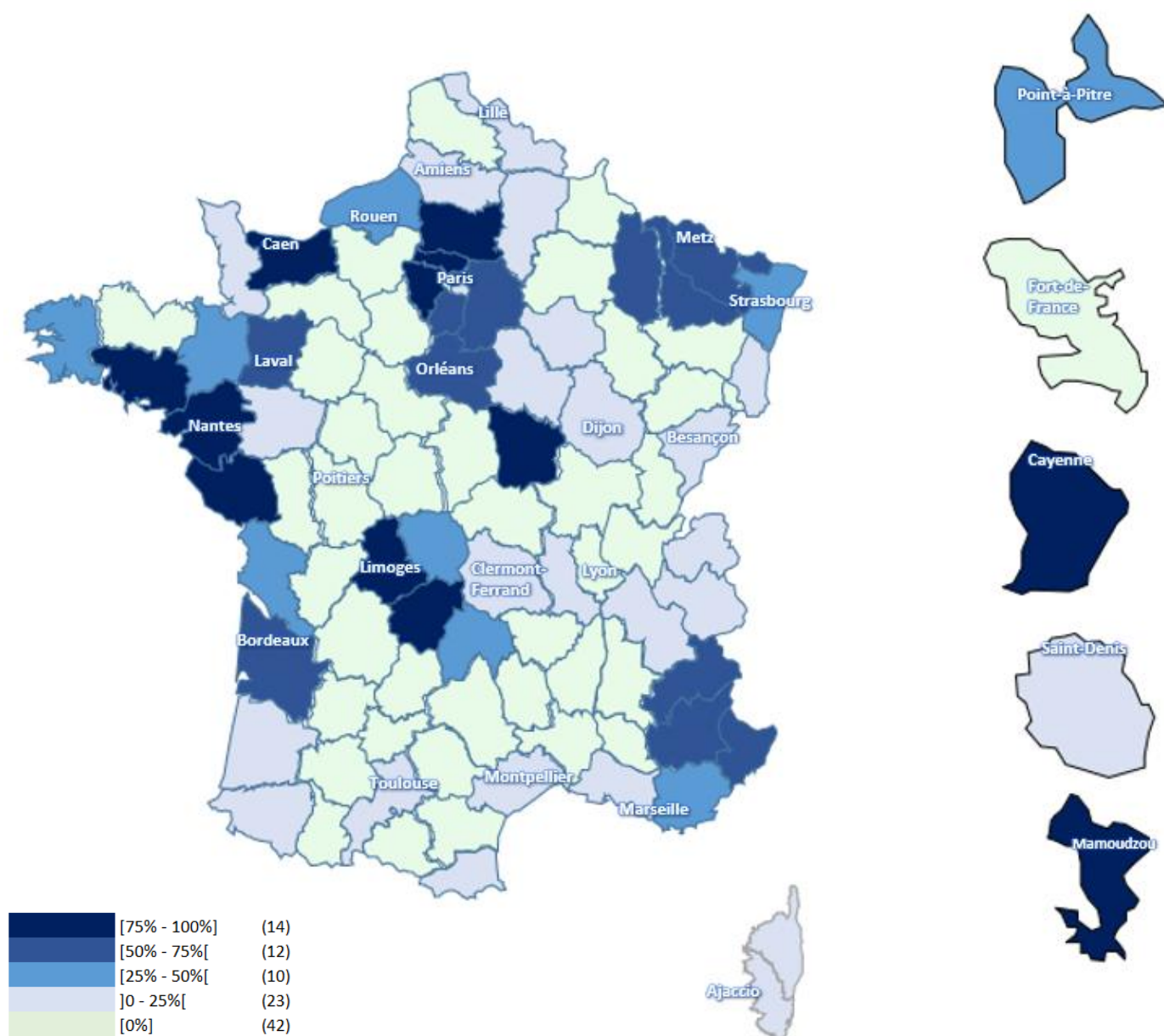
Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

Cartographie 3- Taux de couverture des territoires de PDSA en soirée (de 20h à minuit) en 2025



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

Cartographie 4- Taux de couverture des territoires de PDSA en nuit profonde en 2025



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

c. **Effectio**n fixe : poursuite du développement des sites dédiés

Les sites dédiés font ici référence aux lieux d'effectio

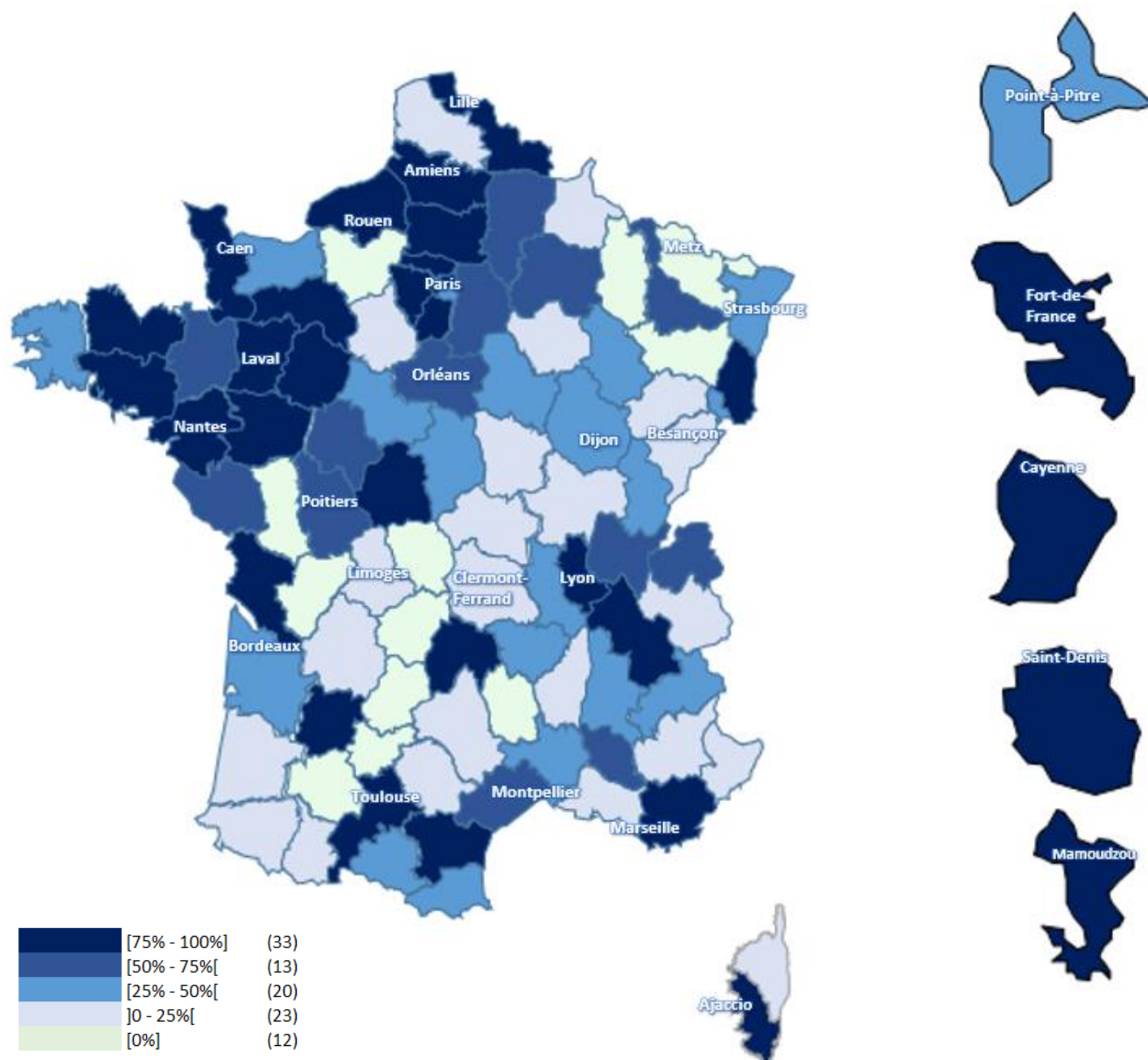
En 2025, la majorité du territoire était couverte par des sites dédiés, avec 90 départements disposant d'au moins une structure de ce type, comme l'année précédente. Il convient toutefois

de souligner que les prises en charge au cabinet du médecin de garde restent effectives dans 83 % des départements, dont ceux ne disposant pas de sites dédiés à la PDSA.

D'après l'enquête menée auprès des CDOM, on recensait 577 sites dédiés au 31 décembre 2025, soit 21 de plus que l'année précédente, et parmi eux, 44 % étaient adossés à des établissements de santé.

La proportion des territoires de PDSA couverts par un site dédié durant les week-ends et jours s'élevait à 45 % en 2025.

Cartographie 5- Taux de secteurs de PDSA couverts par des sites dédiés en 2025



Sources : CNOM, Enquête PDSA 2025

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

La mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables est une mesure fréquemment évoquée par les CDOM lorsqu'on les interroge quant aux pistes d'amélioration de la situation de la PDSA dans leur département. Ce système est encore peu répandu, mais il semble particulièrement nécessaire dans les secteurs où l'effectif mobile n'est pas assurée. En effet, la présence d'un effecteur mobile permet la consultation à domicile des patients qui ne disposent pas de moyen de transport. C'est donc en l'absence d'effectif mobile que la mise en place de transports vers le point de consultation fixe semble être la plus pertinente.

Selon l'enquête menée auprès des CDOM, 64 d'entre eux ont déclaré rencontrer des difficultés de fonctionnement de la PDSA sur tout ou partie de leur territoire en 2025. Parmi ces CDOM, 56 % ont identifié la mise en place d'un dispositif de transport des patients vers l'effecteur fixe comme une mesure susceptible d'améliorer la situation dans leur département.

En 2025, seuls 9 départements ont indiqué disposer de dispositifs spécifiques pour assurer l'acheminement des patients non mobilisables vers l'effecteur fixe de leur territoire, comme c'était déjà le cas l'année précédente. Parmi eux, seuls quatre départements disposaient d'un dispositif fonctionnel dans l'ensemble du territoire. Généralement activé par la régulation, ce dispositif reposait sur la mobilisation d'ambulances et de taxis.

Au regard de l'article R6315-5²¹ du code de la santé publique, selon lequel « *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 semble légitime que les ARS se saisissent de ce sujet, compte tenu des disparités constatées concernant les dispositifs d'acheminement vers les effecteurs fixes.

e. Effectif mobile et prise en charge des visites incompressibles

L'essor de l'effectif fixe, conjugué à l'augmentation du nombre de sites dédiés à la PDSA, ont modifié la place et le rôle de l'effectif mobile, dont l'organisation varie selon les territoires. Cette dernière a pour vocation d'assurer les interventions qui ne peuvent être différées ou substituées, communément qualifiées de « visites incompressibles. Toutefois, cette notion ne fait l'objet d'aucune définition réglementaire précise et son périmètre varie d'un cahier des charges régional à l'autre.

Dans la pratique, ces visites concernent principalement des patients dont l'état ou la situation ne permet pas un déplacement vers un site d'effectif fixe, et pour lesquels l'envoi d'un transport sanitaire ne se justifie pas. Il s'agit notamment des interventions en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mais aussi de situations relevant de la PDSA lorsque le médecin régulateur estime indispensable l'intervention sur place d'un médecin de garde.

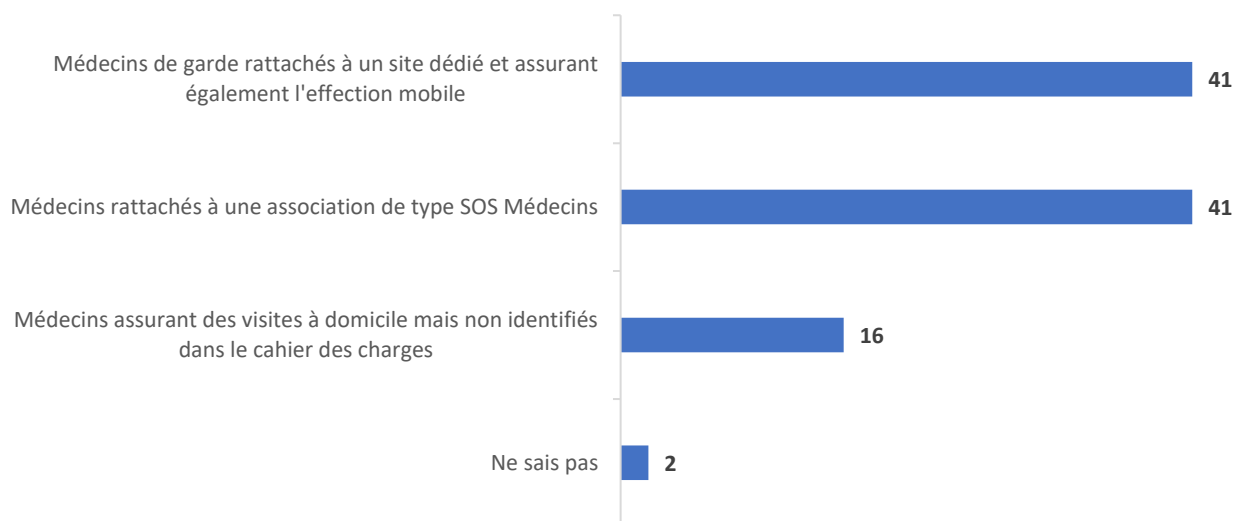
Malgré son utilité, l'effectif mobile n'est pas effective sur l'ensemble du territoire national. En 2025, 31 CDOM ont indiqué l'absence d'effectif mobile dans leur département, soit 2 de plus qu'en 2024. L'Aveyron, l'Eure-et-Loir, le Jura et la Haute-Marne figurent notamment parmi ces départements.

²¹ [Article R6315-5 du code de la santé publique](#) - Légifrance

Dans les départements où elle est déployée, l'effectation mobile se décline selon différents schémas d'organisation :

- **Implication des médecins de garde rattachés à des sites dédiés**
Dans 41 départements, les visites à domicile sont assurées par les médecins de gardes rattachés à un site dédié à la PDSA, de type MMG par exemple, qui cumulent donc effectation fixe et mobile. C'est le cas notamment dans le Cantal, la Creuse, dans Pas-de-Calais et à Mayotte.
- **Recours aux associations de PDSA**
Dans 41 départements, l'effectation mobile est assurée par une association de PDSA, de type SOS Médecins. Dans la majorité des cas (59 %), ces associations interviennent en complément d'autres effecteurs mobiles. Elles constituent toutefois l'unique modalité d'effectation mobile dans 17 départements, soit 41 % des territoires où ce type d'association est présent. Cette organisation est notamment observée dans le Loiret, le Bas-Rhin, dans les Yvelines ou encore en Nouvelle-Calédonie.
- **Effectation mobile non-formalisée**
Dans certains territoires, l'effectation mobile est assurée de façon non formalisée, sans mise en place d'un forfait d'astreinte dédié. Cette situation concerne des départements dont le cahier des charges ne prévoit pas explicitement ce mode d'intervention, mais où des médecins de garde réalisent néanmoins des visites à domicile. Dans ce cadre, la réalisation des visites à domicile repose sur l'engagement individuel des médecins et peut donc varier d'une garde à l'autre. Les CDOM ont identifié ce type d'organisation dans 16 départements parmi lesquels la Vendée, la Réunion, le Gers, la Drôme ou encore la Mayenne.

Graphique 14 – Mise en place et modalités de l'effectation mobile par département en 2025



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

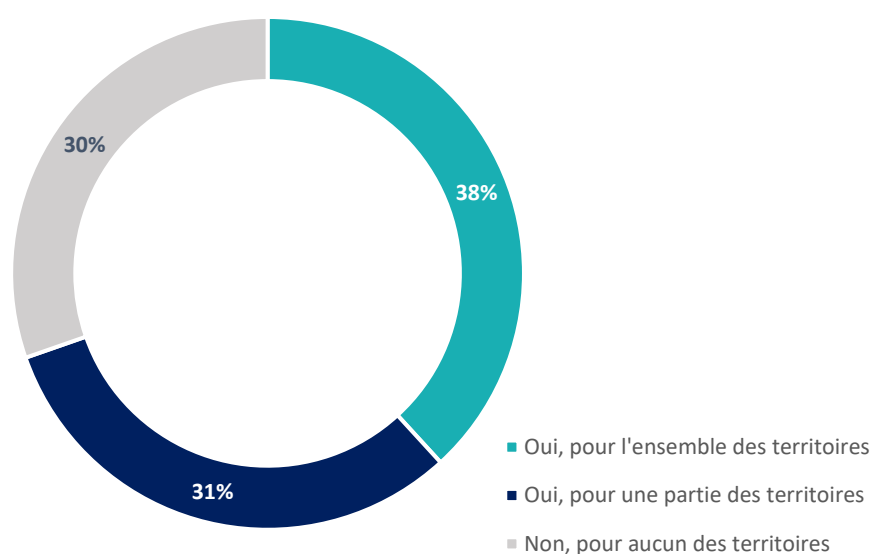
Dans le cadre de l'enquête, des CDOM ont souligné une baisse d'attractivité des visites à domicile, invoquant à la fois des enjeux de sécurité et une rémunération jugée moins intéressante que celle des gardes postées. Pour répondre à ces difficultés, certaines initiatives locales ont été mises en place, comme en Gironde, où les médecins de garde de la MMG de

Libourne peuvent bénéficier d'un chauffeur pour sécuriser leurs déplacements, ou en Île-de-France, où une majoration de 11 € est appliquée aux actes réalisés à domicile ou en EHPAD pour les patients de plus de 75 ans.

Concernant la prise en charge des visites dites « incompressibles », l'enquête menée auprès des CDOM indique que, parmi les 90 départements disposant de sites dédiés à la PDSA, 27 ne proposaient aucun dispositif de prise en charge de ces visites dans l'ensemble des secteurs rattachés à ces sites, soit 3 de moins qu'en 2024.

Graphique 15 – Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés en 2025 (N = 90)²²

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



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

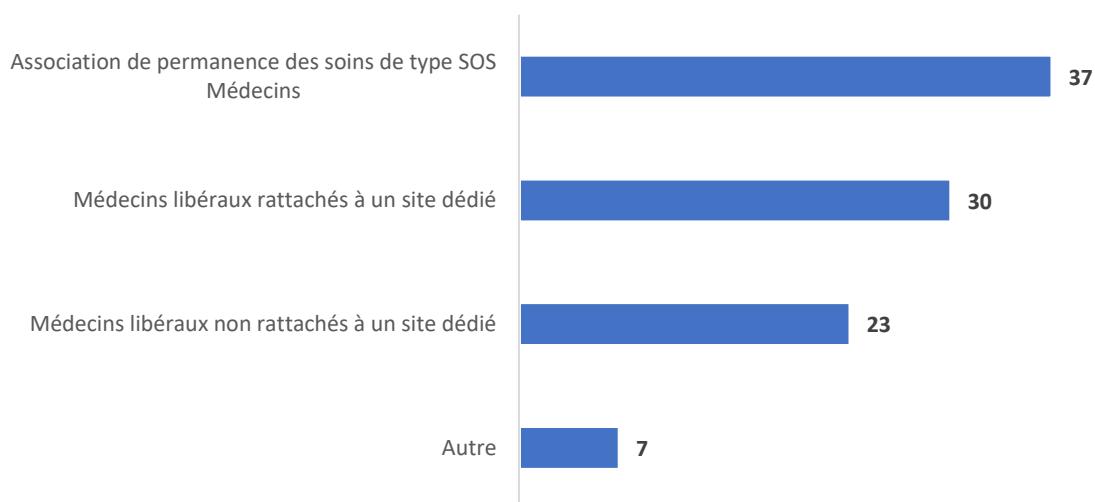
Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

Ces dispositifs reposaient principalement sur l'intervention d'associations de permanence des soins, telles que SOS Médecins, ainsi que de médecins libéraux, qu'ils soient ou non rattachés à des sites dédiés.

²² Le total est différent de 100 % en raison des arrondis

Graphique 16 – 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 2025

f. Rémunération de l'effectif

A l'instar de la régulation, la rémunération des forfaits d'astreinte d'effectif est définie localement par les ARS dans le cahier des charges régional de la PDSA et financée par le FIR. Conformément à l'arrêté du 24 décembre 2021²³ modifiant l'arrêté du 20 avril 2011²⁴ relatif à la rémunération des médecins participant à la PDSA, le montant de ces forfaits ne peut être inférieur à 180 € pour 12 heures, soit 15 € par heure de garde.

Le cahier des charges régional peut également prévoir, dans le respect du seuil minimal fixé par l'article 1er de l'arrêté de 2021, des modulations de ces rémunérations forfaitaires en fonction des contraintes géographiques et des différentes sujétions attachées à l'exercice de la permanence des soins.

A l'échelle du territoire national, les forfaits s'établissaient, par tranches de 4 heures de garde, entre 60 € et 250 € pour l'effectif fixe, et entre 60 € et 670 € pour l'effectif mobile.

²³ [Article 1 de l'Arrêté du 24 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 20 avril 2011](#) - Légifrance

²⁴ [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 2025

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€	-
	<i>Les MMG bénéficient d'une indemnité de sujétion</i>					
	Mobile	150 €	250 €	200 €	300 €	-
Bretagne	Fixe	60 €	-	120 €	180 €	-
	Mobile (hors SOS et îles)	150 €	350 €	200 €	250 €	
	Mobile (SOS)	60 €	120 €	120 €	180 €	-
Centre Val de Loire	Fixe	60 €	-	120 €	180 €	60€ + 26,5€ de majoration par acte régulé
	Mobile	400€ - 670€	300 €	400€ - 840€	600€ - 1260€	200 €
Corse		60 €	120 €	120€ - 150€	180€ - 250€	-
Grand-Est		60 - 135€	120€ - 450€	120€ - 270€	180€ - 600€	-
<i>Majoration en cas de resectorisation, en fonction du temps de déplacement entre les deux communes les plus éloignées du secteur</i>						
Hauts-de-France		100 €	200 €	200 €	300 €	-
Île-de-France	Fixe	60€ - 200€	120€ - 400€	120€ - 400€	180€ - 600€	-
	<i>Tarifs dégressifs à partir du 2^{ème} acte réalisé</i>					
	Mobile	60€ - 150€	200€ - 300€	120 €	180€ - 300€	-
<i>Majoration pour les effecteurs en territoires à caractère rural</i>						
Normandie		60 €	120 €	120 €	180 €	-
Nouvelle-Aquitaine	Fixe	65 €	130 €	130 €	195 €	-
	Mobile	150 €	300 €	150 €	225 €	
Occitanie	Fixe	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	60 € - 150 €	120 € - 400 €	120 € - 300 €	180 € - 450 €	-
	<i>Les plages horaires et les montants varient selon les départements</i>					
	Mobile	828€		-		
Provence-Alpes-Côte d'Azur		60 €	120 €	120 €	180 €	60 €
<i>Revalorisation par un doublement de l'astreinte durant les journées stratégiques</i>						
Martinique		135 € de 19h à 23h	270 € 24/12 et 31/12	210 € de 13h à 23h	210€ - 270€	-
Guadeloupe		70-110 €	140 €	140 €	210 €	70 €
<i>L'effecton en nuit profonde ne concerne que les îles du Sud : La Désirade, Marie-Galante et Les Saintes</i>						
Guyane		250 €	-	510 €	750 €	-
Réunion	Fixe	89 € 19h - 24h	142 €	124 € 12h - 19h	195 € 8h - 19h	-
	Mobile	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

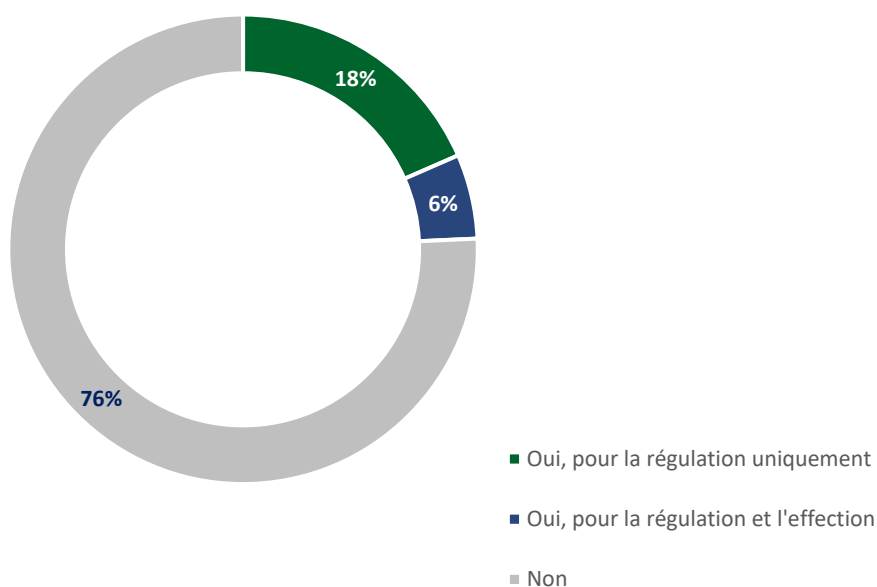
a. Extension des horaires de PDSA au samedi matin

Selon le Code de la santé publique²⁵, la PDSA du week-end débute officiellement le samedi à midi, ce qui exclut la matinée. Toutefois, l'élargissement de la PDSA au samedi matin demeure une revendication récurrente des CDOM ainsi que des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux depuis plusieurs années.

Dans les faits, l'évolution de la PDSA ne suit pas les attentes exprimées, puisque seuls 19 départements ont indiqué que le samedi matin avait été intégré aux horaires de PDSA pour la régulation, contre 24 l'année précédente. Ces données déclaratives ne reflètent pas nécessairement les informations figurant dans les dernières versions des cahiers des charges régionaux. Cette divergence peut s'expliquer par le déploiement progressif du service d'accès aux soins (SAS) sur l'ensemble du territoire, qui intègre désormais cette plage horaire pour la régulation. Par ailleurs, le nombre de départements ayant étendu la PDSA au samedi matin pour l'effectif, en plus de la régulation, diminue également, passant de 7 départements en 2024 à seulement 6 en 2025.

Graphique 17 – Part des départements ayant élargi la PDSA au samedi matin en 2025

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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

Dans les départements où le samedi matin n'est pas intégré aux horaires de PDSA, son extension à ce créneau constitue une attente forte pour la majorité d'entre eux. Cette demande s'inscrit dans un contexte marqué par la fermeture croissante des cabinets médicaux le samedi matin, entraînant un report des sollicitations vers d'autres acteurs de l'offre de soins, tels que le SAMU et les services d'urgences. Ainsi, 52 CDOM où la PDSA n'a pas été étendue au

²⁵ Article [R6315-1](#) du Code de la santé publique - Légifrance

samedi matin se déclarent favorables à l'élargissement des horaires de PDSA au samedi matin (voir graphique 18).

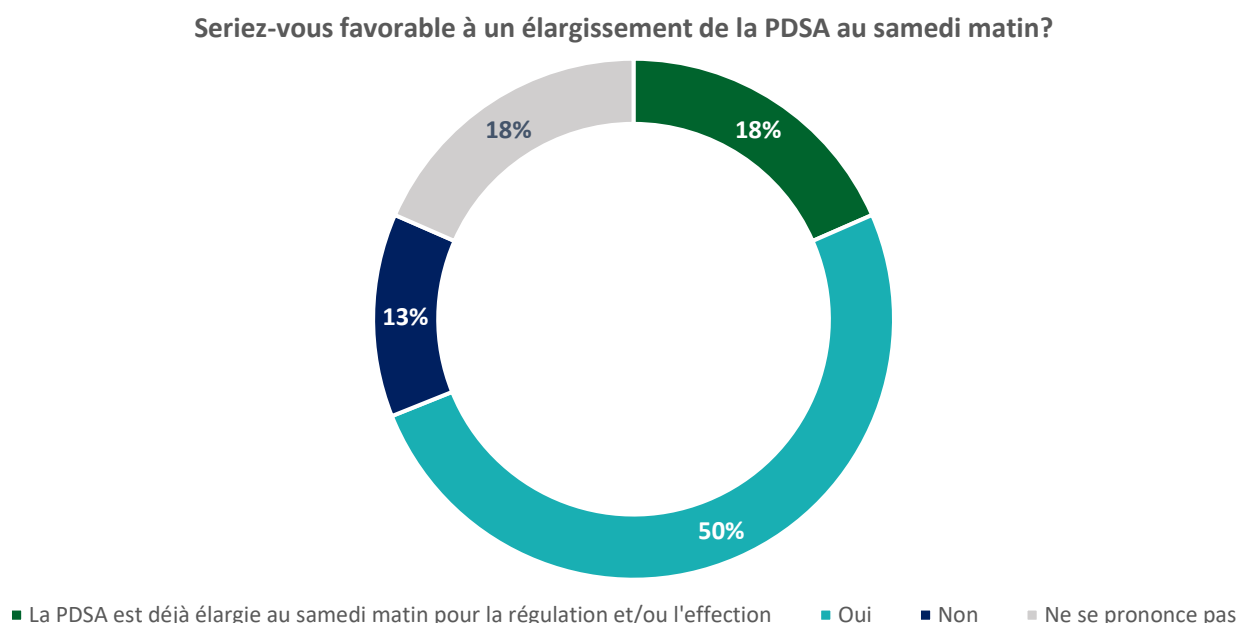
Les motifs avancés par les CDOM en faveur de cette mesure sont variés :

- Dans de nombreux départements, la majorité des cabinets médicaux sont fermés le samedi matin, et l'extension de la PDSA à cette plage horaire permettrait de répondre aux besoins de la population. Ce constat est notamment partagé par l'Aude, la Dordogne, l'Isère, la Manche, le Morbihan, la Haute-Saône et le Tarn.
- L'extension de la PDSA au samedi matin permettrait d'assurer une continuité des soins et de faciliter le travail de la régulation, qui doit faire face à de nombreux appels pour peu de solutions en effectif. Cela permettrait également d'éviter les pics d'appels et une forte affluence dans les MMG dès midi, comme cela a été souligné par les CDOM du Gard et du Doubs par exemple.

En 2025, 13 CDOM se sont prononcés contre l'extension des horaires de PDSA au samedi matin, soit un de moins qu'en 2024 : l'Ariège, le Finistère, le Gers, le Jura, la Loire-Atlantique, la Marne, la Loire, la Nièvre, les Vosges, la Réunion, Mayotte, la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie.

Les CDOM défavorables à cette mesure la jugent inutile, principalement parce qu'ils considèrent que l'offre de soins est suffisante et que le besoin de la population est déjà couvert, notamment parce que les cabinets sont habituellement ouverts durant cette plage horaire dans leur territoire. C'est notamment le cas en Polynésie française, à la Réunion ou dans les Vosges, comme en témoigne son CDOM : « *La mesure est jugée inutile car la plupart des cabinets sont ouverts le samedi matin, notamment les 30 maisons de santé pluriprofessionnelles du département.* ».

Graphique 18 – Avis des CDOM au sujet de l'extension des horaires de PDSA au samedi matin en 2025 (N=83)



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

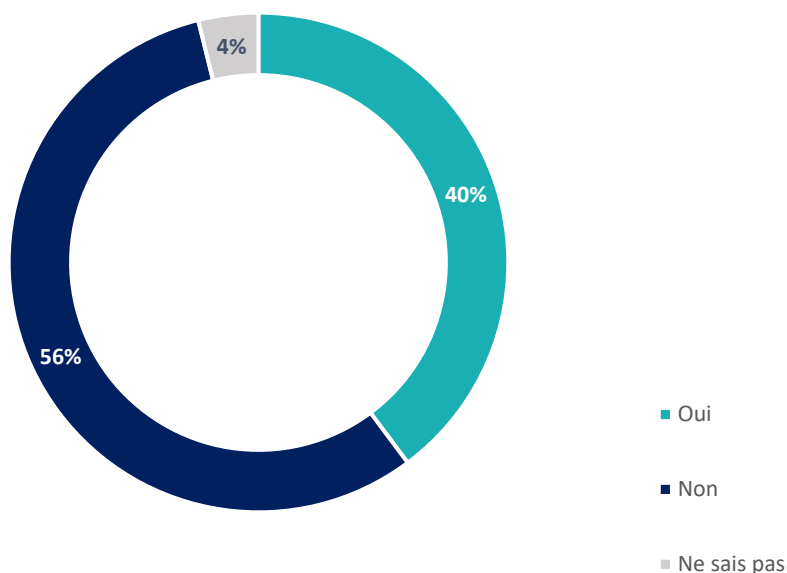
b. Horaires adaptés en soirées

L'enquête menée auprès des CDOM révèle que les demandes de prise en charge de soins non programmés varient au cours de la soirée. Il a été observé dans certains départements qu'elles sont particulièrement nombreuses en début de soirée, puis diminuent après 22 h. Les horaires de PDSA, généralement fixés entre 20 h et minuit, ne reflètent donc pas toujours cette réalité observée sur le terrain.

Interrogés sur l'aménagement des horaires de garde en soirée, 40 % des CDOM ont indiqué que des ajustements avaient été effectués dans leur département

Graphique 19 – Part des départements où les horaires des gardes de soirées ont été aménagés en 2025

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



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

En effet, les gardes de soirées ont été réduites avec une fin de la garde avancée à 22h, 22h30 ou 23h, sur tout ou partie des territoires, dans plusieurs départements. Ces aménagements ont été constatés notamment dans l'Ariège, l'Indre, le Jura, en Savoie ou encore dans le Morbihan où la fin des prises de rendez-vous s'arrête à 23h dans certaines MMG.

Parmi les départements ayant avancé la fin de la garde de soirée, certains ont également décalé le début de celle-ci à 18 h ou 19 h, comme cela a été observé en Ardèche, dans la Drôme, dans le Puy-de-Dôme, en Saône-et-Loire, en Martinique ou encore en Vendée.

L'aménagement des horaires de garde en soirée s'applique également à la régulation, comme l'illustre le tableau du front de garde de régulation libérale présenté en annexe 1. Ainsi, les horaires de régulation de la PDSA ont été avancés à 18 h dans la Loire, et à 19 h dans plusieurs autres départements, notamment dans l'Allier, en Ardèche, dans la Drôme, et en Isère, d'après les dernières versions disponibles des cahiers des charges régionaux de la PDSA.

On observe également que certains départements, tels que l'Ain et La Réunion, présentent des fronts de régulation renforcés en début de soirée, avec deux lignes de garde maintenues jusqu'à 23 h avant de basculer sur une seule ligne pour le reste de la nuit. Par ailleurs, la fin de la garde de régulation peut également être avancée à 22 h ou 23 h, comme c'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

Les données utilisées pour mesurer la participation des médecins généralistes à la permanence des soins ambulatoires proviennent d'Ordigard depuis 2018. Ce mode de collecte garantit une base homogène et comparable à l'échelle nationale. Toutefois, il limite le périmètre d'analyse : seules les informations issues des départements ayant utilisé Ordigard sur l'ensemble de l'année 2025, soit 96 au total, peuvent être exploitées. En conséquence, cinq départements n'ont pas pu être intégrés dans le calcul du taux de participation.

Les médecins bénéficiant d'une exemption sont déduits du décompte des praticiens susceptibles d'assurer des gardes. Jusqu'à présent, seules les exemptions saisies dans Ordigard étaient intégrées, mais il est apparu que cette information était loin d'être renseignée de manière exhaustive dans plusieurs départements. Pour améliorer la fiabilité du calcul, les données d'exemptions transmises directement par les CDOM ont donc été prises en compte lorsqu'elles étaient disponibles.

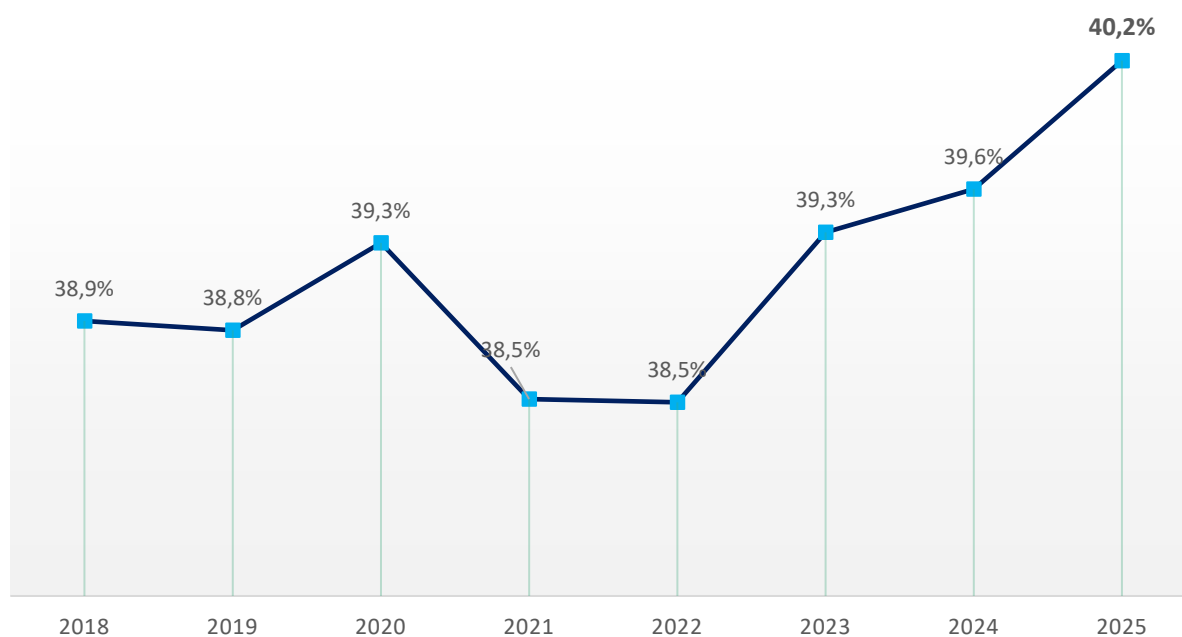
Il faut également rappeler que certains médecins pourraient être exemptés sans en avoir fait la demande, leur participation n'ayant jamais été sollicitée. Par conséquent, le dénominateur retenu correspond au nombre maximal de médecins potentiellement mobilisables. Le taux de participation obtenu sur cette base constitue donc une **estimation basse** de la participation réelle des médecins à la PDSA.

En 2025, le taux de participation des médecins poursuit sa progression et atteint au minimum **40,2 %**, contre 39,56 % en 2024. Au total, 26 690 médecins ont pris part à la PDSA parmi les 66 394 médecins susceptibles d'assurer des gardes.

Le mode de calcul retenu par le CNOM repose sur un périmètre volontairement large, intégrant **l'ensemble des médecins susceptibles de participer à la PDSA**, qu'ils exercent en libéral ou non, qu'ils soient conventionnés ou non, et indépendamment du nombre d'indemnités d'astreinte perçues ou du volume d'actes réalisés au cours de l'année²⁶.

²⁶ Pour plus de précisions, se reporter au paragraphe 2.2 Calcul du taux de participation des médecins à la PDSA

Graphique 20 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2018 et 2025 au niveau national



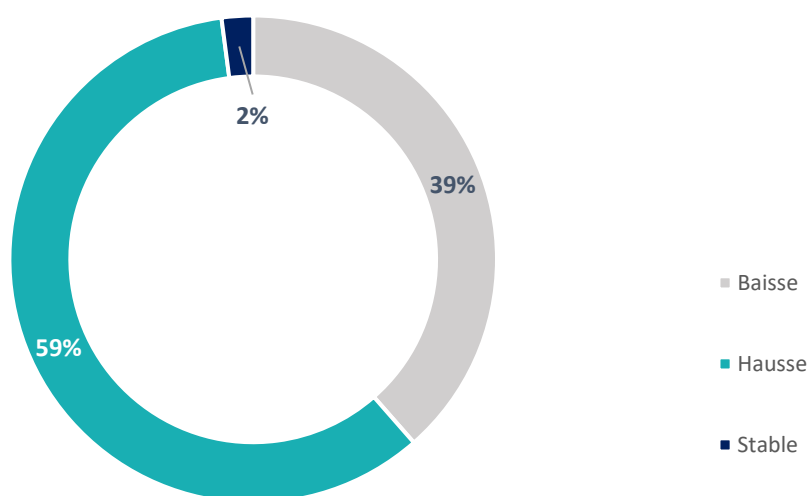
Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 et 2025

Il convient néanmoins de tempérer ce chiffre, puisqu'il ne repose que sur les exemptions officiellement recensées. Ce mode de comptage exclut de fait les médecins qui pourraient être exemptés mais n'en ont jamais fait la demande, faute d'avoir été sollicités.

Ainsi, en recalculant ce taux en excluant les médecins âgés de plus de 65 ans, la participation des médecins généralistes à la PDSA atteint **44,6 %**, soit un gain de 4,4 points par rapport à l'estimation initiale.

Le taux de participation varie fortement d'un département à l'autre, oscillant de 9 % à Paris à 87 % en Charente. Par ailleurs, entre 2024 et 2025, une hausse du taux de participation est observée dans 59 % des départements, tandis qu'il diminue dans 39 % d'entre eux et demeure stable dans les 2 % restants.

Graphique 21 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2024 et 2025 au niveau départemental



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2024, 2025

Lecture : Le taux de participation des médecins à la PDSA a augmenté dans 59% des départements en 2025

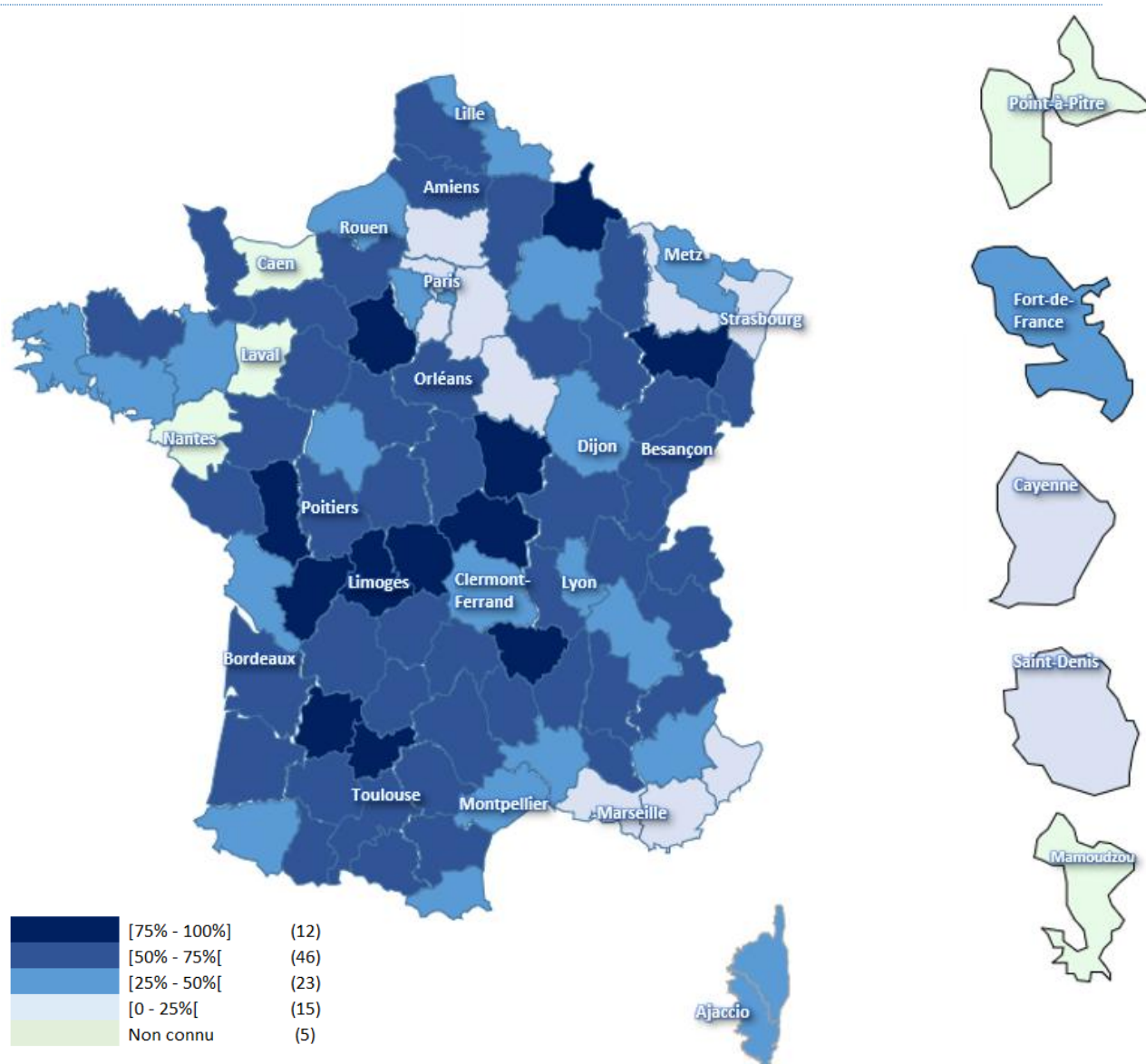
Il est également important de souligner que plus de la moitié des départements, soit 67 au total, affichent un taux de participation supérieur à la moyenne nationale. Cette moyenne nationale est en réalité tirée vers le bas par certains territoires où la faible participation s'explique par une forte professionnalisation de la PDSA, comme c'est notamment le cas dans plusieurs départements franciliens, et en particulier à Paris. Ce dernier enregistre un taux de participation de seulement 9 %, alors même que les tableaux de garde y sont aisément complétés, ce qui contribue mécaniquement à réduire la moyenne nationale.

Ainsi, dans 69 des 96 départements pour lesquels ce calcul a pu être réalisé, le taux de participation départemental est supérieur à la moyenne nationale, et il dépasse même 60 % dans 38 d'entre eux.

Néanmoins, le taux de participation ne permet pas, à lui seul, d'apprécier qualitativement le fonctionnement de la PDSA sur un territoire et doit donc être interprété avec prudence. En effet, certains départements peuvent afficher des taux de participation faibles sans pour autant rencontrer de difficultés à compléter leur tableau de garde. À l'inverse, certains CDOM peuvent rencontrer des difficultés, principalement raison de problématiques liées à la démographie médicale, malgré des taux de participation élevés.

Les déclinaisons départementales du taux de participation des médecins à la PDSA sont présentées en annexe 2.

Cartographie 6- Taux de participation des médecins à la PDSA en 2025



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2025

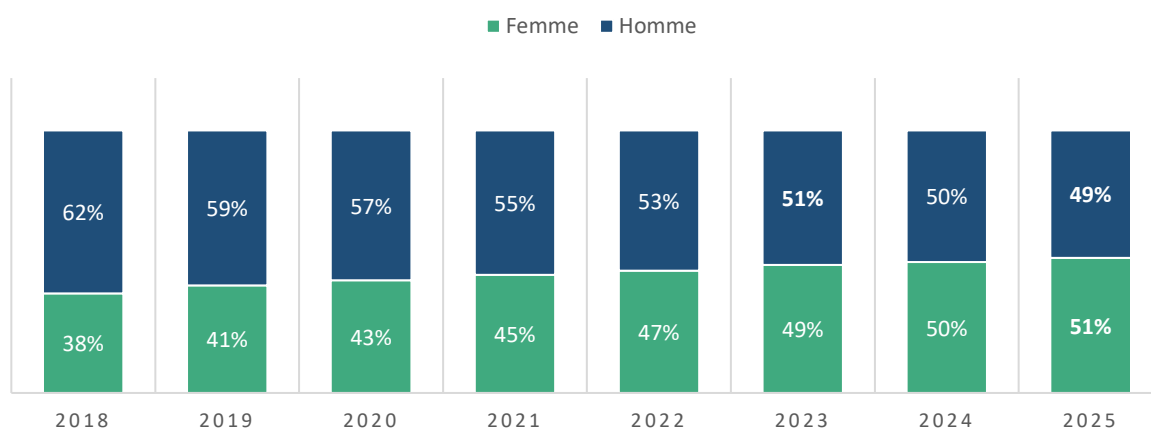
La participation des médecins au dispositif de PDSA, mesurée en nombre de gardes effectuées, est également inégale selon les territoires. En effet, les médecins effecteurs, titulaires ou remplaçants, ont assuré en moyenne 27 gardes en 2025 au niveau national, mais ce chiffre varie fortement d'un département à l'autre. Cette moyenne oscille entre 7 gardes par an dans l'Orne et 112 gardes par an en Seine-et-Marne

Ces écarts peuvent s'expliquer notamment par la présence ou non d'associations de type SOS Médecins, dont l'activité quotidienne intègre les soins ambulatoires en horaires de PDSA, contrairement aux médecins libéraux installés qui assurent ces gardes en complément de leur activité en cabinet. Ainsi, la moyenne nationale s'établit à 25 gardes par médecin hors association, contre 36 gardes par médecin ayant pris au moins une garde au cours de l'année dans le cadre d'une association de PDSA.

b. Profils des médecins de garde

Les données recueillies via Ordigard révèlent que la proportion de femmes assurant la PDSA en effecton n'a cessé de progresser ces dernières années. En 2025, elles deviennent pour la première fois majoritaire parmi les médecins de garde, représentant 51 % des effecteurs. Selon les données issues de l'Atlas de la démographie médicale en France²⁷, les femmes représentaient 49,9 % de l'ensemble des médecins en activité cette même année.

Graphique 22 - Répartition des médecins effecteurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2025

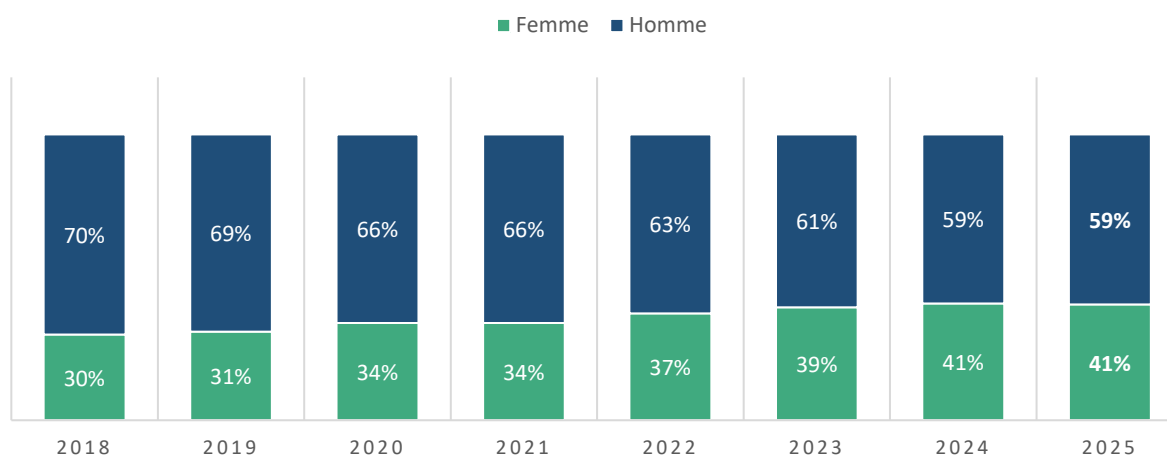


Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 et 2025

On observe ainsi que la part des femmes assurant des gardes d'effecton a progressé de 13 points entre 2018 et 2025, tandis que la proportion de femmes dans l'effectif médical total n'a augmenté que de 4 points sur la même période, passant de 45,6 % en 2018 à 49,9 % en 2025.

Les hommes demeurent majoritaires parmi les médecins assurant la régulation des appels de PDSA et représentent 59% des effectifs totaux. Toutefois, la part des femmes participant à la régulation en horaires de PDSA a progressé au fil des ans, passant de 30% en 2018 à 41% en 2025.

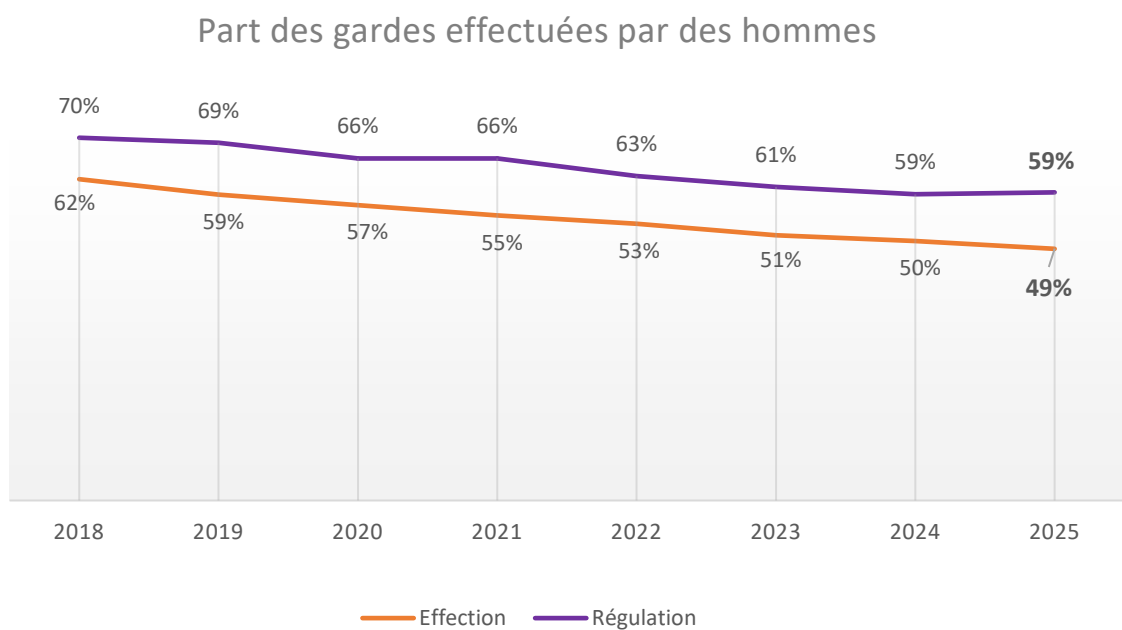
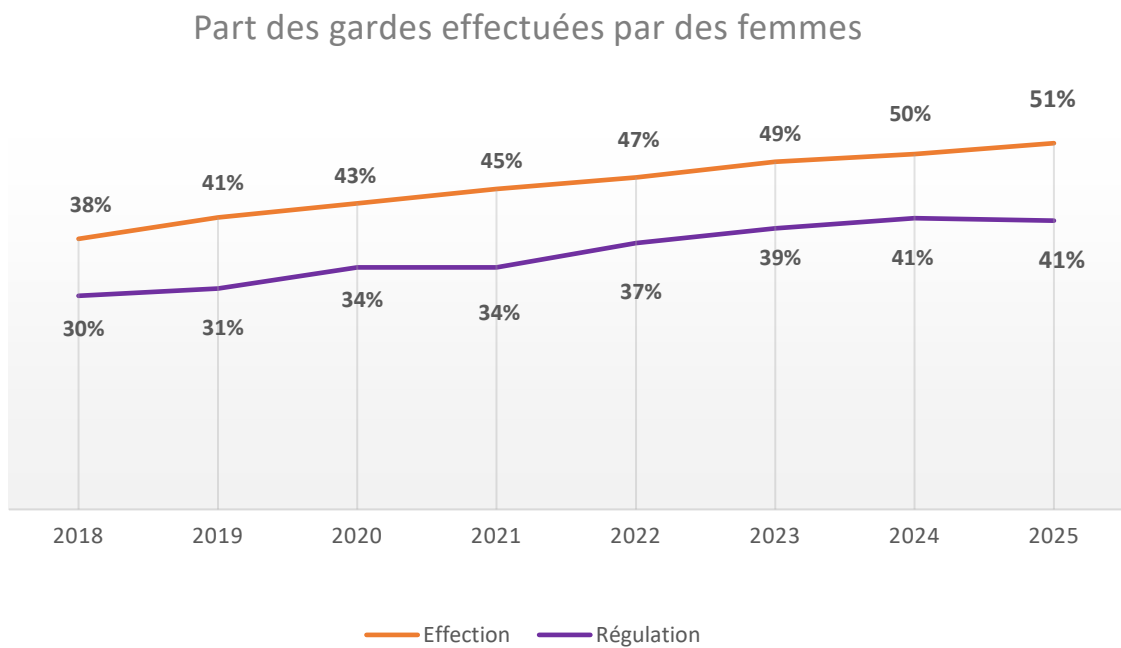
Graphique 23 - Répartition des médecins régulateurs Hommes/Femmes entre 2018 et 2025



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 et 2025

²⁷ [Atlas de la démographie médicale au 1^{er} janvier 2025](#) – Conseil national de l'Ordre des Médecins

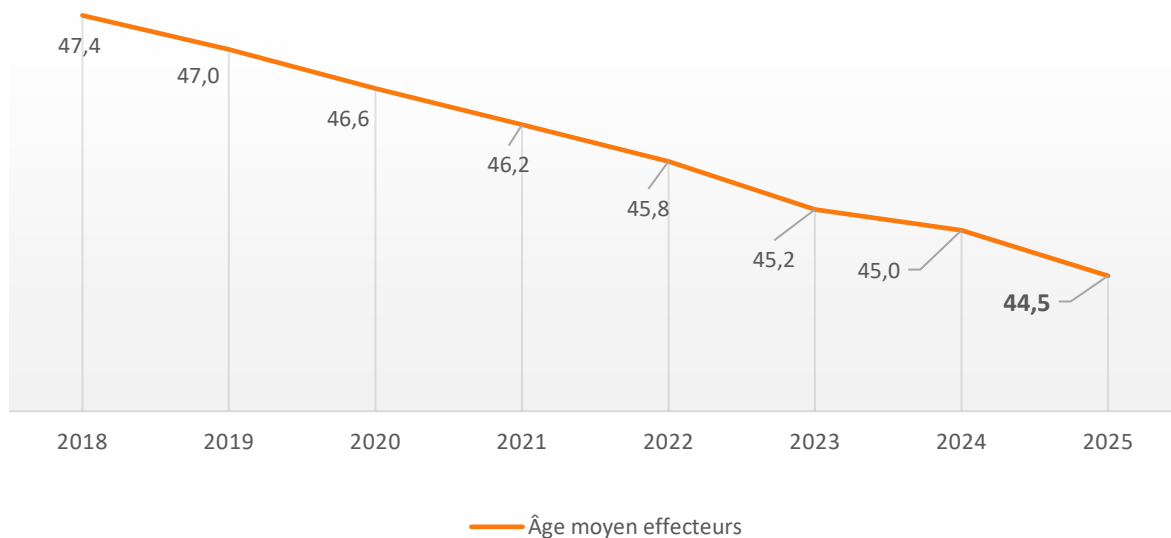
Graphique 24 - Part des gardes effectuées selon le sexe de 2018 à 2025



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 et 2025

Dans la continuité des années précédentes, la moyenne d'âge des médecins de gardes d'effectif continue de reculer, passant de 45 ans en 2024 à 44,5 ans en 2025.

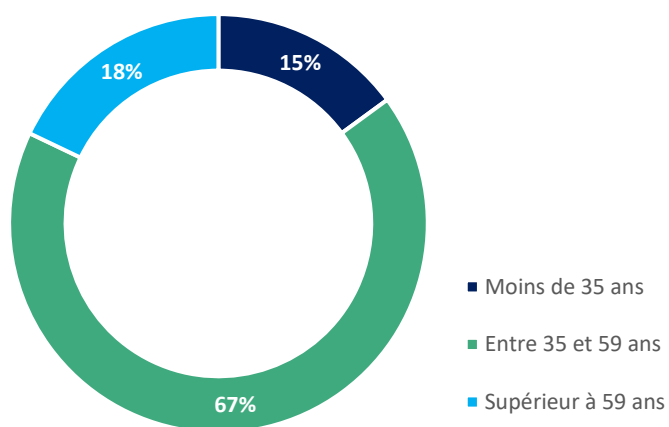
Graphique 25 – Evolution de l'âge moyen des médecins effecteurs entre 2018 et 2025



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 et 2025

On observe des disparités concernant l'âge moyen des effecteurs selon les départements, celui-ci variant d'un minimum de 40,6 ans dans le Finistère à un maximum de 52,1 ans dans l'Indre.

Graphique 26 – Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2025 selon la tranche d'âge

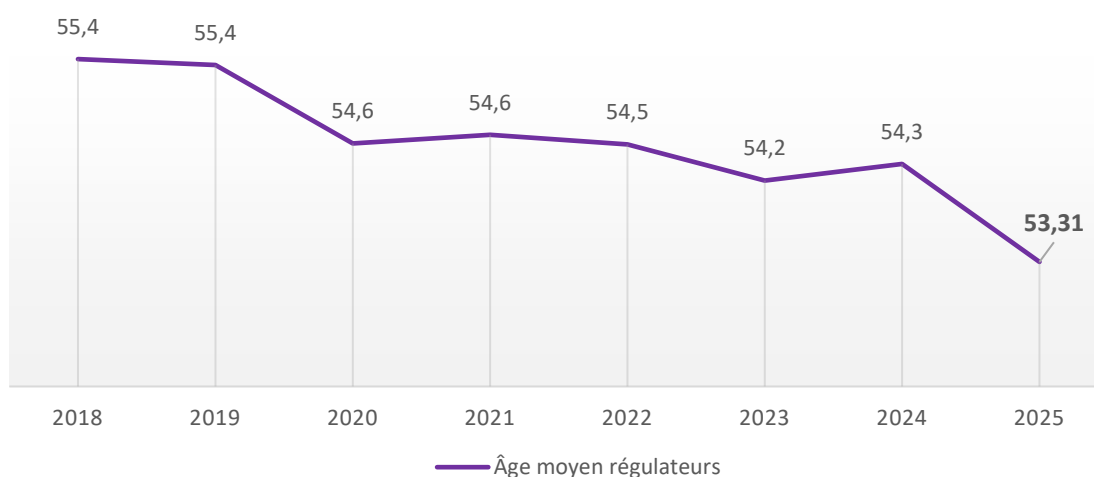


Source : CNOM, Ordigard, 2025

L'âge moyen des remplaçants effectuant des gardes d'effecton demeure stable, s'établissant à 33,3 ans en 2025, comme l'année précédente. Parmi eux, les étudiants présentent un âge moyen de 30 ans, tandis que les médecins non installés affichent une moyenne d'âge de 36,7 ans.

L'âge moyen des médecins régulateurs a diminué en 2025 au niveau national et s'élève désormais à 53,3 ans, contre 54,3 ans l'année précédente. Cet âge moyen présente des disparités marquées selon les départements : il atteint un minimum de 40,6 ans dans la Manche et un maximum de 71,1 ans dans le Tarn-et-Garonne.

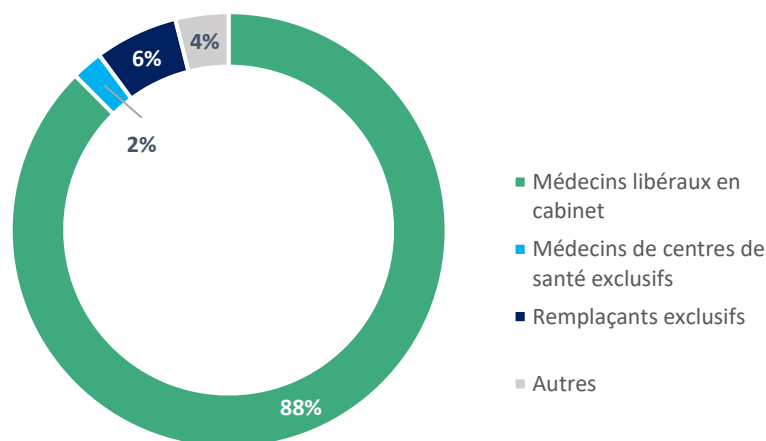
Graphique 27 – Evolution de l'âge moyen des médecins régulateurs entre 2018 et 2025



Sources : CNOM, Ordigard, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 et 2025

S'agissant de leur mode d'exercice, la majorité des médecins participant à la PDSA sont des médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet, représentant 88 % des effecteurs en 2025. La proportion de remplaçants exclusifs est restée stable à 6 %, tandis que les médecins exerçant en centre de santé exclusivement représentaient 2 % des médecins de garde, un niveau identique à celui de l'année précédente.

Graphique 28 - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2025 selon le mode d'exercice



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2025

Malgré une représentation plus faible, les médecins salariés de centres de santé peuvent également contribuer à l'organisation de la PDSA. Conformément à l'accord national, ils ont la possibilité de participer au dispositif ; dans ce cas, la rémunération forfaitaire prévue par le cahier des charges de l'ARS est versée au centre de santé. Ainsi, certains centres de santé peuvent être amenés à fonctionner comme des MMG durant les plages horaires de PDSA.

Il convient également de souligner que les médecins salariés de centres de santé peuvent intervenir dans la PDSA à titre individuel, en tant que praticiens assurant ponctuellement une mission de service public. L'instruction interministérielle du 25 octobre 2019 encadre cette possibilité, leur permettant de percevoir directement la rémunération associée, sans relever pour autant du statut libéral.

Selon la Fédération nationale des centres de santé (FNCS)²⁸, 711 centres sur 1 229 centres de santé polyvalents ou médicaux participaient en 2023 à la permanence des soins, soit 58 % de ces structures. Toutefois, à titre individuel, la participation des médecins salariés apparaît plus limitée : 621 médecins exerçant en centres de santé ont pris part à la permanence des soins ambulatoires en 2025, sur un effectif de 4511 médecins généralistes salariés en centres de santé exclusifs en exercice cette année-là, ce qui correspond à un taux d'environ 14 %, un niveau inférieur à la moyenne nationale (40,2 %) incluant la participation des médecins libéraux.

c. Remplacement

D'après les données issues d'Ordigard, le recours au remplacement demeure fréquent parmi les médecins effecteurs : près d'un médecin de garde sur quatre a été remplacé au moins une fois en 2025 à l'échelle nationale, soit 23,8 %, un niveau comparable à celui de l'année précédente (23,1 %). La part des médecins effecteurs remplacés au moins une fois présente de fortes disparités départementales, oscillant entre 0,38 % en Haute-Savoie et 71,3 % dans l'Aube. Les médecins remplacés sur la totalité de leurs gardes représentent quant à eux une part de 4,6 % au niveau national, un taux légèrement inférieur à celui observé l'année précédente (5,2 %).

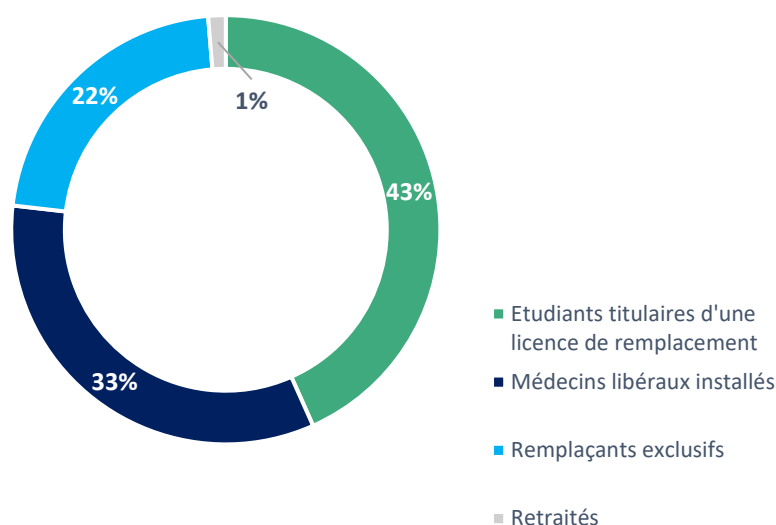
En régulation médicale, le recours au remplacement est nettement moins répandu et ne concerne que 2,4 % des médecins régulateurs en 2025.

En 2025, 6,9 % des gardes ont été assurées par des remplaçants, une proportion quasiment identique à celle observée en 2024 (6,8 %). Cependant, ce taux varie considérablement d'un département à l'autre, allant de 0,11 % en Haute-Savoie à 33,1 % dans le Val-de-Marne. Il convient toutefois de nuancer ces résultats en rappelant que ces données proviennent des enregistrements réalisés dans Ordigard et que certains remplacements peuvent ne pas être systématiquement reportés sur le tableau de garde. Les valeurs présentées doivent donc être interprétées comme une estimation minimale du taux réel de gardes remplacées au cours de l'année.

En 2025, les étudiants constituent toujours la principale catégorie de remplaçants, représentant 43 % des effectifs. Ils sont suivis par les médecins libéraux, qui en constituent 33 %, puis par les remplaçants exclusifs, à hauteur de 22 %. La participation des médecins retraités demeure très marginale, limitée à 1 % des remplaçants.

²⁸ [2024, les chiffres nationaux de l'observatoire des CDS](#) – Fédération Nationale des Centres de Santé

Graphique 29 - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2025 selon le statut



Source : CNOM, Ordigard, 2025

d. Exemptions et réquisitions

En application de l'article R.6315-4 du code de la santé publique, le CDOM peut accorder des exemptions de permanence des soins en tenant compte de critères tels que l'âge, l'état de santé ou, le cas échéant, les conditions particulières 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 délivrées à l'issue d'une évaluation individualisée de chaque situation.

Il est important de rappeler qu'aucun texte ne fixe un âge limite au-delà duquel un médecin ne pourrait plus participer à la PDSA. Les demandes fondées sur l'état de santé font quant à elles l'objet d'un examen strictement au cas par cas. Par ailleurs, même si l'insécurité ou les contraintes familiales ne figurent pas parmi les critères réglementaires d'exemption, des aménagements peuvent être apportés de manière confraternelle lors de l'élaboration des tableaux de garde.

En cas de carence dans le tableau de garde, et dès lors que des médecins non exemptés sont disponibles sur le territoire, le préfet peut procéder à des réquisitions afin de garantir la continuité du service. Toutefois, le recours à ces réquisitions varie d'un département à l'autre et n'est pas systématique.

Selon l'enquête réalisée auprès des CDOM, des carences de couverture de certains secteurs ont été signalées dans 67 départements en 2025, soit 8 de moins qu'en 2024. Parmi eux, 45 CDOM ont dû intervenir afin d'assurer la complétude des tableaux de garde. Ces carences en horaires de PDSA ont conduit à des réquisitions préfectorales dans 36 départements en 2025, soit 2 de moins que l'année précédente.

Dans la grande majorité des cas (81%), ces réquisitions étaient de nature ponctuelle, tandis qu'elles étaient récurrentes dans 19% des départements.

Les réquisitions ponctuelles étaient essentiellement liées à des mouvements de grève ou à des périodes où la mobilisation de médecins volontaires s'avérait plus difficile, notamment durant les fêtes de fin d'année. Lorsqu'elles étaient récurrentes, elles résultaient le plus souvent de grèves répétées, de l'insuffisance de médecins volontaires dans certains territoires ou encore de conditions d'exercice particulières. C'est notamment le cas dans le Finistère, où les réquisitions relatives à l'effectif mobile étaient récurrentes, fautes de volontaires, principalement en raison des distances importantes à parcourir.

La chambre disciplinaire nationale a jugé, dans trois décisions publiées le 19 avril 2021²⁹, que l'organisation de la PDSA permet la réquisition de médecins non volontaires pour couvrir les plages vacantes, plutôt que de solliciter des médecins déjà volontaires sur d'autres créneaux.

Elle a précisé à ce titre 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 ayant eu recours à des réquisitions, 19 CDOM indiquent avoir transmis à l'ARS des listes de médecins pouvant être réquisitionnés en anticipation de ces mesures. Dans la majorité des cas, ces listes se constituaient simplement de l'ensemble des médecins libéraux non exemptés du secteur en carence. Certains CDOM y mentionnent également l'âge de ces médecins, et distinguent parfois ceux qui participent activement à la PDSA de ceux qui sont non-volontaires. Il arrive également que les CDOM communiquent les noms des médecins qui se déclarent grévistes mais qui consentent tout de même à assurer les gardes sur lesquels ils étaient initialement positionnés, sous réserve d'une réquisition.

Selon l'enquête menée auprès des CDOM, le nombre de médecins réquisitionnés a nettement diminué, passant de 820 en 2024 à seulement 415 en 2025.

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.6311-3³⁰ 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.

²⁹ Chambre disciplinaire nationale N° 14116 ; 14117 ; 14118

³⁰ [Article L6311-3 du Code de la Santé Publique](#) - Légifrance

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 2024³¹ relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins.

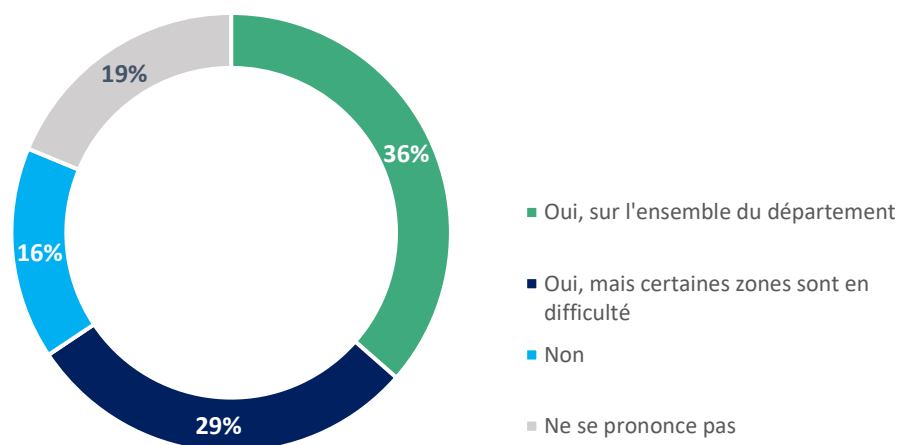
D'après les données communiquées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), le Service d'accès aux soins est désormais déployé sur l'ensemble du territoire national, à l'exception de la Guadeloupe, de la Guyane et de Mayotte, où des travaux sont encore en cours pour permettre sa mise en œuvre.

Nous avons sollicité les CDOM afin de recueillir leur appréciation du fonctionnement du SAS dans leur département et les réponses obtenues se révèlent nuancées : 35 % des CDOM déclarent que le dispositif fonctionne correctement à l'échelle départementale, 29 % considèrent qu'il fonctionne globalement correctement mais que certaines zones rencontrent des difficultés, tandis que 16 % estiment que le SAS ne fonctionne pas de manière satisfaisante sur leur territoire.

³¹ [Décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins](#) - Légifrance

Graphique 30 – Evaluation du bon fonctionnement du SAS par les CDOM en 2025

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



Source : CNOM, Ordigard, 2025

Parmi les départements qui décrivent un SAS fonctionnant de manière optimale, plusieurs exemples peuvent être relevés : le Puy-de-Dôme, qui recense 240 médecins effecteurs volontaires participant au dispositif ; la Vendée, où le SAS a permis de réaliser 25 000 consultations en deux ans avec, selon le CDOM, une nette diminution des passages aux urgences ; et le Val-de-Marne, où le SAS 94 ne cesse de croître et de se développer sur le territoire après trois ans d'existence.

Les CDOM qui estiment que le SAS fonctionne globalement correctement, tout en soulignant certaines difficultés, mettent principalement en avant le manque d'effecteurs et les problématiques liées à la démographie médicale. Ainsi, le CDOM de la Loire-Atlantique souligne que, dans certaines zones sous-médicalisées, les médecins doivent faire face à une activité intense en cabinet et peinent à dégager du temps pour les soins non programmés en dehors de leur patientèle. Dans d'autres départements, les difficultés tiennent moins à des zones géographiques qu'à des créneaux horaires spécifiques plus difficiles à couvrir, notamment le samedi matin ou les vacances scolaires, comme en témoigne le CDOM des Côtes-d'Armor.

Dans les départements où le fonctionnement du SAS est jugé insatisfaisant, plusieurs motifs sont avancés. Les difficultés proviennent d'abord d'un nombre insuffisant de médecins régulateurs, comme en Dordogne, dans le Doubs ou dans le Maine-et-Loire, ou d'un manque d'effecteurs inscrits dans le dispositif, comme dans le Loir-et-Cher, le Doubs, le Lot-et-Garonne ou l'Orne. Certains effecteurs signalent également un faible nombre de sollicitations ou des rendez-vous non honorés par les patients. Enfin, il a été rapporté que la plateforme informatique du SAS ne serait pas adaptée à l'organisation locale, notamment parce qu'elle n'intègre pas les CPTS.

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 exposés à la problématique de la prise en charge des soins non programmés, que ce soit en journée ou durant les horaires de permanence des soins ambulatoires, ces structures étant majoritairement insuffisamment pourvues en personnel médical.

En période de PDSA, les demandes de soins non programmés des résidents sont généralement considérées comme des visites dites *incompressibles*, car il est admis qu'une intervention sur le lieu de résidence constitue souvent l'option la plus adaptée, plutôt que d'acheminer ces patients vers le lieu d'effectation fixe.

Cependant, l'intervention d'un médecin de garde en EHPAD peut s'avérer délicate : elle suppose la disponibilité de matériel adapté, la présence d'un membre du personnel soignant sur place durant ces horaires, ainsi que l'accès au dossier médical du patient. Lorsque ni soignants ni informations médicales ne sont disponibles, la prise en charge devient particulièrement complexe, ce qui peut susciter une réticence à intervenir dans ces établissements.

Dans les territoires dépourvus d'effectation mobile ou d'organisations spécifiques pour gérer ces visites incompressibles, le recours au transport en ambulance vers le service d'urgences le plus proche apparaît souvent comme la seule solution face à un besoin de soins non programmés, sauf si une organisation dédiée est mise en place.

D'après l'enquête menée auprès des CDOM, des dispositifs spécifiques à l'organisation de la permanence des soins dans les EHPAD étaient mis en place dans 12 départements en 2025, contre 14 en 2024 et seulement 6 en 2023.

La prise en charge spécifique des résidents d'EHPAD durant les horaires de PDSA peut se décliner à travers la mise en place de différents dispositifs, tels que :

- L'établissement d'une convention spécifique impliquant les généralistes libéraux du secteur où se situe l'EHPAD pour y intervenir, comme cela a été évoqué par le CDOM de l'Ariège ;
- La mise en place d'astreintes gériatriques en lien avec des centres hospitaliers, comme observé dans le Cher et le Bas-Rhin notamment. Ces astreintes en établissements de santé peuvent être assurées par des médecins, comme indiqué par le CDOM de Corse-du-Sud, ou par des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), comme mentionné par les CDOM de Maine-et-Loire, des Pyrénées-Orientales, du Puy-de-Dôme ou encore de la Vienne, où des astreintes 24h/24 ont été instaurées dans quelques EHPAD, limitant ainsi le recours au médecin de garde ou au Centre 15.
- L'établissement d'une convention avec SOS Médecins pour assurer les visites en EHPAD, comme c'est le cas en Essonne ;
- Le recours à des médecins régulateurs urgentistes intervenant en visioconférence auprès des équipes soignantes, comme cela se pratique dans le Maine-et-Loire ;

- L'intervention de médecins mobiles, comme mentionné par le CDOM du Gard.

Par ailleurs, les visites en EHPAD peuvent être explicitement prévues comme faisant partie des missions du médecin de garde, qu'il soit fixe ou mobile, comme précisé dans les cahiers des charges de la PDSA d'Occitanie, de Bretagne et des Pays de la Loire. Certaines maisons médicales de garde peuvent également être intégrées ou adossées à des EHPAD, comme observé en Île-de-France ou en Nouvelle-Aquitaine.

3.2 PDSA et Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) correspond à une prise en charge hospitalière à temps complet réalisée au domicile du patient. Elle permet au patient, lorsque les conditions le permettent, de bénéficier dans son environnement habituel de soins qui ne peuvent être réalisés en médecine de ville en raison de leur complexité, de leur intensité ou de leur technicité. L'HAD s'adresse donc à des patients nécessitant une continuité des soins ainsi qu'une équipe médicale et pluridisciplinaire coordonnée. À ce titre, elle ne relève pas du périmètre ni des missions de la PDSA.

Toutefois, conformément à l'article D. 6124-201 du code de la santé publique³², il est prévu que « [...] *A titre exceptionnel, avec l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé et pour les jours et horaires prévus à l'article R. 6315-1, le recours à l'avis médical peut être organisé en coopération avec le dispositif de permanence des soins ambulatoires dans le cadre d'une convention prévoyant, notamment, la procédure de recours, les modalités d'accès au dossier médical des patients et les modalités de rémunération [...]* ». Ainsi, les centres de régulation médicale sont organisés de façon à permettre au médecin régulateur d'accéder, dans le respect de la réglementation, aux conventions existantes.

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 rappelle que la continuité des soins doit être assurée en priorité par une mutualisation entre structures d'HAD. Le recours à d'autres acteurs, notamment ceux de la PDSA, ne doit être envisagé qu'en dernier ressort.

3.3 Établissement des certificats de décès

Le certificat est un document médico-administratif indispensable, sans lequel aucune démarche administrative ou funéraire ne peut être engagée. En application de l'article L2223-42 du Code général des collectivités territoriales : « *L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat attestant le décès, établi par un médecin, en activité ou retraité, par un étudiant en cours de troisième cycle des études de médecine en France ou un praticien à diplôme étranger hors Union européenne autorisé à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine, dans des conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national de l'Ordre des médecins.[...]* »³³. Aucun texte n'impose de délai pour l'établissement du certificat de décès, mais les dispositions relatives à l'admission en chambre funéraire ou aux opérations de transport des corps vers un établissement de santé précisent que ce délai ne peut excéder 48 heures³⁴.

La rédaction de ces certificats de décès ne fait pas formellement partie des missions du médecin de garde de PDSA, mais l'enquête menée auprès des CDOM révèle que cette tâche

³² Article [D6124-201](#) du Code de la Santé publique - Légifrance

³³ Article [L2223-42](#) du Code général des collectivités territoriales - Légifrance

³⁴ Article [R2223-76](#) du Code général des collectivités territoriales - Légifrance

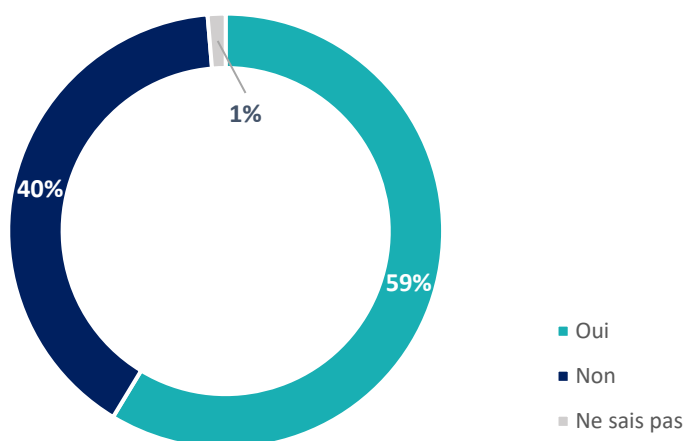
repose sur ces médecins pour tout ou partie du département dans 73 % des départements, un chiffre en baisse de 7 points par rapport à l'année précédente.

Le financement de la rédaction des certificats de décès a été fixé par le décret n°2017-1002 du 11 mai 2017³⁵ et l'arrêté du 10 mai 2017³⁶, lesquels ont institué un forfait au montant brut de 100 euros versé par la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement, applicable durant les horaires de la PDSA, et en dehors de ces horaires dans les zones officiellement désignées comme fragiles en termes d'offres de soins³⁷.

Malgré cette mesure, la problématique de gestion des certificats de décès demeure. En effet, en 2025, 59 % des CDOM déclarent rencontrer des difficultés particulières liées à cette tâche, contre 67 % en 2024, ce qui traduit une amélioration légère mais réelle.

Graphique 31 – Répartition des départements rencontrant ou non des difficultés relatives à l'établissement des certificats de décès en 2025

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



Source : CNOM, Ordigard, 2025

Les CDOM font état de différentes difficultés qui peuvent se cumuler, et ils sont nombreux à déplorer le manque d'effecteurs disponibles pour établir les certificats de décès en horaires de PDSA, comme l'ont notamment rapporté les CDOM du Cantal, de l'Aude, de la Drôme et de l'Eure. Ces difficultés sont d'autant plus marquées pour les décès survenus en nuit profonde, comme relevé par les CDOM du Maine-et-Loire, du Pas-de-Calais ou encore celui des Côtes-d'Armor qui en témoigne : « *En nuit profonde de semaine, l'absence d'unité médico-judiciaire induit une difficulté pour faire réaliser les certificats de décès en cas de mort suspecte ou violente, qui se font essentielles sur réquisition auprès de nos confrères non formés et déjà bien débordés.* ».

³⁵ [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

³⁶ [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

³⁷ Par arrêté du directeur général de l'ARS.

Les difficultés à se déplacer et les longues distances à parcourir pour établir les certificats de décès ont également été identifiées comme un frein par plusieurs CDOM, parmi lesquels les CDOM du Calvados, de la Charente, du Finistère ou encore de la Guyane où l'étendue du territoire rend difficile une couverture complète.

D'autres éléments viennent également compliquer la réalisation des certificats de décès. Parmi eux, la difficulté pour les médecins de garde en MMG de quitter le point fixe pour se rendre au domicile du défunt, surtout lorsque l'activité est soutenue, ou encore le refus de certains médecins traitants et équipes d'HAD de prendre en charge cet acte pour leurs propres patients. À cela s'ajoute, dans certains territoires, la complexité d'obtenir les certificats au format papier.

Dans 38 % des CDOM interrogés, des médecins retraités participent à la rédaction des certificats de décès, contribuant ainsi à atténuer les obstacles précédemment évoqués. Ils se heurtent toutefois à plusieurs obstacles : complexité des procédures de rémunération, absence de paiement en dehors des horaires de PDSA, ou encore disparités d'indemnisation selon les territoires, une problématique qui concerne d'ailleurs l'ensemble des médecins, retraités ou non. En effet, le forfait de 100 € mentionné plus haut n'est applicable en horaires ouvrés que dans les territoires classés comme zones d'intervention prioritaire (ZIP), c'est-à-dire dans les zones considérées comme fragiles en termes d'offre de soins. Cette situation peut alimenter un sentiment d'inégalité de traitement chez les médecins intervenant hors horaires PDSA sans être indemnisés, tandis que leurs confrères en ZIP, parfois installés dans des communes voisines, perçoivent une rémunération pour un acte identique réalisé au même moment.

Dans l'objectif de remédier à ces disparités, le CNOM a engagé des démarches visant à obtenir l'extension du dispositif tarifaire à l'ensemble des plages horaires, mais celles-ci n'ont, à ce jour, pas abouti. La coexistence de deux régimes de rémunération distincts selon le moment et le lieu d'intervention est jugée incompréhensible, tant par les médecins que par les familles des défunts, et contribue à affaiblir l'attractivité et l'efficacité du dispositif. Le CNOM entend poursuivre ses actions en faveur d'une révision de cette politique.

En 2025, 50 départements disposaient d'un dispositif spécifiquement dédié à la prise en charge des certificats de décès, contre 40 l'année précédente. Parmi ces dispositifs, figurent notamment des listes de médecins volontaires, qu'ils soient retraités ou non, mises à la disposition du centre 15 ou de l'ARS. Ce type d'organisation a été instauré notamment dans l'Aude, le Doubs, l'Hérault ou la Seine-Maritime. D'autres dispositifs plus spécifiques peuvent être cités tels l'établissement d'une convention entre médecins dédiés et entreprises de pompes funèbres dans le Loiret, la mise en place d'une astreinte téléphonique permanente par le CDOM de Haute-Corse, l'intervention des médecins mobiles formés en médecine légale dans le Gard ou encore l'astreinte décès assurée sur l'ensemble du territoire par les médecins libéraux du Réseau médical solidaire de l'aéroport Aimé Césaire en Martinique.

Il convient également de rappeler 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 les modalités d'établissement des certificats de décès. En application de ces dispositions, le décret n° 2020-446 du 18 avril 2020 est venu préciser les conditions destinées à faciliter l'intervention des médecins retraités non exerçants dans la rédaction des certificats de décès. Comme le souligne 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. ». À ce titre, des médecins retraités ont été mobilisés pour l'établissement des certificats de décès dans 39 départements, et l'on dénombre au moins 193 médecins retraités ayant intégré ce dispositif à l'échelle nationale selon les CDOM interrogés.

En outre, les infirmiers diplômés d'État (IDE) peuvent désormais établir des certificats de décès, conformément aux modalités définies par le décret³⁸ n° 2024-375 du 26 avril 2024, qui modifie le décret n° 2023-1146 du 6 décembre 2023 relatif à l'expérimentation prévue à l'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. Un IDE volontaire, ayant suivi une formation spécifique, peut ainsi être habilité à rédiger un certificat de décès pour une personne décédée à son domicile ou dans un établissement pour personnes âgées dépendantes, à l'exception des situations où le caractère violent du décès est manifeste.

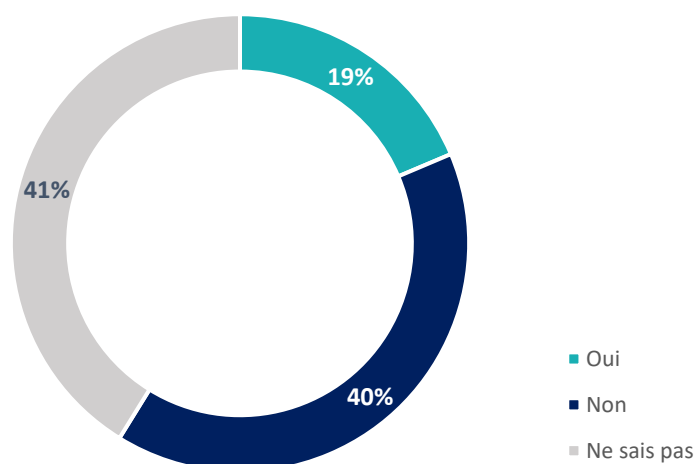
D'ailleurs, parmi les 50 CDOM ayant déclaré disposer d'un dispositif spécifique pour l'établissement des certificats de décès, plus de la moitié ont indiqué recourir à l'intervention d'IDE. Toutefois, leur mobilisation demeure inégale selon les territoires : dans certains départements, les IDE n'interviennent que dans des lieux précis, comme les EHPAD, ou uniquement en journée, tandis que dans d'autres ils peuvent être sollicités en horaires de PDSA.

Interrogés sur l'éventuelle diminution de la pression pesant sur les médecins effecteurs depuis l'entrée en vigueur de cette disposition, seuls 19 % des CDOM ont estimé que l'intervention des IDE avait permis une réelle baisse de sollicitations des médecins. Pour les autres, plusieurs raisons ont été avancées : déploiement du dispositif encore inexistant dans leur territoire, intervention limitée aux seuls EHPAD et HAD ou à certains horaires, ou encore absence de visibilité quant au volume de certificats de décès réalisés par les IDE dans leurs territoires.

³⁸ [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

Graphique 32 - Avis des CDOM concernant l'impact de l'intervention des IDE dans l'élaboration des certificats de décès sur la PDSA en 2025

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 2025

3.4 Examen des gardés à vue

Conformément à l'article 63-3³⁹ du Code de procédure pénale, toute personne placée en garde à vue a la possibilité, à sa demande, d'être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire. En cas de prolongation, le gardé à vue peut demander à être examiné une seconde fois.

Tout comme l'établissement des certificats de décès, l'examen des gardés à vue n'entre pas officiellement dans le champ des missions du dispositif de PDSA. En effet, s'agissant d'un droit plutôt que d'une nécessité thérapeutique, le ministère de la Justice⁴⁰ a soutenu qu'il ne devrait pas dépendre de l'organisation de la PDSA car cela pourrait fragiliser davantage les zones présentant une faible démographie médicale, et où le dispositif reste déjà sous tension.

La réforme de 2010, issue du schéma d'organisation de la médecine légale et détaillée dans la circulaire 27 décembre 2010⁴¹, 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 aurait dû conduire à la mise en place d'un système de permanence, permettant aux médecins légistes de se rendre dans les commissariats et les gendarmeries pour effectuer les examens médicaux des personnes en garde à vue.

L'enquête menée auprès des CDOM en 2025 révèle que la prise en charge exclusive par les UMJ était effective dans 10 départements : les Bouches-du-Rhône, le Calvados, la Corse-du-

³⁹ Article [63-3](#) du code de procédure pénale - Légifrance

⁴⁰ Direction des affaires criminelles et des grâces, juillet 2009, [Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue](#)

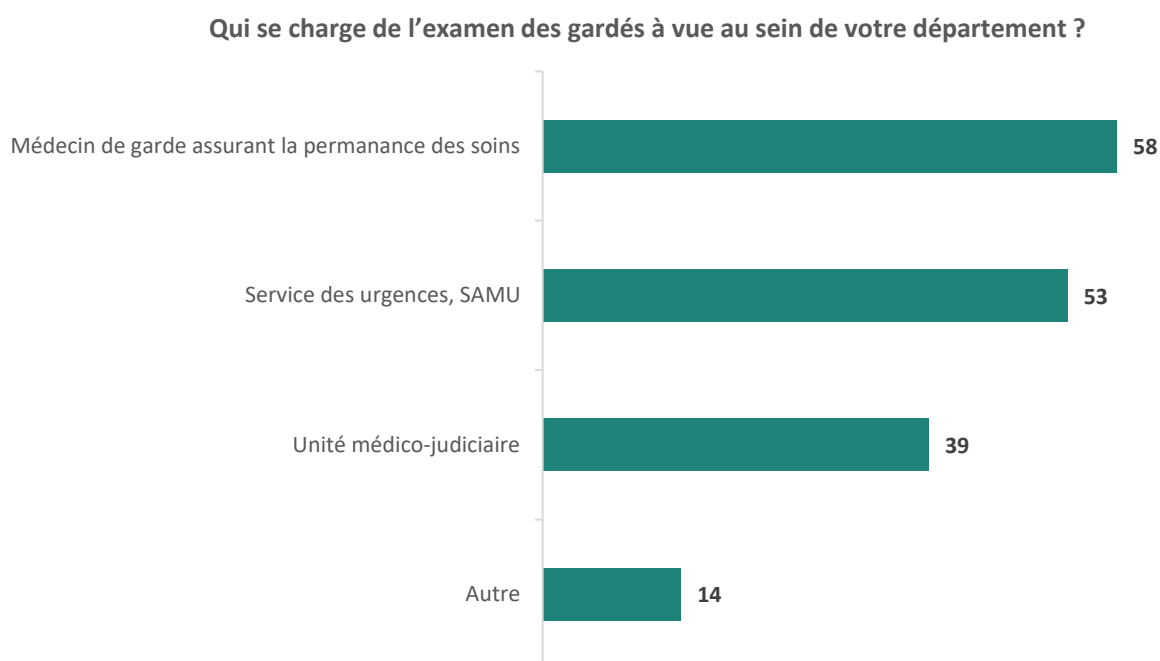
⁴¹ [Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale](#)

Sud, la Haute-Loire, l'Oise, les Pyrénées-Orientales, Paris, les Yvelines, les Hauts-de-Seine, et la Polynésie française.

Dans 29 autres départements, les UMJ prennent en charge l'examen des gardés à vue conjointement avec d'autres acteurs tels que les médecins de garde assurant la permanence des soins, le service des urgences, le SAMU, des médecins d'associations de permanence des soins ou de l'Association médicale de lutte contre l'ivresse publique et manifeste comme l'a souligné le CDOM de Nouvelle-Calédonie.

Par ailleurs, dans les départements où les UMJ ne prennent pas en charge cette mission, d'autres intervenants se mobilisent, tels que des médecins retraités volontaires, des médecins libéraux, des élus ordinaires ou encore des associations de type SOS Médecins comme mentionné par les CDOM du Morbihan, de la Savoie et de la Seine-Maritime.

Graphique 33 - Répartition des acteurs participant à la prise en charge de l'examen des gardés à vue en 2025



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

En 2025, parmi les départements au sein desquels l'examen des gardés à vue est effectué par un médecin de garde ou le service des urgences, 22 d'entre eux ont déclaré que le mode d'organisation avait fait l'objet d'une convention, un nombre resté inchangé par rapport à l'année précédente :

- Entre les associations de type SOS Médecins ou les centres de soins non programmés et les forces de l'ordre ou la préfecture, comme observé dans les Alpes-Maritimes, en Côte-d'Or, en Gironde, en Isère, dans la Somme ou encore dans le Val-de-Marne ;
- Entre le centre hospitalier et l'autorité judiciaire, comme c'est le cas dans le Calvados, la Manche et la Marne ;
- Entre les médecins de garde de la PDSA et les services d'accueil des urgences (SAU), comme cela a été mis en place dans le Territoire-de-Belfort et le Haut-Rhin par

exemple, où la convention prévoit que les médecins de la MMG réalisent l'examen des gardés à vue jusque 23h, tandis que le SAU des hôpitaux civils de Colmar les prend en charge durant la nuit profonde.

La loi d'orientation et de programmation du ministère de la Justice, adoptée en 2023 et dont le décret d'application⁴² est entré en vigueur en novembre 2024, a introduit la possibilité de recourir à la téléconsultation lors d'une prolongation de garde à vue, sous certaines conditions. Conformément à 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 vidéoconférence 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'État. 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 pour la première fois en février 2025 entre la compagnie de gendarmerie de Senlis dans l'Oise et le parquet, afin de tester l'installation d'une borne de téléconsultation au sein de la gendarmerie. Ce dispositif demeure cependant strictement encadré et exclut les mineurs, les majeurs sous protection juridique, les femmes enceintes, les personnes en garde à vue pour violence ou outrage envers une autorité publique, celles blessées lors de l'interpellation, les personnes sourdes, ou encore les personnes présentant des problèmes de santé ou une vulnérabilité particulière.

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

4.1 Tableau de garde

a. *Élaboration*

L'organisation de l'élaboration des tableaux de garde de la permanence des soins ambulatoires peut varier d'un département à l'autre et mobiliser 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 conjointement par le CDOM et les acteurs précités. Quelle que soit l'approche choisie pour leur élaboration, la validation des tableaux de garde par le CDOM demeure obligatoire.

En 2025, l'élaboration des tableaux de garde d'effectif était principalement assurée par les responsables de secteur (80 % des départements), et dans une moindre mesure par les associations départementales de PDSA (ADOPS, ASUM et autres, pour 31 % des départements). Ces tableaux étaient ensuite compilés et validés par les CDOM au niveau départemental. Dans 17 % des départements, le CDOM élabore et saisit les tableaux de garde d'effectif en plus de les valider.

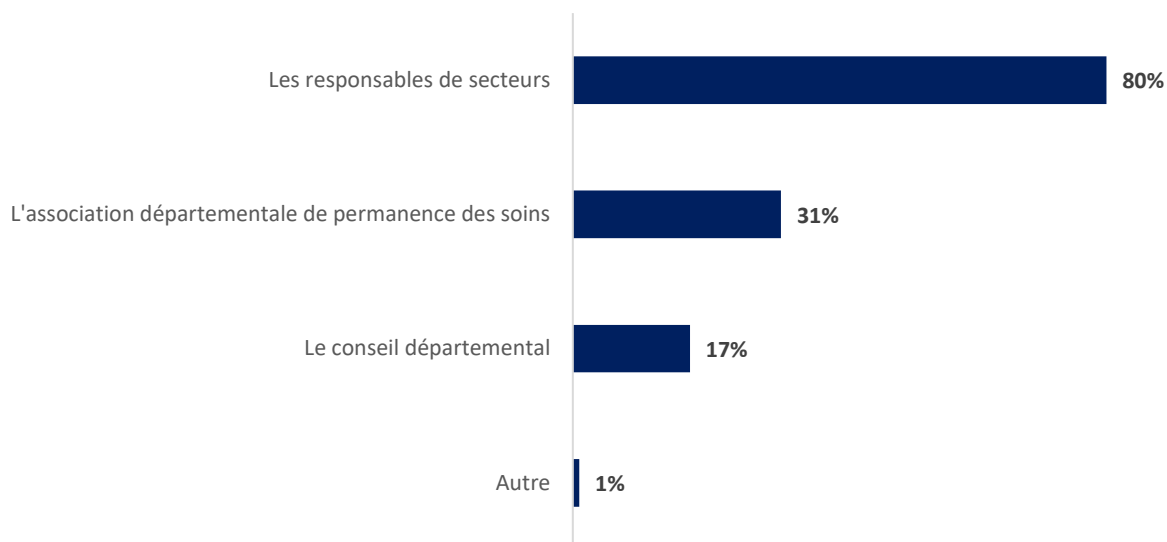
Concernant la régulation, la gestion des tableaux de garde est assurée majoritairement par les associations de médecins régulateurs libéraux (66 %) et, dans une moindre mesure, par les associations départementales de permanence des soins (27 %). Les CDOM n'interviennent que de façon marginale (3 %) dans leur élaboration. Dans les autres cas, la

⁴² [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

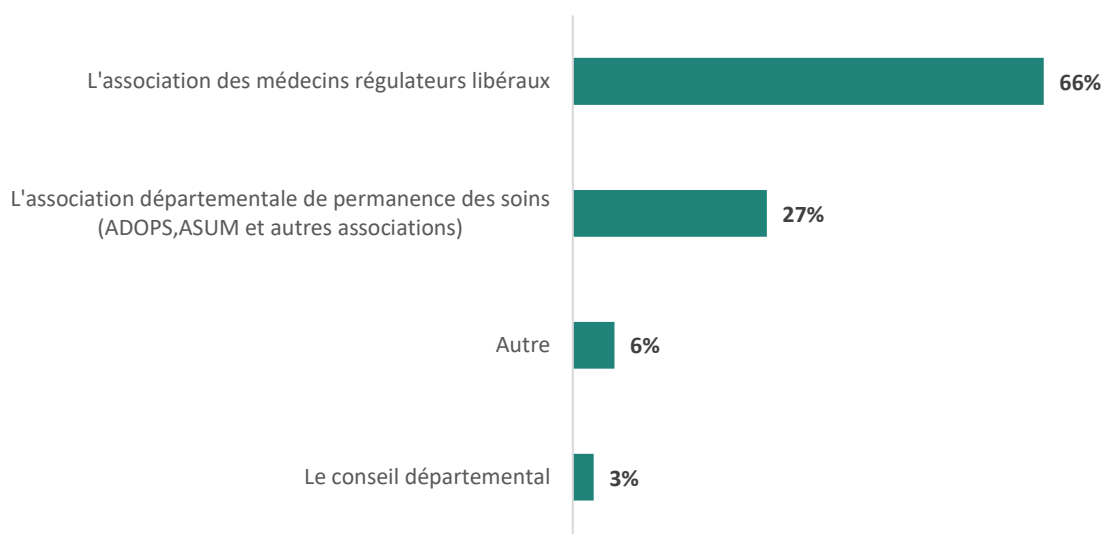
régulation est assurée par le Centre 15 dans les départements qui ne bénéficient pas de régulation libérale.

Graphique 34 - Elaboration des tableaux de garde d'effectif et de régulation en 2025

Qui élabore le tableau de PDSA pour les médecins effecteurs ?



Qui élabore le tableau de PDSA pour les médecins régulateurs ?



Source : CNOM, Enquête PDSA 2025

b. Utilisation des logiciels Ordigard et PGarde

Ordigard est une solution informatique développée et conçue en 2006 par le Conseil national de l'Ordre des médecins pour permettre la gestion des tableaux de garde, et ainsi répondre à la mise en place par décret d'une nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoires en 2006. Ce logiciel permet la gestion des gardes des médecins effecteurs et régulateurs et leurs modalités de participation à ce dispositif dans chaque secteur de PDSA. Il assure ainsi une gestion structurée des différents secteurs de gardes de chaque

département, des fiches de gardes des médecins et associations de soins impliqués, la gestion des plages horaires de garde selon l'organisation mise en place, ainsi que de la tarification des indemnités d'astreinte.

Par ailleurs, Ordigard met à disposition des utilisateurs des interfaces différenciées et adaptées selon leur profil et s'adresse à l'ensemble des acteurs impliqués dans la PDSA, tels que les CDOM, les médecins, les agences régionales de santé, les associations de permanence des soins, le SAMU ou encore les Caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM) qui interviennent dans le paiement des gardes.

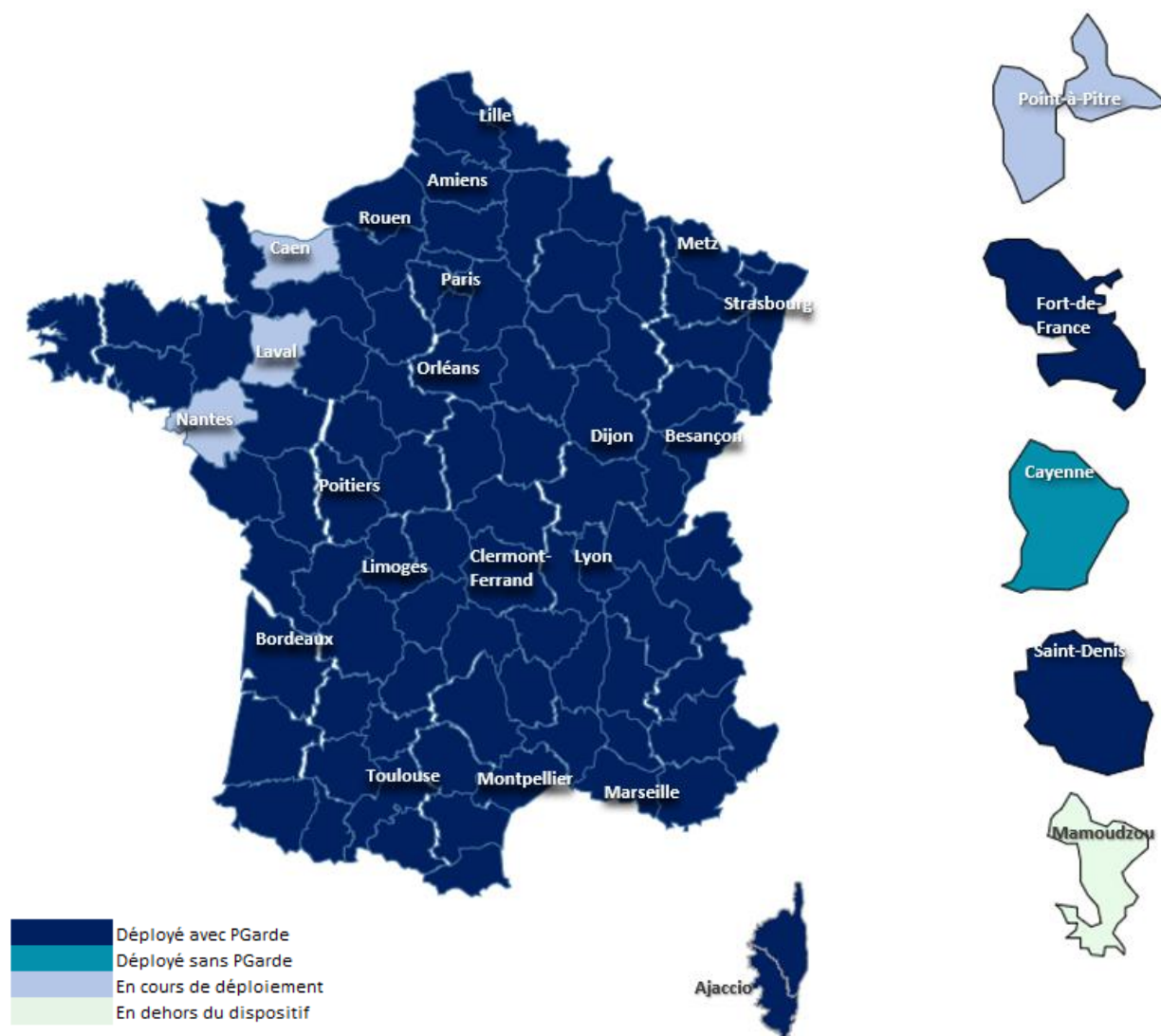
Ordigard est également interconnecté avec PGarde⁴³, un logiciel fourni et administré par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), qui permet la gestion des demandes de paiement des astreintes de façon dématérialisée et sécurisée. Ainsi, une fois les tableaux de gardes validés par les CDOM puis les ARS, ils sont transmis à PGarde, permettant un règlement rapide des indemnités d'astreinte pour les médecins effecteurs, régulateurs et les associations mandataires.

En 2025, sur 101 départements :

- 96 départements utilisaient Ordigard ;
- 95 départements utilisaient Ordigard couplé avec PGarde ;
- 4 départements étaient en phase de déploiement d'Ordigard : la Loire-Atlantique, le Calvados, la Mayenne et la Guadeloupe ;
- 1 département ne faisait pas partie du dispositif Ordigard : Mayotte.

⁴³ Depuis le 1^{er} février 2026, Ordigard est interconnecté avec Pégase, le nouveau logiciel fourni par la CNAM pour le paiement des forfaits d'astreinte de PDSA

Cartographie 7- Déploiement d'Ordigard sur le territoire en 2025



Source : CNOM, Ordigard, 2025

En 2025, sur 1548 secteurs actifs⁴⁴ présents dans Ordigard :

- 1441 étaient déclarés comme étant des secteurs d'effectif, soit 93 % des secteurs actifs ;
- 108 étaient déclarés comme des secteurs de régulation, soit 7 % des secteurs actifs.

Les équipes du CNOM ont engagé un important travail de refonte ayant permis la mise en production, en mars 2025, d'une nouvelle version majeure d'Ordigard, plus moderne et plus sécurisée, intégrant de nombreuses évolutions fonctionnelles et techniques.

⁴⁴ 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 renforts de gardes, l'effectif mobile et les éventuels tableaux de garde dédiés à la médecine spécialisée.

4.2 Plaintes et courriers reçus

En 2025, 39 CDOM ont déclaré avoir reçu des plaintes ou des signalements portant sur la régulation ou l'effectation de la PDSA de la part de médecins ou de patients, soit 7 de plus que l'année précédente.

Dans 29 départements, des plaintes ou des signalements ont été formulés par des patients, visant aussi bien les médecins régulateurs que les médecins effecteurs. Pour ce qui relève de la régulation, les plaintes ou doléances portaient principalement sur des prises en charge jugées tardives ou inadaptées par les patients ou leurs ayants droit, sur des diagnostics considérés comme erronés, ainsi que sur des refus d'orienter le patient vers le médecin de garde ou de déclencher un transport sanitaire. Lorsque les plaintes ou signalements concernaient l'effectation, ils étaient principalement liés à la qualité de la prise en charge, l'attitude du médecin, les tarifs appliqués pour les consultations, l'absence de possibilité d'émettre des feuilles de soins électroniques, ou encore des facturations d'honoraires pour la rédaction de certificats de décès.

Par ailleurs, dans 9 départements, des plaintes ou signalements ont également été émis entre médecins, le plus souvent par des régulateurs à l'encontre de médecins effecteurs non joignables durant leurs gardes. Il arrive toutefois que des effecteurs émettent eux-mêmes des signalements à l'encontre de régulateurs lorsqu'ils estiment que ces derniers ne sont pas suffisamment efficaces.

Enfin, des médecins ont également exprimé des doléances à l'égard de leur ARS concernant des réquisitions qui auraient été émises avec un délai très court, parfois de la veille pour le lendemain.

En 2025, la chambre disciplinaire nationale a examiné plusieurs dossiers impliquant des médecins intervenant dans le cadre de PDSA, principalement au sein d'associations de permanence des soins.

Dans un premier dossier, un médecin intervenant dans le cadre d'une association de permanence des soins a été sanctionné pour un geste de brutalité à l'encontre d'un confrère. La chambre a retenu des manquements aux obligations de dignité, moralité, probité et confraternité. La sanction prononcée consiste en une interdiction d'exercer la médecine pendant trois mois, dont un mois assorti du sursis.

Dans un second dossier, un médecin n'a pas assuré une garde de nuit malgré une indisponibilité signalée en amont et sans avoir organisé son remplacement, obligeant un confrère à assurer la garde à sa place. La chambre a retenu un manquement aux obligations de moralité, probité, dévouement et confraternité, ainsi qu'à l'obligation d'être joignable pendant un service de garde. Le médecin a été sanctionné d'un blâme.

Dans un troisième dossier, un médecin intervenant dans une association de permanence des soins a été mis en cause par le mari d'une patiente après son décès, pour laquelle un infarctus n'avait pas été identifié. La chambre disciplinaire nationale a estimé que le médecin avait respecté ses obligations déontologiques et que les éléments cliniques ne permettaient pas d'évoquer une pathologie cardiaque lors de sa visite. La sanction de première instance a donc été annulée. Aucune sanction n'a été retenue à l'encontre du praticien.

Dans un quatrième dossier, un médecin avait conditionné son déplacement nocturne à 50 km de son secteur pour un certificat de décès, au paiement immédiat de ses honoraires. Ce comportement a été jugé contraire aux principes de dévouement, de respect de la personne

et de tact dans la fixation des honoraires. Au regard des circonstances particulières, le médecin ayant été le seul à accepter de se déplacer, la chambre a toutefois allégé la sanction initiale. Le médecin a écopé d'une interdiction d'exercer la médecine pendant un mois, entièrement assortie du sursis.

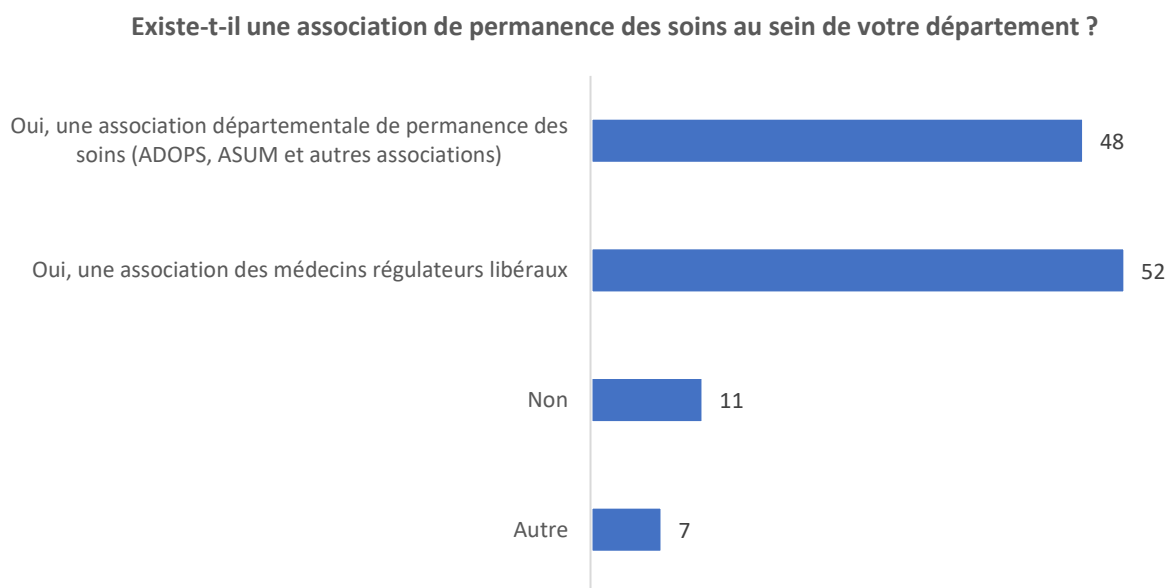
4.3 Place des associations départementales d'organisation de la permanence des soins et participation des CPTS à l'organisation de la PDSA

a. Associations de PDSA

L'évocation du travail accompli par les CDOM doit s'accompagner de la reconnaissance de la collaboration des associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS ou ASSUM), ainsi que des associations de médecins régulateurs libéraux (AMRL). Ces associations, composées de médecins effecteurs et régulateurs participant à la PDSA, contribuent à l'organisation de la PDSA par la coordination des tableaux de garde.

Elles jouent un rôle déterminant dans le bon fonctionnement de la PDSA dans de nombreux départements en collaborant avec les CDOM. D'après l'enquête menée auprès de ces derniers, 92 départements disposaient d'une association de permanence des soins (ADOPS, ASSUM ou AMRL) en 2025. Fortement implantées sur le territoire national, ces structures jouent ainsi un rôle essentiel dans l'organisation de la PDSA.

Graphique 35 – Départements disposant d'une association de PDSA en 2025



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2025

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 2016⁴⁵ de modernisation du système de santé et constituent un réseau de professionnels de santé qui choisissent de collaborer, à leur initiative, au sein d'un même territoire pour répondre aux besoins spécifiques de la population. Elles fédèrent une

⁴⁵ [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#) - Légifrance

variété d'acteurs de santé, parmi lesquels des praticiens de premier et/ou second recours, ainsi que des intervenants des secteurs hospitalier, médico-social et social.

On recense 835 CPTS⁴⁶, en fonctionnement ou en projet, poursuivant des missions hétérogènes pouvant inclure, ou non, la gestion de la PDSA au sein d'un territoire. Selon les CDOM interrogés dans le cadre de l'enquête, les CPTS, fonctionnelles ou en projet, participaient à l'organisation de la PDSA dans 14 % des départements en 2025, soit une baisse de 4 points par rapport à l'année précédente.

Toujours d'après les CDOM, les CPTS prennent part à l'organisation de la PDSA selon diverses modalités :

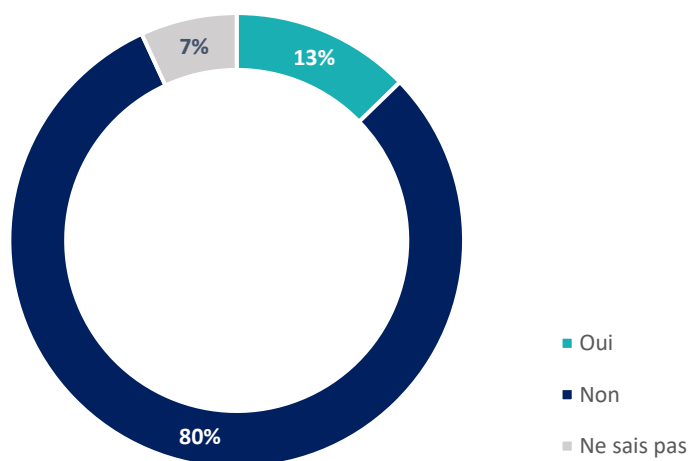
- Participation à l'établissement du tableau de garde, comme dans l'Allier ;
- Implication dans les discussions relatives à l'organisation des différents secteurs de garde, comme c'est le cas dans l'Aveyron et les Landes par exemple ;
- Contribution à la création et à l'organisation de MMG, comme observé dans le Doubs, en Haute-Garonne et dans le Bas-Rhin et l'Hérault.

5. Permanence des soins ambulatoires spécialisée hors médecine générale

Dans certains départements, la permanence des soins ambulatoires peut dépasser le seul cadre de la médecine générale et s'organiser également pour d'autres spécialités médicales. L'enquête menée auprès des CDOM indique qu'en 2025, une PDSA spécialisée était en place dans 13 % des départements, contre 12 % l'année précédente.

Graphique 36 – Départements disposant d'une PDSA spécialisée hors médecine générale en 2025

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



Source : CNOM, Enquête PDSA, 2025.

⁴⁶ Chiffre mis à jour le 14 juin 2024 par la [Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé](#)

Lorsque la permanence des soins ambulatoires spécialisée est instaurée, elle concerne principalement deux spécialités :

- La pédiatrie, qu'elle soit assurée de manière permanente ou saisonnière, comme évoqué par 8 départements : la Loire, les Alpes-Maritimes, l'Isère, la Loire-Atlantique, le Loiret, le Maine-et-Loire, le Rhône et le Val-d'Oise ;
- L'ophtalmologie, comme rapporté notamment par les CDOM de Loire-Atlantique, de la Manche et du Pas-de-Calais.

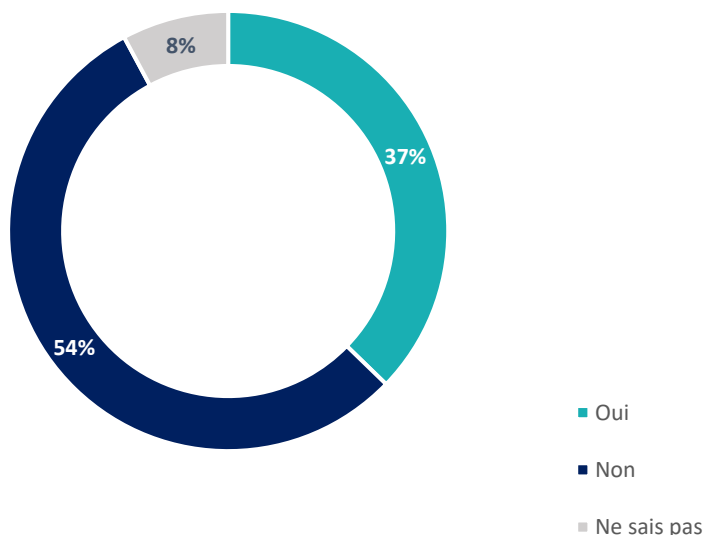
De manière plus marginale, d'autres spécialités peuvent également faire l'objet d'une PDSA spécialisée, comme la gériatrie dans le Morbihan, où la psychiatrie en Seine-Saint-Denis où cette spécialité fait l'objet d'une régulation sept jours sur sept.

6. Partenariat ville-hôpital

En 2025, 37 % des CDOM ont fait état de l'existence de partenariats et/ou de conventions établis entre les associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS), les associations telles que SOS Médecins et les services d'urgences, afin de faciliter l'accès en horaires de PDSA. Cette proportion représente une hausse de 3 points par rapport à l'année précédente.

Graphique 37 - 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 PDSA⁴⁷

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, 2025.

⁴⁷ Le total est différent de 100% en raison des arrondis.

Les partenariats entre les acteurs de ville et les établissements hospitaliers dans le cadre de la PDSA se concrétisent de diverses façons :

- Des conventions formalisant la coordination entre le SAMU/Centre 15 et des associations de type SOS Médecins comme cela a été observé notamment en Côte-d'Or, dans le Gard, en Ile-et-Vilaine, dans les Landes, dans la Marne, dans le Rhône, dans le Vaucluse, en Haute-Vienne et en Nouvelle-Calédonie. Cette collaboration peut se traduire par une régulation coordonnée, un adressage dédié des appels et patients ou le déclenchement de visites par SOS Médecins à la demande du Centre 15 ;
- Des conventions entre les MMG et les établissements de santé, qu'il s'agisse de centres hospitaliers ou de cliniques privées, comme c'est le cas dans la Marne, le Nord, la Loire ou encore en Loire-Atlantique où les médecins d'accueil et d'orientation (MAO) des urgences suivent un protocole d'adressage de certains patients vers les MMG de leurs secteurs. La collaboration entre la ville et l'hôpital se matérialise également par une régulation assurée par le Centre 15 pour l'accès aux MMG, comme l'ont notamment indiqué la Haute-Loire, la Seine-et-Marne, la Haute-Corse ou encore le Haut-Rhin.
- Des conventions établissant une coordination entre le SAMU/Centre 15 et les associations départementales d'organisation de la PDSA de type ADOPS, comme observé dans la Vienne, en Eure-et-Loir et en Vendée, où une collaboration structurée associe le SAMU/Centre 15, l'ADOPS 85 et les CPTS.
- Des conventions prévoyant le partage de locaux au sein du centre hospitalier avec les régulateurs libéraux de la PDSA, comme l'a rapporté le CDOM du Lot.

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 invités à évaluer le fonctionnement de la PDSA et de sa capacité à remplir sa mission dans leurs territoires, et leurs réponses témoignent d'une appréciation largement favorable du dispositif.

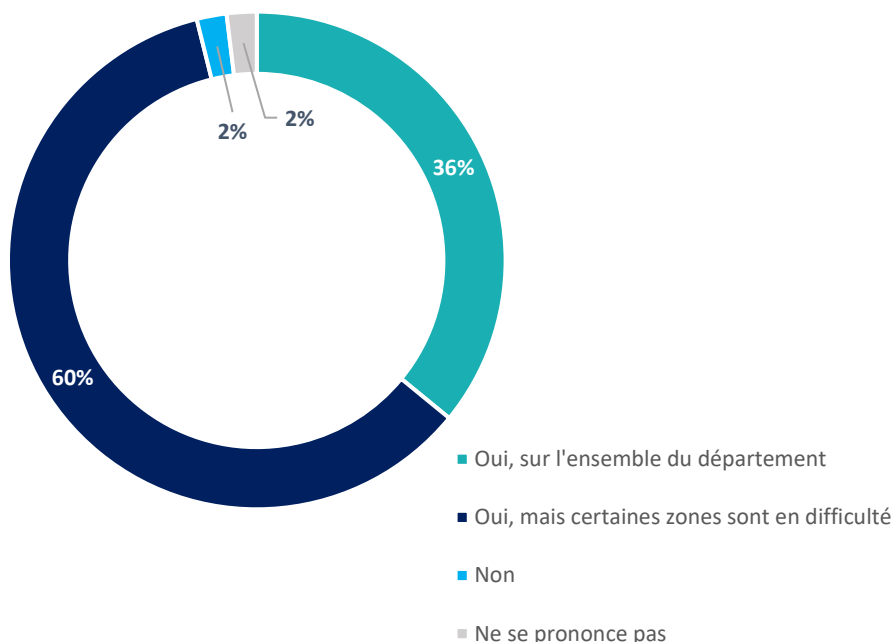
En effet, **99 départements estiment que la PDSA remplit sa mission** dans tout ou partie de leur territoire :

- 37 départements estiment que la PDSA fonctionne correctement dans l'ensemble de leur territoire en 2025, tandis que ce chiffre s'élevait à 20 en 2024.
- 62 départements estiment que la PDSA remplit sa mission mais que certaines zones sont en difficulté.

À l'inverse, seuls 2 départements estiment que la PDSA ne remplit pas correctement sa mission, tandis que 2 autres ne se sont pas prononcés.

Graphique 38 – Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA selon les départements en 2025

Estimez-vous que la permanence des soins remplit sa mission dans votre département ?



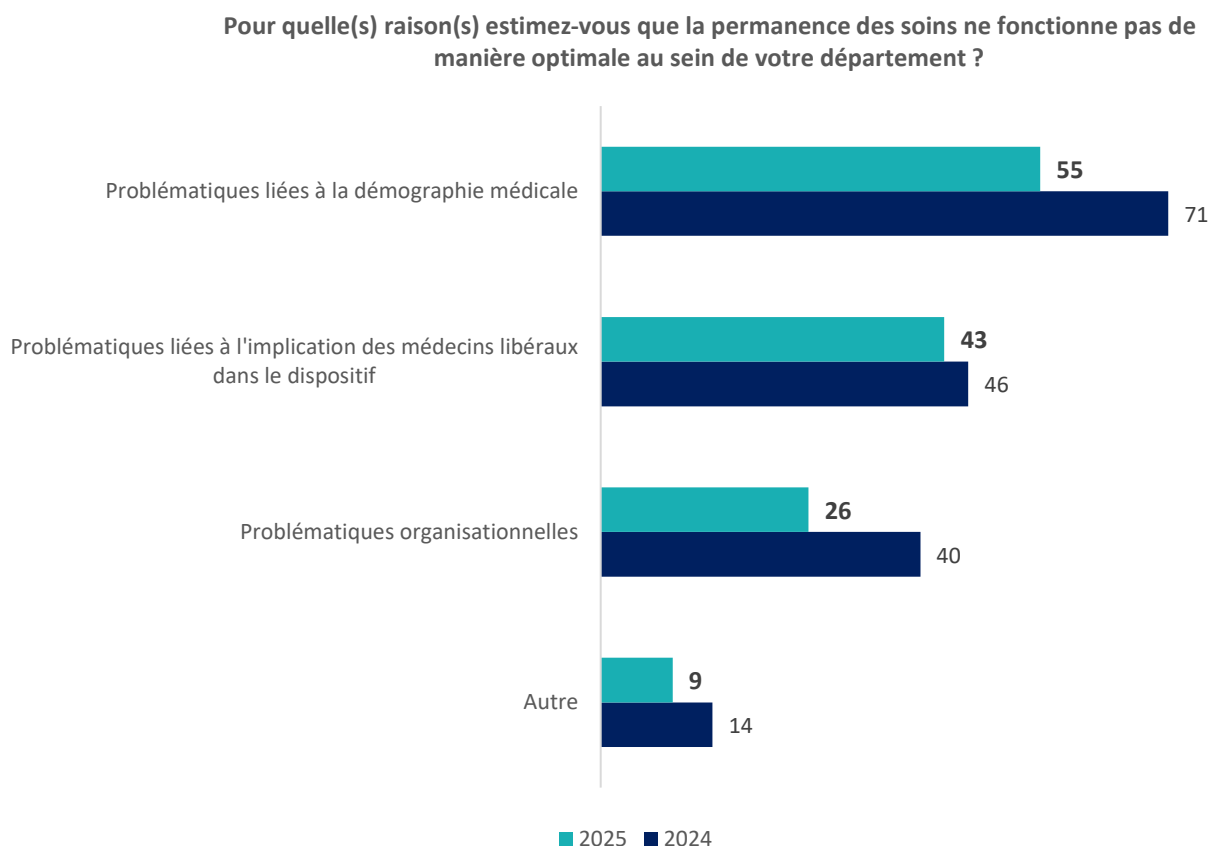
Source : CNOM, Enquête PDSA, 2025

b. Causes des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM

Les départements ayant déclaré rencontrer des difficultés dans le fonctionnement de la PDSA, c'est-à-dire ceux dont les CDOM ont répondu « *Oui, mais certaines zones sont en difficulté* » ou « *Non* » dans le graphique 38 ont mis en avant les motifs suivants, classés par ordre d'importance, en fonction de la fréquence à laquelle ces points ont été cités :

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

Graphique 39 – Cause des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2024 et 2025 (N=83 en 2024 et N=64 en 2025)



Source : CNOM, Enquêtes PDSA, 2024 et 2025

Comme l'année précédente, la démographie médicale demeure donc le principal enjeu signalé dans le cadre de la PDSA, cité par 86 % des CDOM ayant déclaré rencontrer des problématiques dans leur département à ce sujet.

Les CDOM ont également identifié d'autres causes expliquant les difficultés de fonctionnement de la PDSA dans leur département (catégorie « Autre » du graphique 38). Parmi ces facteurs figurent notamment l'insécurité ressentie par certains médecins et leur âge, des difficultés liées aux transports, des problématiques inhérentes à certaines associations de permanence des soins de type ADOPS, ainsi que la persistance de zones blanches en matière de téléphonie mobile.

c. Les problématiques liées à la démographie médicale

Les enjeux liés à la démographie médicale demeurent au cœur des préoccupations des CDOM et constituent, selon eux, le principal facteur fragilisant la PDSA. Deux éléments défavorables en sont principalement à l'origine : une densité médicale insuffisante, particulièrement marquée dans certaines zones rurales, et le vieillissement de la population médicale en exercice.

Toutefois, les données présentées dans l'édition 2025 de l'*Atlas de la démographie médicale*⁴⁸, publiée par le Conseil national de l'Ordre des médecins, apportent des signaux encourageants, mettant en évidence une légère reprise de la démographie médicale au niveau national. Entre 2024 et 2025, le nombre de médecins en activité a progressé de 1,6 %, et la proportion de médecins exerçant de manière régulière (hors remplaçants et retraités actifs) a augmenté de 0,6 %.

Il convient toutefois de nuancer ces évolutions : bien que l'effectif global des médecins, toutes spécialités confondues, soit en hausse, la part des médecins généralistes poursuit une légère diminution, passant de 42,7 % à 42,3 % sur la même période. Par ailleurs, la densité médicale, exprimée en nombre de médecins pour 100 000 habitants, augmente elle aussi légèrement, pour atteindre 298,5 médecins, contre 296,4 l'année précédente. Cette amélioration reste cependant à interpréter avec prudence : si la démographie progresse, le vieillissement de la population entraîne simultanément une hausse des besoins en soins.

d. Les problématiques liées à l'implication des médecins

Les difficultés de fonctionnement de la PDSA peuvent également être liées à l'implication jugée insuffisante de certains médecins libéraux au dispositif. Ce constat a été rapporté par 43 départements en 2025 contre 46 en 2024. Selon leurs observations, ce manque d'engagement s'explique principalement par différents facteurs :

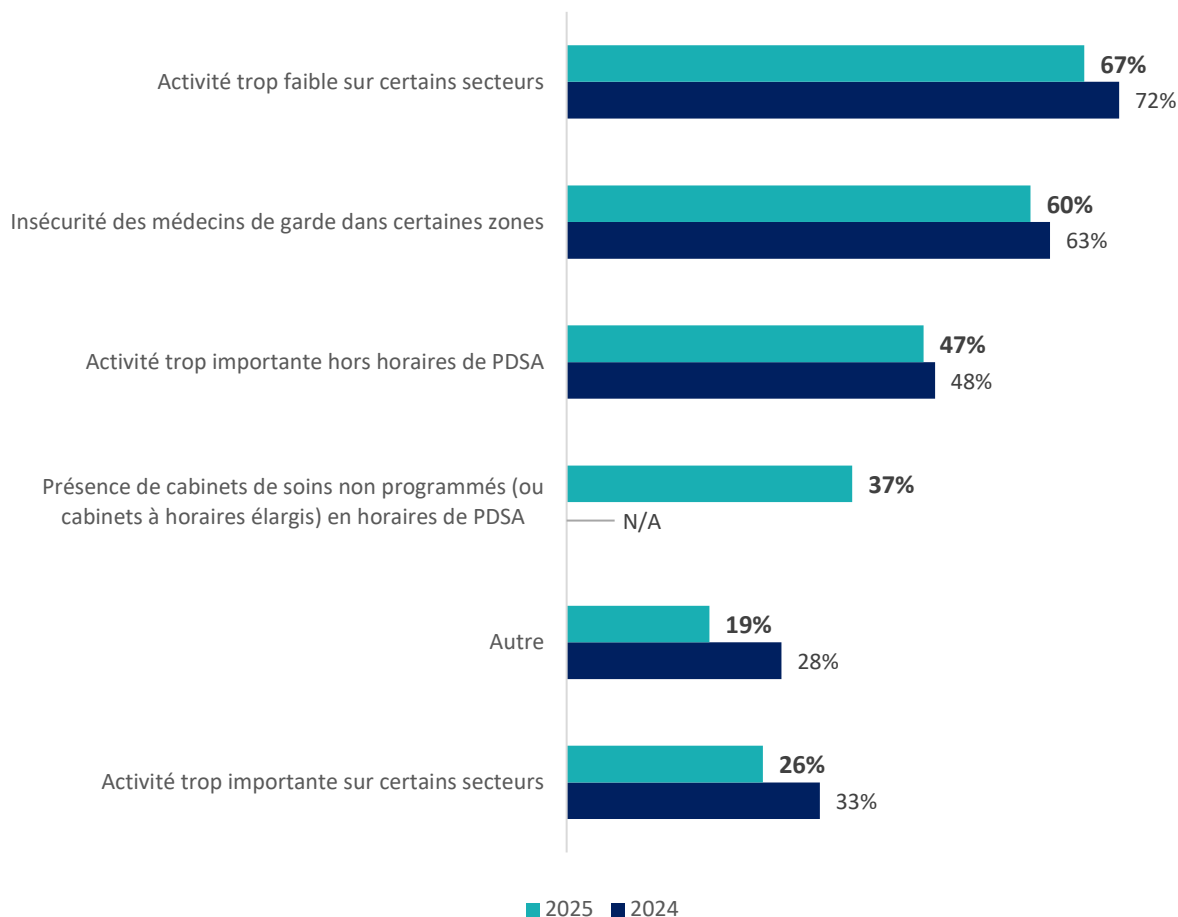
- Une activité trop faible sur certains secteurs en horaires de PDSA (67%) ;
- L'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (60%) ;
- Une activité trop importante hors horaires de PDSA (47%) ;
- La présence de cabinets de soins non programmés (ou à horaires élargis) en horaires de PDSA (37 %) ;
- Une activité trop importante sur certains secteurs en horaires de PDSA (26 %).

Les CDOM ont également mentionné l'éloignement géographique trop important du lieu de garde, en particulier dans les zones rurales et montagneuses, des effectifs limités ou encore une tarification des visites à domicile jugée insuffisante.

⁴⁸ [Atlas de la démographie médicale au 1^{er} janvier 2025](#) – Conseil national de l'Ordre des Médecins

Graphique 40 - Causes du l'insuffisance d'implication des médecins libéraux selon les CDOM en 2024 et 2025 (N=46 en 2024 et N=43 en 2025)⁴⁹

Selon vous, à quoi est lié l'insuffisance d'implication des médecins libéraux au sein de votre département ?



Source : CNOM, Enquêtes PDSA, 2024 et 2025

Comme les années précédentes, la faible activité constatée dans certains territoires reste la principale raison avancée par les CDOM pour expliquer l'insuffisance d'implication des médecins libéraux, suivie par l'insécurité qui demeure un enjeu majeur et qui a été citée par 60 % des CDOM concernés. Cette insécurité se manifeste aussi bien dans le cadre de l'effectif en points de consultation fixes que dans le cadre des visites mobiles. Les résultats du recensement national des incidents (agressions, violences verbales, vols, incivilités) mené par le CNOM dans le cadre de son *Observatoire de la sécurité*⁵⁰ confirment la hausse de l'insécurité pour les médecins. En effet, ces données mettent en évidence une augmentation de 26 % du nombre d'incidents déclarés en un an, passant de 1581 déclarations en 2023 à 1992 déclarations en 2024. Sur une période plus longue, la multiplication des incidents est

⁴⁹ Le choix « Présence de cabinets de soins non programmés (ou cabinets à horaires élargis) » n'était pas proposé dans le cadre de l'enquête 2024

⁵⁰ [Observatoire de la sécurité des médecins en 2024](#) - Recensement national des incidents par la section Exercice Professionnel du CNOM

d'autant plus marquée : depuis 2020, le volume des déclarations a plus que doublé, affichant une augmentation cumulative de 109 %⁵¹.

Concernant le profil des médecins à l'origine de ces déclarations, les médecins généralistes constituent la catégorie la plus représentée, leur proportion atteignant 63 % des victimes. Les incidents ont concerné majoritairement des femmes en 2024, qui représentent 55 % des victimes, et presque exclusivement des médecins thésés, les étudiants ou internes ne représentant que 2 % des victimes d'incidents déclarés. Les résultats de *l'Observatoire de la sécurité* indiquent également que la majorité des incidents surviennent en milieu urbain, dans les centres-villes (56 %), suivis du milieu rural (22 %) puis des zones urbaines de banlieue (19 %).

Parmi les motifs avancés pour expliquer une moindre implication des médecins libéraux dans la PDSA, 16 CDOM ont souligné l'impact de cabinets de soins non programmés. Leur implantation peut en effet réduire de façon significative la fréquentation des MMG. Il a également été souligné que leur connectivité à des applications de prise de rendez-vous en ligne les rend plus attractifs en permettant un accès non régulé, ce qui contribue à détourner une partie de l'activité des MMG et à la rendre moins soutenue. L'absence d'intégration de ces structures au dispositif de PDSA, ainsi que le sentiment d'inéquité que cela peut générer chez les médecins libéraux, ont également été évoqués comme un facteur pouvant expliquer une moindre mobilisation de ces derniers.

e. Les problématiques d'ordre organisationnel

Les problématiques d'ordre organisationnel, rapportées par 26 départements, résultent de plusieurs facteurs :

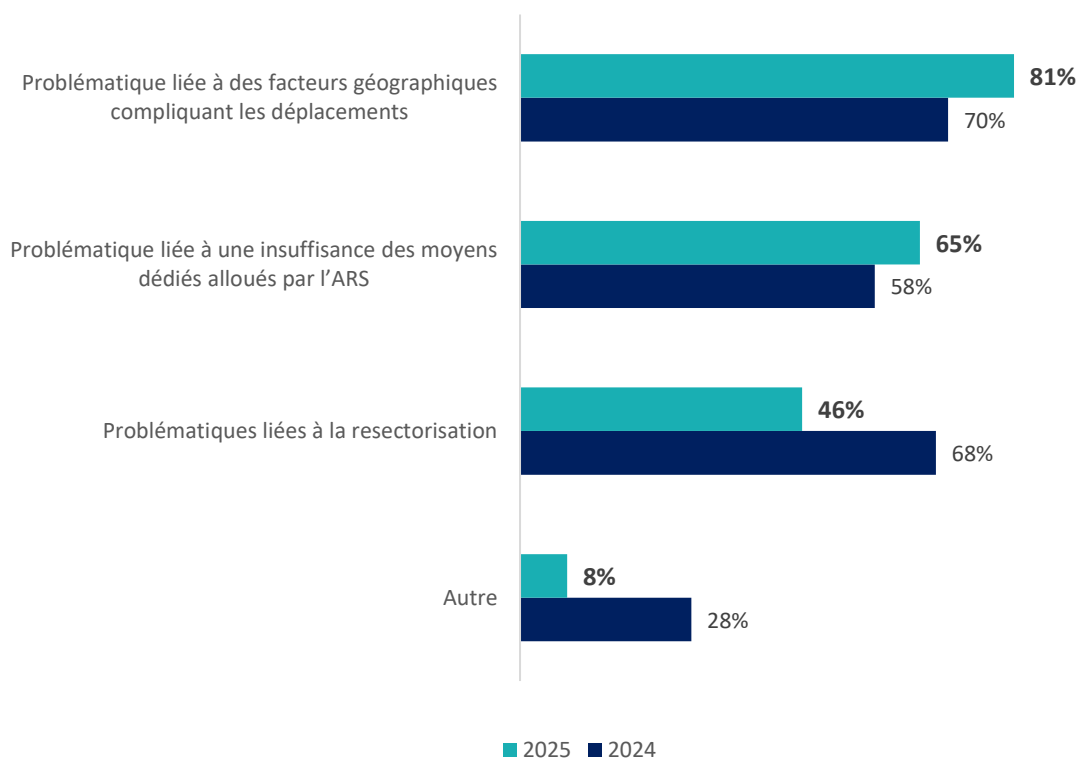
- Des facteurs géographiques compliquant les déplacements (81 % des départements concernés) ;
- Des problématiques liées à une insuffisance des moyens dédiés alloués par l'ARS (65 %) ;
- Des problématiques liées aux resectorisations, induisant une baisse du nombre de territoires et une augmentation des distances à parcourir pour les médecins (46 %).

Les CDOM interrogés ont également évoqué, de manière plus marginale, d'autres facteurs tels que le fait que certaines associations départementales d'organisation de la PDSA ne jouent pas leur rôle ou une défiscalisation jugée insuffisante.

⁵¹ 955 incidents déclarés en 2020 contre 1992 en 2024

Graphique 41 - Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2024 et 2025 (N=40 en 2024 et N=26 en 2026)

A quelles problématiques organisationnelles votre département est-il confronté ?



Source : CNOM, Enquêtes PDSA, 2024 et 2025

7.2. Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

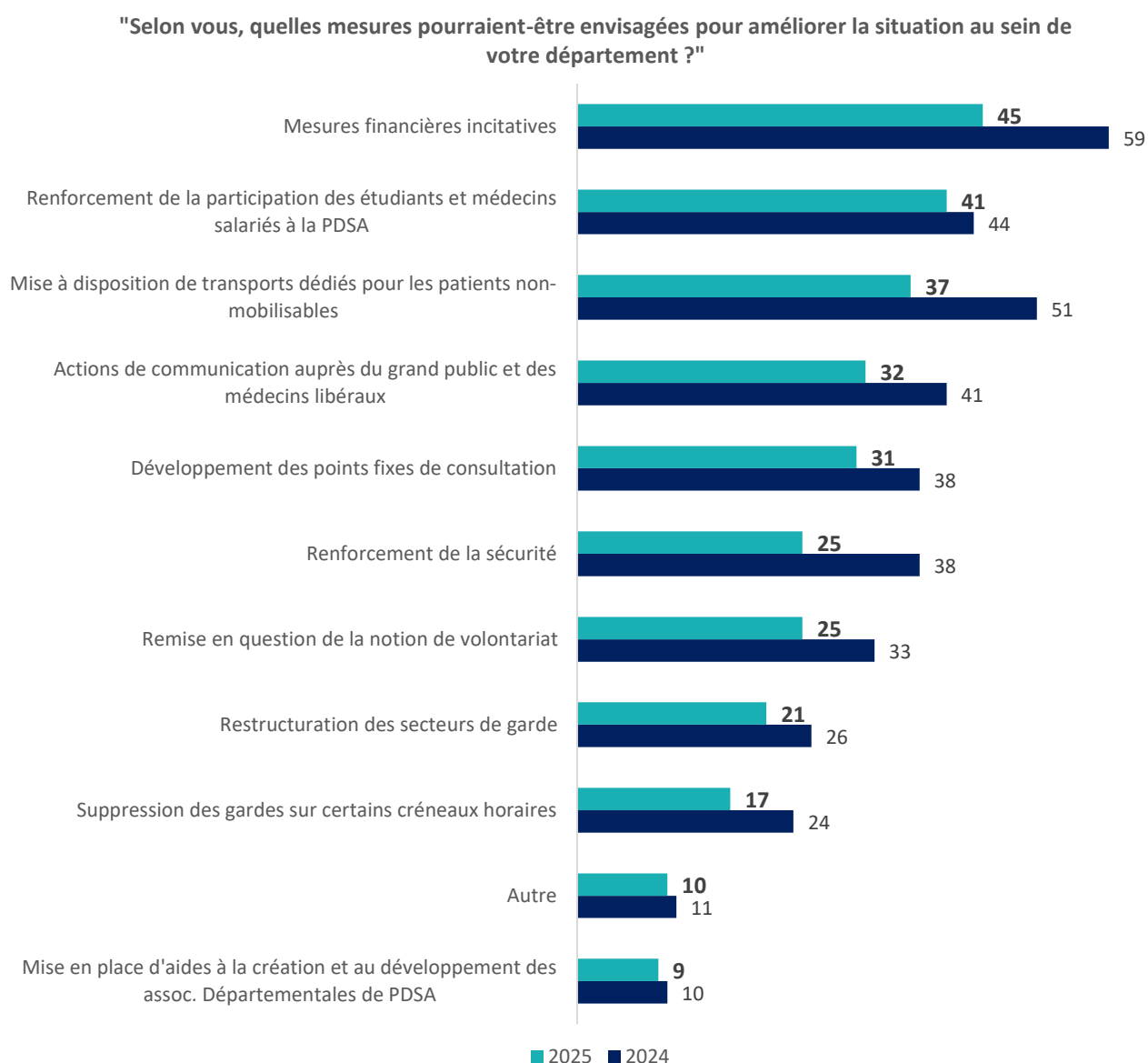
Les CDOM ayant fait état de difficultés de fonctionnement, que ce soit dans certaines zones ou dans l'ensemble de leur département, ont été interrogés sur les mesures susceptibles d'améliorer la situation.

Les pistes d'amélioration identifiées par les CDOM sont présentées ci-après, classées selon leur fréquence de citation, de la plus citée à la moins citée :

- La mise en place de mesures financières incitatives, telles que l'élargissement de la défiscalisation à l'ensemble des territoires ou encore la revalorisation des actes réalisés en effecton fixe ou en visite (45 CDOM) ;
- Le renforcement de la participation des étudiants et des médecins salariés (41) ;
- La mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables (37) ;
- La mise en place d'actions de communication auprès du grand public et des médecins libéraux (32) ;
- Le développement de points fixes de consultation (31) ;
- Le renforcement de la sécurité (25) ;

- La remise en question de la notion de volontariat (25) ;
- La restructuration des secteurs de garde (21) ;
- La suppression des secteurs de garde sur certains créneaux horaires (17) ;
- La mise en place d'aides à la création et au développement des associations départementales de PDSA (9).

Graphique 42 - Pistes d'améliorations désignées par les CDOM en 2024 et 2025 (N=83 en 2024 et N=64 en 2025)



Sources : CNOM, Enquêtes PDSA, 2024 et 2025

Lecture : Sur les 64 CDOM ayant rencontré des difficultés de fonctionnement de la PDSA sur tout ou partie de leur département en 2025, les mesures financières incitatives ont été désignées comme mesure envisagée pour améliorer la situation par 45 CDOM

Le volet relatif à la rémunération des médecins de garde demeure en tête des mesures identifiées par les CDOM pour améliorer le dispositif de PDSA en 2025, suivi de la mise à disposition de transports dédiés et l'expansion des points fixes de consultation.

Les CDOM interrogés ont également proposé des pistes d'amélioration complémentaires (voir rubrique "Autre" dans le graphique 42), telles que l'augmentation des effectifs médicaux, l'équipement des médecins remplaçants en lecteurs de carte Vitale, ou encore l'éducation de la population au bon usage du dispositif de PDSA. En effet, dans certains territoires, il a été constaté que des patients se présentaient chez le médecin de garde alors que cela n'était pas justifié, notamment pour des demandes administratives ne relevant pas de soins.

7.3. Initiatives et expérimentations

Parmi les actions envisagées pour optimiser le fonctionnement de la PDSA dans les départements confrontés à des difficultés, 50 % des CDOM concernés ont cité la mise en place d'actions de communication à destination du grand public et des médecins libéraux.

En 2025, 22 CDOM indiquaient que de telles actions d'information sur le dispositif de permanence des soins avaient été menées dans leur département, soit 4 de plus qu'en 2024.

Ces actions ont été déployées par divers canaux : presse écrite locale, campagnes d'affichage au sein des maisons médicales de garde et des urgences, spots relayés à la radio et à la télévision, diffusion de newsletters et flyers, bulletins municipaux et publications sur les réseaux sociaux.

Elles avaient pour but d'informer le public sur l'organisation de la PDSA et ses modalités d'accès, sur le fonctionnement des maisons médicales de garde, ainsi que sur les bonnes pratiques, notamment l'importance de recourir à la régulation médicale dès le début du parcours de soins. Elles visaient également à promouvoir le bon usage des différents numéros d'appel, en particulier le 116 117 dans les départements où il est déployé.

Les CDOM ont également été sondés sur la mise en place éventuelle d'initiatives ou d'expérimentations liées à la PDSA dans leur département. Ainsi, 20 % d'entre eux ont indiqué que des démarches avaient été menées dans leur département au cours de l'année 2025, contre 23 % l'année précédente.

Parmi les initiatives ou expérimentations recensées, figurent plusieurs dispositifs déjà présentés précédemment dans ce rapport :

- L'avancement et/ou la réduction des plages horaires de garde de PDSA en soirée ;
- La régulation de l'accès aux maisons médicales de garde ;
- La diminution de l'amplitude des gardes d'effectif mobile, avec parfois un arrêt de la couverture de la nuit profonde dans certains territoires ;
- L'ouverture de nouvelles maisons médicales de garde (MMG) ;
- La revalorisation des forfaits d'astreinte, tant pour l'effectif que pour la régulation ;
- Le renfort des lignes de garde de régulation ou d'effectif, notamment en périodes de tension ou en haute-saison ;

- Les regroupements de secteurs de garde, mis en place de manière saisonnière ou durable ;
- La mise en place de dispositifs de régulation délocalisée.

D'autres actions et expérimentations, inédites ou spécifiques à certains départements, ont également été mentionnées :

- La majoration des visites à domicile chez les personnes âgées de plus de 75 ans, lorsqu'elles sont déclenchées par le CCRA 15, à Paris, en Essonne et en Seine-Saint-Denis ;
- L'envoi d'infirmiers diplômés d'État au domicile des patients, sur sollicitation de la régulation médicale, pour procéder à une levée de doute clinique, comme souligné par les CDOM des Alpes-de-Haute-Provence. Ce dispositif est également mis en place dans 6 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes ;
- La création d'une ligne de garde en téléconsultation dans les Alpes-Maritimes, principalement destinée aux personnes âgées, afin d'éviter aux patients vulnérables des déplacements vers les points fixes de consultation ;
- La mise en place de filières psychiatriques dans le Vaucluse et les Alpes-Maritimes, avec la présence d'infirmiers psychiatriques en régulation en appui des médecins régulateurs. Un dispositif similaire existe également dans le Var pour la pédiatrie. Bien que ces organisations ne soient pas spécifiquement dédiées à la PDSA, elles fonctionnent 7 jours sur 7 et couvrent donc également les périodes de PDSA le week-end ;
- La mise en place d'une permanence des soins assurée par des médecins libéraux en milieu carcéral en Martinique. Cette expérimentation a duré quelques mois avant que la prise en charge de la permanence des soins au centre pénitentiaire ne soit reprise par une unité médicale du CHU ;
- La mutualisation de la gestion de l'ensemble des plannings de régulation des départements d'Occitanie grâce au recrutement d'une personne dédiée, permettant ainsi de libérer du temps médical auparavant consacré à cette tâche ;
- L'extension des horaires des opérateurs de soins non programmés (OSNP) sur certaines plages horaires de PDSA dans plusieurs départements d'Île-de-France et de Nouvelle-Aquitaine, afin notamment de renforcer l'attractivité de la régulation médicale en déchargeant les médecins régulateurs des tâches médico-administratives.

V. Conclusion

L'édition 2025 de l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires met en évidence un dispositif en constante adaptation, porté par l'implication des médecins libéraux. Cette dynamique a permis de poursuivre la progression du taux de participation des médecins à la PDSA et d'assurer une couverture globale de 98 % du territoire national par un médecin de garde durant les week-ends et jours fériés.

La régulation médicale, les gardes postées, l'effectif mobile, la rédaction des certificats de décès ou encore la prise en charge des résidents d'EHPAD illustrent la diversité et la complexité des missions assumées par les médecins dans le cadre de la PDSA. Malgré leur engagement constant pour assurer les soins non programmés, des défis majeurs persistent, notamment une démographie médicale fragile dans certains territoires, un contexte d'insécurité croissant et des distances toujours plus importantes à parcourir durant des gardes, en particulier pour les visites à domicile.

En parallèle, l'année 2025 a confirmé plusieurs tendances déjà observées les années précédentes, telles que la baisse constante de l'âge moyen des médecins de garde et le développement de dispositifs innovants, comme la régulation déportée ou la visiorégulation. Elle a également été marquée par des progrès significatifs, notamment la revalorisation des gardes de régulation dans de nombreux départements, la mise en place de renforts de garde ciblés, ainsi que la multiplication d'initiatives locales visant à améliorer l'accès aux soins, telles que la mise à disposition de chauffeurs pour les médecins mobiles ou la majoration des visites auprès des patients âgés. Ces avancées démontrent l'existence de réelles marges d'amélioration, reposant largement sur la capacité des acteurs à adapter les organisations et à capitaliser sur les expérimentations réussies.

En 2025, une large majorité des CDOM, soit 99 sur les 103 interrogés, ont estimé que la PDSA remplissait correctement sa mission sur tout ou partie de leur département. Dans les zones où certaines difficultés ont été signalées, moins nombreuses que celles déclarées l'année précédente, plusieurs leviers d'amélioration ont été identifiés, parmi lesquels la mise en place de transports dédiés pour les patients non mobilisables, le renforcement de l'implication des médecins remplaçants et salariés, le déploiement de campagnes de communication à destination du grand public, le renforcement de la sécurité, le développement des points fixes de consultation ainsi que la mise en œuvre de mesures financières incitatives, telles que l'extension de la défiscalisation et la revalorisation des actes et des forfaits d'astreinte.

Dans ce contexte, la permanence des soins ambulatoires demeure un enjeu majeur de santé et un maillon essentiel de l'organisation des soins. Sa pérennité repose avant tout sur l'engagement des médecins et sur la capacité collective à faire évoluer les organisations pour répondre aux réalités territoriales. Conscient de ces enjeux, le Conseil national de l'Ordre des médecins entend rester pleinement mobilisé aux côtés des acteurs de terrain afin de préserver et de renforcer ce dispositif indispensable, dans l'objectif de garantir à la population un accès équitable, continu et sécurisé aux soins non programmés.

VI. Index des illustrations

Graphiques

Graphique 1 – Modifications de l'organisation de la PDSA déclarées par les CDOM (N=103)	11
Graphique 2 – Evolution des effectifs des médecins participant à la PDSA selon les CDOM en 2025	12
Graphique 3 – Evolution départementale de l'organisation de la PDSA entre 2022 et 2025.....	12
Graphique 4 – Répartition des CDOM favorables ou non au déploiement d'un numéro spécifique d'accès à la PDSA en 2025	19
Graphique 5 – Proportion de départements au sein desquels les patients ont la possibilité d'accéder aux sites dédiés à la PDSA sans régulation préalable.....	21
Graphique 6 – Proportions départementales en termes d'évolution de la part des actes cotés non-régulés entre 2023 et 2024.....	22
Graphique 7 – Répartition des actes cotés régulés et non régulés en fonction du créneau horaire en 2025.....	24
Graphique 8 – Répartition des actes non-régulés réalisés en horaires de PDSA en 2024	24
Graphique 9 - Effectifs de médecins libéraux installés, de médecins retraités, salariés ou remplaçants ayant participé à la régulation médicale de la PDSA entre 2022 et 2025	25
Graphique 10 - Répartition des médecins participant à la régulation des appels de PDSA hors médecins libéraux installés en 2025.....	26
Graphique 11 - Evolutions départementales du nombre de médecins participant à la régulation médicale entre 2024 et 2025 – Evolution d'ensemble et déclinaisons pour les médecins libéraux installés et les médecins retraités, salariés et remplaçants	27
Graphique 12 - Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire entre 2022 et 2025.....	31
Graphique 13 - Répartition des actes de PDSA réalisés en 2024 selon le créneau horaire	32
Graphique 14 – Mise en place et modalités de l'effectif mobile par département en 2025.....	40
Graphique 15 – Prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés en 2025 (n = 90)	41
Graphique 16 – Dispositifs de prise en charge des visites dites incompressibles au sein des départements disposant de sites dédiés (n = 90)	42
Graphique 17 – Part des départements ayant élargi la PDSA au samedi matin en 2025	44
Graphique 18 – Avis des CDOM au sujet de l'extension des horaires de PDSA au samedi matin en 2025 (n=83)	45
Graphique 19 – Part des départements où les horaires des gardes de soirées ont été aménagés en 2025	46
Graphique 20 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2018 et 2025 au niveau national	48
Graphique 21 – Evolution du taux de participation des médecins généralistes entre 2024 et 2025 au niveau départemental.....	49
Graphique 22 - Répartition des médecins effecteurs hommes/femmes entre 2018 et 2025	51
Graphique 23 - Répartition des médecins régulateurs hommes/femmes entre 2018 et 2025	51
Graphique 24 - Part des gardes effectuées selon le sexe de 2018 à 2025	52
Graphique 25 – Evolution de l'âge moyen des médecins effecteurs entre 2018 et 2025	53
Graphique 26 – Répartition des effecteurs ayant réalisé au moins une garde en 2025 selon la tranche d'âge..	53
Graphique 27 – Evolution de l'âge moyen des médecins régulateurs entre 2018 et 2025	54
Graphique 28 - Répartition des médecins ayant participé à la PDSA en 2025 selon le mode d'exercice	54
Graphique 29 - Répartition des médecins effecteurs remplaçants en 2025 selon le statut.....	56
Graphique 30 – Evaluation du bon fonctionnement du SAS par les CDOM en 2025.....	59
Graphique 31 – Répartition des départements rencontrant ou non des difficultés relatives à l'établissement des certificats de décès en 2025.....	62
Graphique 32 - Avis des CDOM concernant l'impact de l'intervention des IDE dans l'élaboration des certificats de décès sur la PDSA en 2025	65
Graphique 33 - Répartition des acteurs participant à la prise en charge de l'examen des gardés à vue en 2025	66
Graphique 34 - Elaboration des tableaux de garde d'effectif et de régulation en 2025.....	68

Graphique 35 – Départements disposant d’une association de PDSA en 2025.....	72
Graphique 36 – Départements disposant d’une PDSA spécialisée hors médecine générale en 2025.....	73
Graphique 37 - Existence d’un partenariat et/ou d’une convention entre ADOPS, associations de type SOS Médecins et services des urgences des hopitaux pour faciliter l’accès aux soins aux horaires de PDSA	74
Graphique 38 – Appréciation du bon fonctionnement de la PDSA selon les départements en 2025	76
Graphique 39 – Cause des dysfonctionnements de la PDSA selon les CDOM en 2024 et 2025 (n=83 en 2024 et n=64 en 2025).....	77
Graphique 40 - Causes de l’insuffisance d’implication des médecins libéraux selon les CDOM en 2024 et 2025 (n=46 en 2024 et n=43 en 2025)	79
Graphique 41 - Problématiques organisationnelles selon les CDOM en 2024 et 2025 (n=40 en 2024 et n=26 en 2026)	81
Graphique 42 - Pistes d’améliorations désignées par les CDOM en 2024 et 2025 (n=83 en 2024 et n=64 en 2025)	82

Cartographies

Cartographie 1 -Part des actes cotés non-régulés en 2024	23
Cartographie 2- Taux de couverture des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés en 2025 ..	35
Cartographie 3- Taux de couverture des territoires de PDSA en soirée (de 20h à minuit) en 2025.....	36
Cartographie 4- Taux de couverture des territoires de PDSA en nuit profonde en 2025.....	37
Cartographie 5- Taux de secteurs de PDSA couverts par des sites dédiés en 2025.....	38
Cartographie 6- Taux de participation des médecins à la PDSA en 2025	50
Cartographie 7- Déploiement d’Ordigard sur le territoire en 2025.....	70

Tableaux

Tableau 1 – Front de régulation libérale (France entière) selon les plages horaires de la PDSA entre 2023 et 2025.....	28
Tableau 2 - Forfaits horaires de participation à la régulation médicale de la PDSA en 2025	29
Tableau 3 - Organisation de l’effectif en fonction du créneau horaire en 2024 et 2025.....	33
Tableau 4 - Montants forfaitaires régionaux des astreintes d’effectif en 2025.....	43

VII. 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.** Infirmier d'Accueil et d'Orientation
- IDE.** Infirmier Diplômé d'Etat
- IPA.** Infirmier de pratique avancée
- MAO.** Médecin d'accueil et d'orientation
- MMG.** Maison médicale de garde
- MSP.** Maison de santé pluriprofessionnelle
- 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
ZIP. Zone d'intervention prioritaire

VIII. Annexes

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

2025						
	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	2 048 472	0	5	5	5	4
SEINE-ET-MARNE	1 479 615	0	3	3	3	3
YVELINES	1 489 363	0	4	3 à 4	4	3*
<i>*Nuit profonde de 1h à 8h</i>						
ESSONNE	1 343 527	0	2 à 4	2 à 4	3	3
HAUTS-DE-SEINE	1 663 974	0	4	4	4	3
SEINE-SAINT-DENIS	1 711 876	0	4	4	4	4
VAL-DE-MARNE	1 426 433	0	4	4	4	3
VAL-D'OISE	1 287 589	0	4	4	4	4
Total Ile-de-France	12 450 849	0	30 à 32	29 à 32	31	27
NORMANDIE						
CALVADOS	711 029	1	2	2	2	2
EURE	601 942	1	1,5	1,5	1	1
MANCHE	496 199	1	1	1	1	0
ORNE	271 896	1	1	1	1	1
SEINE-MARITIME	1 260 246	2	4	4	2	1
Total Normandie	3 341 312	6	9,5	9,5	7	5
GRAND-EST						
ARDENNES	263 194	0	0	0	0	0
AUBE	310 930	0	1	1	1	1
MARNE	558 743	0	2	3	1	1
<i>Régulation libérale de 13h à 20h le samedi</i>						
HAUTE-MARNE	167 047	0	0	0	1	0
MEURTHE-ET-MOSELLE	729 358	0	2	2	1	0
MEUSE	177 024	0	2	2	1	1
MOSELLE	1 050 955	0	2 à 3	2 à 3	2	0
<i>Régulation libérale de 13h à 24h le samedi</i>						
BAS-RHIN	1 168 669	0	2 à 3	2 à 4	2	
<i>Régulation libérale de 13h à 20h le samedi</i>						

HAUT-RHIN	765 827	0	1 à 2	1 à 2	1 à 2	0 à 1
VOSGES	352 304	0	1	1 à 2	1	0
Total Grand-Est	5 544 051	0	13 à 16	14 à 19	11	3 à 4
CENTRE-VAL-DE-LOIRE						
CHER	295 830	1	1	1	1	0
		<i>Régulation libérale assurée de 9h à 17h le dimanche ; régulation de 10h à 12h non effective le samedi matin</i>				
EURE-ET-LOIR	433 148	2	1	1 à 2	1	0
		<i>2 médecins les matins des jours fériés et ponts de 8h à 14h</i>				
INDRE	213 358	1*	1 à 2	1 à 2	1 à 2	0
		<i>Possibilité d'activer un 2ème poste sur les créneaux couverts en cas de forte activité ; Ligne de régulation libérale le samedi matin non officialisée dans le cahier des charges</i>				
INDRE-ET-LOIRE	620 686	1	1	1	1	0
LOIR-ET-CHER	327 451	0	NC	NC	NC	0
LOIRET	691 006	1	1	1	1	0
Total Centre-Val-de-Loire	2 581 479	6	5 à 6	5 à 7	5 à 6	0
AUVERGNE-RHONE-ALPES						
AIN	688 626	3	3	2 à 4	2	1 à 2
		<i>Deux régulateur salarié financé FIR de 8h à 19h en semaine, une ligne en semaine de 19h à 20h, 2 lignes en soirées de semaine de 20h à 23h, 1 ligne en nuit profonde de 23h à 7h et 2 lignes en nuit profonde de 7h à 8h les dimanches et jours fériés</i>				
ALLIER	332 599	1	2	2	1	1
		<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine - Régulation libérale du samedi matin non effective</i>				
ARDECHE	336 947	2	2	2	1	1
		<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine</i>				
CANTAL	143 746	1	1	1	1	0
		<i>Un régulateur salarié par le CH financé FIR de 19h à 23h en semaine et de 20h à 23h les week-ends ; Régulation libérale du samedi matin non assurée</i>				
DROME	524 409	2	2	2	1 à 2	1
		<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine</i>				
ISERE	1 308 807	0	2 à 3	2 à 5	2 à 4	1 à 2
		<i>Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine</i>				
LOIRE	776 590	3	2	2	2 à 3	1
		<i>Régulation libérale à partir de 18h en soirées de semaine</i>				
HAUTE-LOIRE	227 959	0	1 à 2	1 à 2	1	0
PUY-DE-DOME	664 068	2	3	3	2	1
RHONE	1 932 598	0	6	5 à 6	3 à 4	2
SAVOIE	453 159	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	870 588	3	2	2 à 3	2	1 à 2
Total Auvergne-Rhône-Alpes	8 260 096	17	28 à 30	26 à 34	20 à 25	11 à 14
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR						
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	169 806	0	1	1	1	1
HAUTES-ALPES	142 006	0	1*	1	1	1
		*A partir de 14h				
ALPES-MARITIMES	1 129 950	3	3	3	3	2
BOUCHES-DU-RHONE	2 090 225	3 à 4	3 à 4	3 à 4	4	2 à 3
VAR	1 135 917	3	3	3	2	2
VAUCLUSE	573 683	1	1 à 2	1 à 2	2	2
Total Provence-Alpes-Côte-d'Azur	5 241 587	10 à 11	12 à 14	12 à 14	13	10 à 11
BRETAGNE						
CÔTES-D'ARMOR	615 301	0	2 à 3	2 à 4	1 à 3	1 à 2
FINISTERE	936 238	0	2	1 à 3	1 à 2	1
ILLE-ET-VILAINE	1 134 891	0	2	2	2	2
MORBIHAN	789 465	0	2 à 3	2 à 4	1 à 2	1 à 2
Total Bretagne	3 475 895	0	8 à 10	7 à 13	5 à 9	5 à 7
OCCITANIE						
ARIEGE	156 787	0	1	1	1	0
		<i>Régulation libérale de 20h à 22h du lundi au jeudi et jusque 23h à partir du vendredi</i>				
AUDE	379 729	0	1	1 à 2	1	0
AVEYRON	278 355	0	1 à 2	1 à 2	1	1*
		<i>En nuit profonde régulation assurée par les médecins régulateurs du Tarn</i>				
GARD	775 994	0	2 à 3	2 à 3	2	1
HAUTE-GARONNE	1 506 391	0	4 à 7	4 à 7	4	2 à 3
GERS	193 053	0	1 à 2	1 à 2	1	1*
		<i>En nuit profonde régulation assurée par les médecins régulateurs du Lot-et-Garonne</i>				
HERAULT	1 252 904	0	3 à 4	3 à 4	3 à 4	2
		<i>Régulation libérale uniquement assurée de 00h à 1h en nuit profonde</i>				
LOT	176 432	0	1	1	1	0
LOZERE	76 452	0	0	0	0	0
		<i>Régulation assurée par le SAMU</i>				
HAUTES-PYRENEES	232 548	0	1	1	1	0
PYRENEES-ORIENTALES	503 866	0	1 à 2	1 à 2	1 à 2	1

TARN	401 283	0	2 à 3	1 à 3	1 à 2	1
TARN-ET-GARONNE	267 793	0	1 à 3	1 à 4	1 à 2	0
Total Occitanie	6 201 587	0	19 à 30	18 à 32	18 à 22	9 à 10
CORSE						
CORSE-DU-SUD	172 719	0	1	1	1	0
HAUTE-CORSE	187 443	0	1	1	1	0
Total Corse	360 162	0	2	2	2	0
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE						
CÔTE-D'OR	538 799	2	2 à 3	2 à 3	2	1 à 2
NIEVRE	199 666	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée (AREMEL 21)</i>				
DOUBS	550 846	1	5 à 6	3 à 7	3 à 4	1 à 3
JURA	256 977	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)</i>				
HAUTE-SAÔNE	231 932	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)</i>				
TERRITOIRE DE BELFORT	138 419	<i>Régulation libérale interdépartementale mutualisée (ACORELI)</i>				
SAÔNE-ET-LOIRE	545 310	1	1	1 à 2	1	1
YONNE	331 131	0	1	1	1	1
Total Bourgogne-Franche-Comté	2 793 080	4	9 à 11	7 à 13	7 à 8	4 à 7
PAYS-DE-LA-LOIRE						
LOIRE-ATLANTIQUE	1 510 913	0	9	8	4 à 5	3 à 4
MAINE-ET-LOIRE	835 364	0	7	10	2 à 4	1 à 2
MAYENNE	303 245	2	2	2	1	1
SARTHE	564 160	0	4	4	2	1
VENDEE	723 037	0	4	7	2	2
Total Pays-de-la-Loire	3 936 719	2	26	31	11 à 14	8 à 10
NOUVELLE AQUITAINE						
CHARENTE	350 209	1	1 à 2	1 à 3	1	1
CHARENTE-MARITIME	681 666	0	2 à 3	2 à 4	2	2
CORREZE	239 483	1	1 à 2	1 à 2	1	1
CREUSE	114 103	1	1	1	1	0
DORDOGNE	417 714	0	1 à 3	1 à 3	1	0
GIRONDE	1 718 654	3	2 à 4	2 à 4	2 à 3	1 à 2
LANDES	440 763	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	332 372	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	713 482	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	374 315	1	1	1 à 2	1	1
		Régulation libérale à partir de 19h en semaine				
VIENNE	437 151	1	1 à 2	1 à 3	1	1
HAUTE-VIENNE	371 297	1	1 à 2	1 à 2	1	1
		Régulation libérale à partir de 19h en soirée de semaine				
Total Nouvelle-Aquitaine	6 191 209	14	15 à 26	14 à 31	14 à 15	9 à 10
HAUTS-DE-France						
AISNE	518 817	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	2 615 505	0	5 à 7	5 à 7	3 à 4	1
OISE	829 583	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	1 450 306	0	3 à 5	2 à 4	3	1
SOMME	559 722	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	5 973 933	0	12 à 18	11 à 18	11 à 12	5 à 7
MARTINIQUE	355 459	3	3	3	1	0
		Soirées de 19h à 23h Samedi de 13h à 23h Dimanches et jours fériés de 7h à 23h				
GUADELOUPE	380 387	0	1	1	1	1
MAYOTTE	329 282	0	0	0	0	0
GUYANE	292 354	0	0	0	0	0
LA REUNION	896 175	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				
Total DOM	2 253 657	4	6	6	4	2

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

Départements	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2024	Taux de participation des médecins à la PDSA en 2025	Evolution 2024-2025	Taux de couverture des territoires de PDSA en 2025
01 - Ain	69%	68%	-1,6%	100%
02 - Aisne	57%	57%	+0,3%	100%
03 - Allier	73%	77%	+4,2%	100%
04 - Alpes de Hautes-Provence	39%	43%	+4,0%	76%
05 - Hautes-Alpes	55%	55%	+0,4%	100%
06 - Alpes-Maritimes	13%	13%	-0,2%	92%
07 - Ardèche	63%	65%	+1,4%	100%
08 - Ardennes	83%	82%	-0,6%	100%
09 - Ariège	48%	50%	+2,4%	100%
10 - Aube	75%	73%	-2,2%	100%
11 - Aude	54%	55%	+0,6%	100%
12 - Aveyron	75%	72%	-2,9%	100%
13 - Bouches-du-Rhône	16%	15%	-0,2%	73%
15 - Cantal	53%	61%	+8,1%	75%
16 - Charente	73%	87%	+13,9%	100%
17 - Charente-Maritime	32%	31%	-1,7%	100%
18 - Cher	49%	53%	+3,1%	100%
19 - Corrèze	71%	71%	+0,1%	100%
21 - Côte-d'Or	27%	26%	-0,5%	100%
22 - Côtes d'Armor	57%	61%	+3,2%	100%
23 - Creuse	77%	77%	+0,1%	100%
24 - Dordogne	73%	73%	+0,3%	100%
25 - Doubs	50%	52%	+1,3%	100%
26 - Drôme	58%	59%	+1,7%	89%
27 - Eure	57%	58%	+0,4%	91%
28 - Eure-et-Loir	81%	75%	-6,4%	100%
29 - Finistère	43%	49%	+6,6%	100%
30 - Gard	36%	41%	+5,1%	100%
31 - Haute-Garonne	61%	63%	+2,2%	100%
32 - Gers	75%	74%	-0,4%	100%
33 - Gironde	49%	50%	+0,5%	100%
34 - Hérault	26%	25%	-1,3%	100%
35 - Ille-et-Vilaine	28%	29%	+0,9%	100%
36 - Indre	55%	58%	+3,7%	100%
37 - Indre-et-Loire	33%	33%	-0,4%	100%
38 - Isère	45%	48%	+2,8%	100%
39 - Jura	55%	55%	-0,6%	100%
40 - Landes	55%	72%	+17,0%	86%

41 - Loir-et-Cher	56%	56%	-0,7%	100%
42 - Loire	55%	57%	+1,9%	100%
43 - Haute-Loire	77%	75%	-1,7%	100%
45 - Loiret	57%	58%	+1,0%	100%
46 - Lot	76%	74%	-1,7%	100%
47 - Lot-et-Garonne	73%	82%	+8,3%	100%
48 - Lozère	67%	68%	+1,4%	100%
49 - Maine-et-Loire	52%	54%	+1,9%	100%
50 - Manche	58%	59%	+1,4%	100%
51 - Marne	48%	46%	-2,1%	100%
52 - Haute-Marne	66%	73%	+7,0%	100%
54 - Meurthe-et-Moselle	25%	23%	-1,8%	100%
55 - Meuse	67%	64%	-3,5%	100%
56 - Morbihan	50%	47%	-3,5%	100%
57 - Moselle	25%	26%	+1,0%	100%
58 - Nièvre	56%	84%	+28,5%	100%
59 - Nord	32%	32%	+0,4%	100%
60 - Oise	22%	24%	+1,5%	100%
61 - Orne	65%	60%	-5,6%	100%
62 - Pas-de-Calais	59%	62%	+2,8%	100%
63 - Puy-de-Dôme	35%	36%	+1,5%	92%
64 - Pyrénées-Atlantiques	41%	40%	-0,3%	100%
65 - Hautes-Pyrénées	60%	61%	+0,9%	100%
66 - Pyrénées-Orientales	37%	43%	+6,1%	100%
67 - Bas-Rhin	21%	20%	-0,6%	100%
68 - Haut-Rhin	60%	57%	-2,6%	100%
69 - Rhône	40%	41%	+1,1%	100%
70 - Haute-Saône	69%	67%	-1,6%	100%
71 - Saône-et-Loire	58%	65%	+7,0%	100%
72 - Sarthe	53%	55%	+2,1%	100%
73 - Savoie	64%	63%	-0,7%	100%
74 - Haute-Savoie	62%	63%	+1,3%	100%
75 - Paris	9%	9%	+0,0%	100%
76 - Seine-Maritime	Non connu	46%	Non connu	100%
77 - Seine-et-Marne	13%	14%	+1,7%	100%
78 - Yvelines	39%	35%	-3,5%	100%
79 - Deux-Sèvres	70%	78%	+7,5%	100%
80 - Somme	54%	54%	+0,2%	100%
81 - Tarn	61%	69%	+7,4%	100%
82 - Tarn-et-Garonne	79%	80%	+0,2%	100%
83 - Var	17%	16%	-0,8%	100%
84 - Vaucluse	51%	52%	+1,6%	100%
85 - Vendée	75%	69%	-5,5%	100%
86 - Vienne	66%	65%	-1,0%	100%
87 - Haute-Vienne	75%	85%	+10,1%	100%
88 - Vosges	84%	85%	+1,1%	100%

89 - Yonne	22%	24%	+2,4%	100%
90 - Territoire-de-Belfort	69%	68%	-1,4%	100%
91 - Essonne	17%	17%	-0,4%	100%
92 - Hauts-de-Seine	15%	14%	-0,4%	100%
93 - Seine-Saint-Denis	20%	18%	-2,2%	100%
94 - Val-de-Marne	33%	31%	-1,6%	100%
95 - Val-d'Oise	23%	24%	+1,5%	88%
2A - Corse-du-Sud	42%	40%	-1,3%	100%
2B - Haute-Corse	31%	33%	+2,3%	89%
972 - Martinique	25%	34%	+8,7%	100%
973 - Guyane	15%	17%	+1,6%	100%
974 - La Réunion	13%	13%	+0,0%	100%

3. Questionnaire PDSA 2025 soumis aux CDOM

QUESTIONNAIRE - ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DECEMBRE 2025

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 2025

1. Quelles modifications de l'organisation de la PDSA votre département a-t-il connu en 2025 ?

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 de la PDSA
- Hausse du nombre de médecins effecteurs de la PDSA
- Baisse du nombre de médecins régulateurs de la PDSA
- Hausse du nombre de médecins régulateurs de la PDSA
- Baisse du nombre de médecins retraités ayant participé à la régulation en horaires de PDSA
- Hausse du nombre de médecins retraités ayant participé à la régulation en horaires de PDSA
- Baisse des moyens alloués pour la régulation des appels en horaires de PDSA
- Augmentation des moyens alloués pour la régulation des appels en horaires de PDSA
- Modification des conditions d'accès aux MMG (accès régulé...)
- Développement de la visio-régulation en horaires de PDSA
- Autre, précisez :
- Le département n'a connu aucune modification de la PDSA en 2025

a. Les modifications de l'organisation de la PDSA en 2025 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 2025 » en 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 2025, 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 2025 » en 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 » en 2.

La permanence des soins sur le terrain en 2025

L'organisation de la régulation médicale

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

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

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

Plusieurs réponses possibles

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

5. Êtes-vous favorable à un numéro spécifique d'accès à la régulation de la PDSA autre que le 15 ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

a. Pourquoi ?

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

La participation des médecins à la régulation médicale



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

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

7. A part les médecins libéraux installés, combien de médecins retraités 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. A part les médecins libéraux installés, combien de médecins salariés 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.

9. A part les médecins libéraux installés, combien de médecins 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.

10. La régulation déportée (depuis le domicile ou le cabinet du médecin) est-elle en pratique utilisée par des régulateurs de la PDSA ?

- Oui
- Non
- Cette pratique ne correspond pas à une demande des médecins
- Ne sais pas

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

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

- Oui
- Non

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » coché en 12.

b. Combien de sites dédiés sont adossés à des hôpitaux ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » coché en 12.



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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » coché en 12.

d. Les patients peuvent-ils, dans la pratique, accéder à une consultation dans les sites dédiés sans régulation médicale préalable ?

Question conditionnelle, uniquement si « oui » coché en 12.

- 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 12.

- 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 : _____

13. Des médecins exercent-ils la PDSA à leur cabinet au sein de votre département ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 13.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

L'effectio n mobile

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a. Si oui, s'agit-il :

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 14.

Plusieurs réponses possibles

- De médecins de garde rattachés à un site dédié et assurant également l'effectio n 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 14.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

L'effectio n en fonction du créneau horaire

15. Combien y a-t-il de territoires de PDSA en soirée (au plus tard minuit) au 31 décembre 2025 ?

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

a. Combien de ces territoires sont couverts par un médecin 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 (après minuit) ?

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



16. Combien y-a-t-il de territoires de PDSA les week-ends et jours fériés au 31 décembre 2025 ?

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

c. Combien de ces territoires sont couverts par un médecin de la PDSA ?

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

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

- Oui, c'était déjà le cas avant 2025
- Oui, depuis 2025
- Non
- Ne sais pas

18. Les horaires de garde de soirée (avant 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 18.

19. 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 19.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

c. Développez si nécessaire

Question conditionnelle, uniquement si « non » en 19.

Activité ou information connexes à la PDSA

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



Plusieurs réponses possibles

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

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

Question conditionnelle, uniquement si « médecin de garde », « service des urgences » en 20.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

a.1. Si oui, précisez

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en a.

.....

.....

.....

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

- Oui
- Non
- Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « oui » en 21.

- 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.

.....
.....

22. Avez-vous constaté une baisse de sollicitation des 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

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

23. 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 23.

.....
.....

24. 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 24.

.....
.....

25. 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 25.

.....



26. 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 26.

27. 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 27.

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

Permanence des soins et fonctionnement du conseil départemental

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 2025 ?

- Oui
- Non

a. Si oui, le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter des tableaux en 2025 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 2025 ?

- 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 2025 ?

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. Au total (notifiés dans Ordigard ou pas), combien de médecins en exercice sont exemptés de gardes de PDSA dans votre département au 31 décembre 2025 ?

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

- Oui
 Non
 Ne sais pas

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 31.

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

- Oui
 Non

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 32.

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



- Ne se prononce pas

a. Développez

34. 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 32.

- Oui
 Non
 Ne sais pas

a. Développez

La communication au grand public

35. Y a-t-il eu, en 2025, 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 35.

Aspects qualitatifs et prospectifs

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

36. 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

37. 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



38. 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

39. Estimez-vous que la permanence des soins remplit sa mission 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 remplit pas sa mission de manière optimale au sein de votre département ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui mais certaines zones sont en difficulté », « Non » en 39.

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 de cabinets de soins non programmés (ou cabinets à horaires élargis) en horaires de PDSA
- Autre, précisez.....
- Ne se prononce pas

a.2.a Comment la présence des cabinets de soins non programmés impactent l'activité des médecins de garde de la PDSA ?

Question conditionnelle, uniquement si « Présence de cabinets de soins non programmés » coché en a.2.

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

Question conditionnelle, uniquement si « Oui, mais certaines zones sont en difficulté » et « Non » en 39.

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

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

- Oui au cours de l'année 2025
- Oui, avant 2025
- Non
- Ne sais pas

a. Si oui, lesquelles ?

Question conditionnelle, uniquement si « Oui » en 40.

41. 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 41.



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

43. Commentaire libre



ÉTAT DES LIEUX PDSA 2025

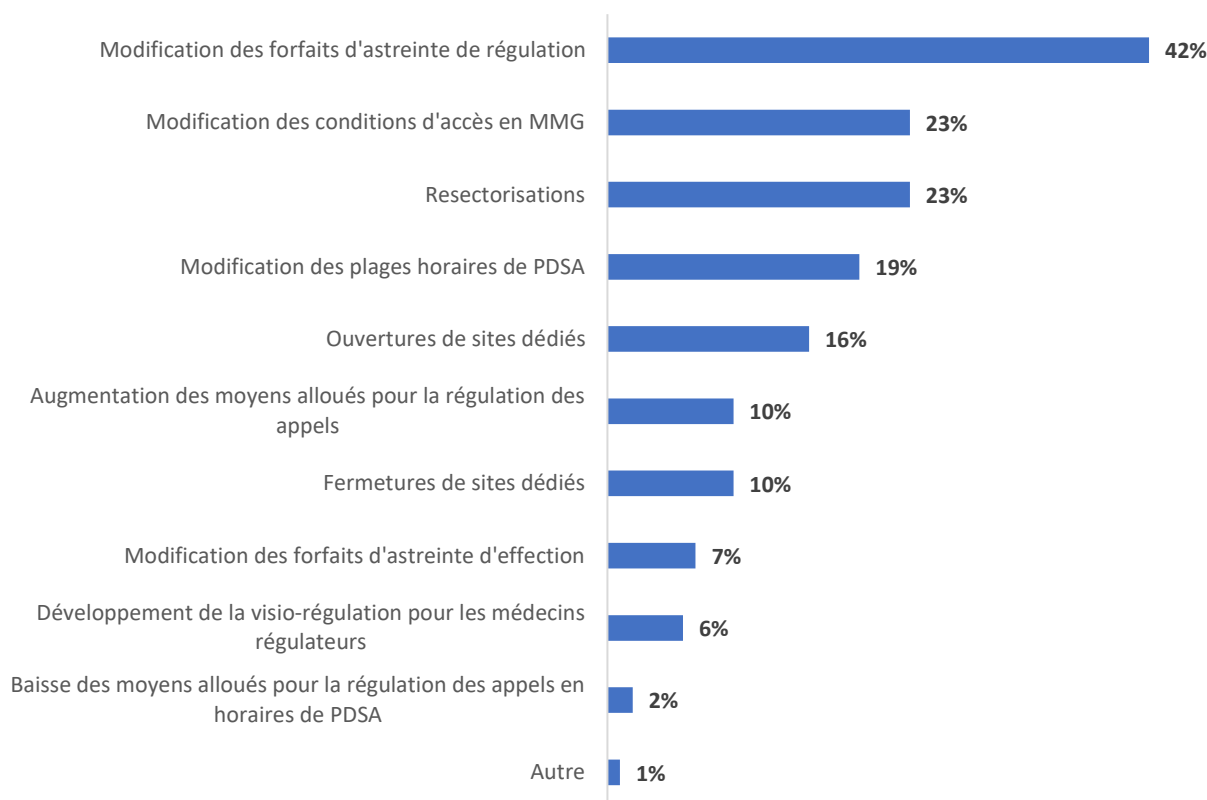
Synthèse des principaux résultats

Sous la direction du Dr Jean-Luc FONTENOY
Président de la Commission nationale de la permanence
des soins



Organisation de la PDSA en 2025 : des changements constatés pour la majorité des départements

- **86 % des départements ont connu des modifications de l'organisation de la PDSA en 2025, contre 75 % en 2024.** Elles ont principalement porté sur des revalorisations des forfaits d'astreintes de régulation, des modifications des conditions d'accès aux MMG, des resectorisations et des modifications de plages horaires de PDSA.



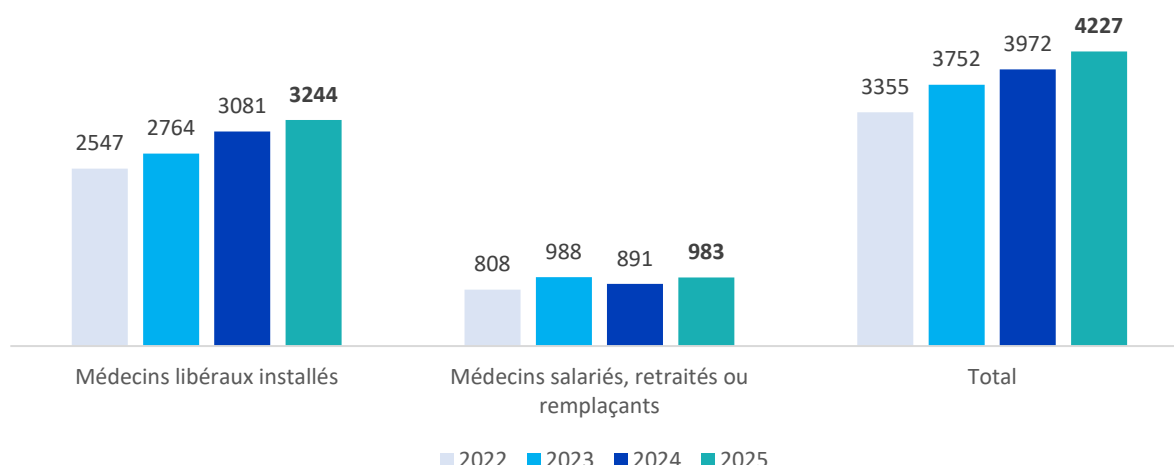
- **63 % des modifications de l'organisation de la PDSA ont été officialisées par le biais d'un avenant au cahier des charges, contre 50 % en 2024.**
- **16 ARS ont initié ou procédé à des modifications de l'organisation de la PDSA dans leur région, dont 3 qui ont procédé à une révision de leur cahier des charges de la PDSA en 2025.**

La régulation médicale

Poursuite de la hausse du nombre de médecins participant à la régulation libérale en 2025

- **Une évolution de 6,4 % du total des participants à la régulation par rapport à 2024** : le nombre de médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une **activité régulière** participant à la régulation a augmenté de **5,3 %** par rapport à 2024 et le nombre des médecins **retraités, salariés ou remplaçants** a progressé de **10,3 %**.

Effectifs des médecins ayant participé à la régulation libérale entre 2022 et 2025

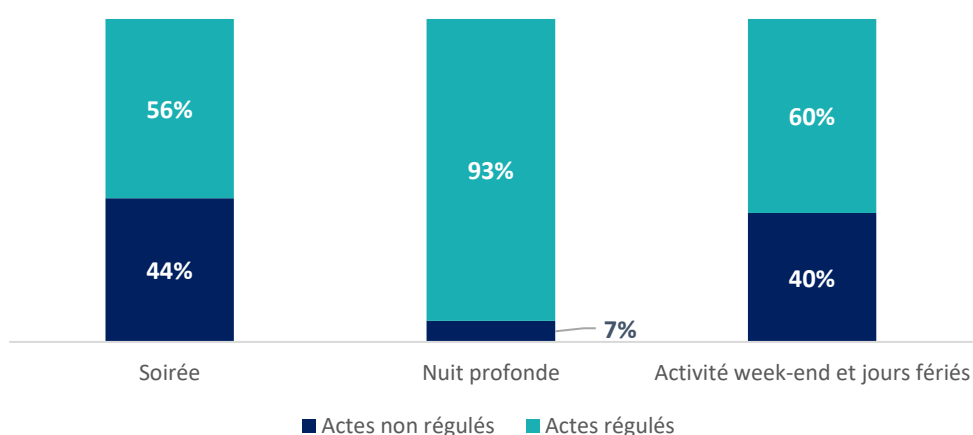


Numéro dédié à la PDSA : où en est-on en 2025 ?

- En 2025, le **116-117** était utilisé par **26 départements**, contre 24 en 2024.
- **37 % des départements se déclarent favorables à la mise en place d'un numéro spécifique** dédié à la PDSA en 2024 (vs **45 %** en 2024) pour désengorger le 15 et faciliter l'accès à la régulation pour les patients. **38 %** des départements y sont défavorables (vs **30 %** en 2024) considérant que le 15 fonctionne déjà efficacement et qu'un nouveau numéro risquerait de créer de la confusion pour les patients.

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

- **41 % des actes réalisés en horaires de PDSA n'ont pas été cotés régulés en 2024⁵²**, soit 3,4 points de plus qu'en 2023 selon les données de la CNAM. Ces données sont très variables selon les départements (min 1% et max 92%) et la plage horaire : l'absence de régulation est d'avantage observée en soirées et durant les week-ends et jours fériés.



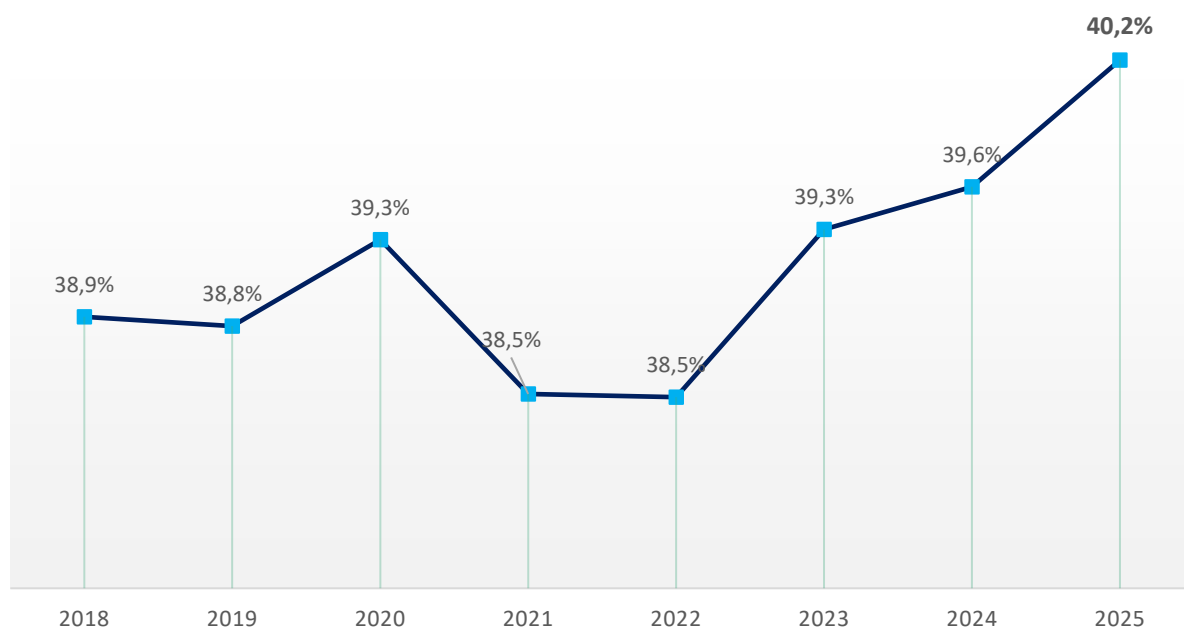
⁵² Les données fournies par la CNAM ont une année de décalage

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

Hausse de la participation des médecins généralistes à la PDSA

- **40,2 %** des médecins généralistes (effecteurs + régulateurs) ont participé à la PDSA en 2025 contre 39,6 % en 2024, **soit une hausse de 0,6 points**. On a ainsi comptabilisé **26690** médecins volontaires pour **66394** médecins susceptibles de prendre une garde.

Evolution du taux de participation des médecins à la PDSA entre 2018 et 2025



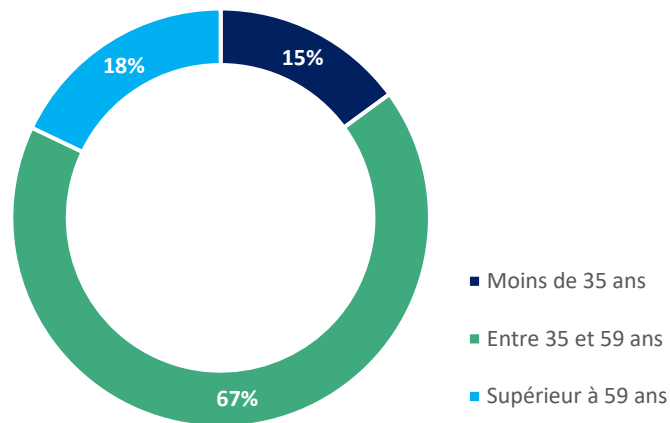
Couverture de territoires de PDSA

- **98 %** des territoires **couverts** par un médecin de garde durant **les week-ends et jours fériés (+1 point par rapport à 2024)**
- **93 %** des territoires **couverts** en **soirées (identique à 2024)**
- **24 %** en **nuits profondes (-3 points par rapport à 2024)**

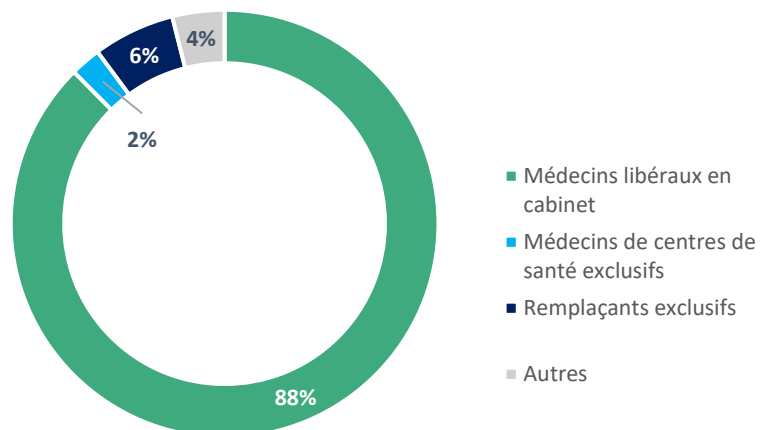
Dans les territoires non couverts, aussi appelés « zones blanches », la prise en charge est assurée par l'AMU.

Profil des médecins de garde

- **Poursuite de la baisse de l'âge moyen** des effecteurs de garde : passage de 45 ans à **44, 5 ans**. **67 %** des médecins de garde ont entre **35 et 59 ans** et **18 %** ont **plus de 59 ans**.



- La PDSA est assurée à **88 %** par des **médecins libéraux installés**, contre 87 % en 2024, à **6%** par des **remplaçants** exclusifs et à **2%** par des **salariés** de centres de santé exclusifs.



Remplacements

- **23,8%** des médecins de garde remplacés au moins une fois en **2025**, contre 23,1% 2024.
- **6,9%** des gardes remplacées au total contre 6,8% en 2024.
- **43 % des remplaçants sont des étudiants.**

Baisse du nombre de réquisitions

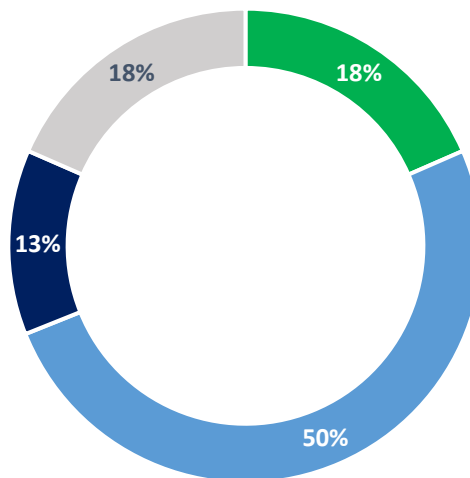
- Des réquisitions ont eu lieu dans **36 départements** (contre 38 en 2024), principalement dues à des carences induites par des mouvements de **grèves** ou des carences durant **les fêtes de fin d'année** ou les week-ends prolongés.
- **415** médecins ont été réquisitionnés en 2025 contre **820** en 2024.

Effectation : resectorisations et effectation fixe

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 **19 départements** pour la régulation en 2025 (-5 par rapport à 2024) et dans 6 départements pour l'effectation également (-1 par rapport à 2024). Cette diminution peut s'expliquer par le **déploiement progressif du Service d'accès aux soins (SAS)** sur le territoire national.
- Cet élargissement est souhaité par **50%** des autres départements.

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



■ La PDSA est déjà élargie au samedi matin pour la régulation et/ou l'effectation ■ Oui ■ Non ■ Ne se prononce pas

Effectation fixe : maintien du développement des sites dédiés

- Un dispositif généralisé : **90 départements** disposent d'un ou plusieurs sites dédiés (MMG ou autre point de consultation fixe) à la PDSA (identique à 2024)
- Une hausse de **21 sites dédiés** par rapport à 2024.
- Des gardes sont encore réalisées au cabinet du médecin traitant dans **83%** des départements (-1 point par rapport à 2024).
- **9** départements ont bénéficié de transports dédiés aux patients non-mobilisables vers les sites dédiés en 2025 (identique à 2024).

Actes médico-administratifs : difficultés rencontrées dans de nombreux départements

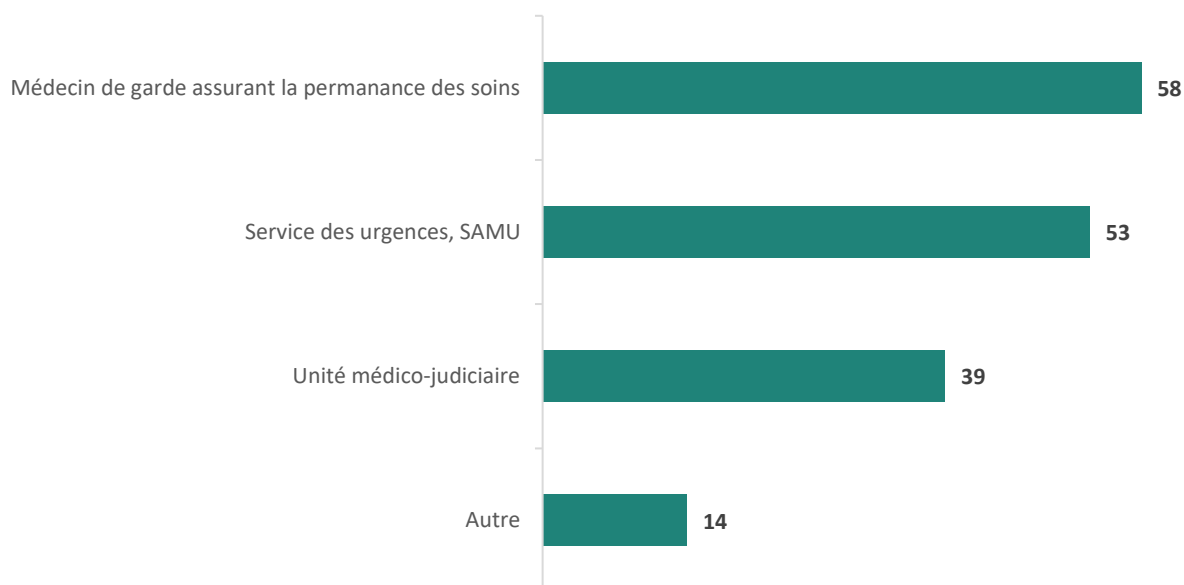
La réalisation des certificats de décès reste majoritairement prise en charge par les médecins de la PDSA (dans 73% départements)

- **59%** de ces départements ont déclaré rencontrer des difficultés à ce sujet en 2025.
- **Un dispositif spécifique** a été mis en place dans **50** départements, notamment des **listes de médecins volontaire**, retraités ou non, et l'implication des **IDE** dans la rédaction des certificats de décès.

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**
- Autorisation du recours à la **téléconsultation** pour les prolongations de garde à vue depuis **novembre 2024**

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



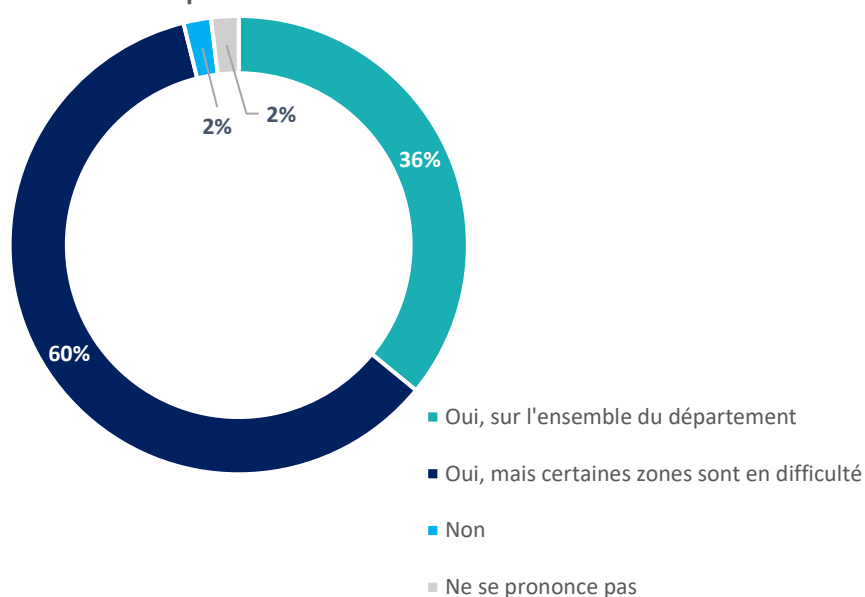
Activité des CDOM et place des associations de PDSA

- Les CDOM participent à l'élaboration des tableaux de garde seuls ou en collaboration avec d'autres acteurs dans **17%** des départements pour l'effectif et **3%** pour la régulation
- **39** CDOM ont reçu des **plaintes ou des signalements** en lien avec la PDSA (**7 de plus** qu'en 2024).
- **92** départements disposent d'une **ADOPS et/ou AMRL**
- **14%** des CDOM estiment que les **CPTS ont joué un rôle dans l'organisation de la PDSA** en 2025 (**-4 points** par rapport à 2024).

Constats et perspectives des CDOM

- **99** départements estiment que la PDSA **remplit sa mission** sur tout ou partie du territoire.

Estimez-vous que la permanence des soins remplit sa mission dans votre département ?



Des difficultés de fonctionnement sont observées dans certaines zones selon les CDOM, principalement en raison :

- Du **déclin de la démographie médicale**, cité par **86 % des CDOM** concernés par des difficultés dans certaines zones (*niveau identique à 2024*) ;
- De problématiques liées à l'**implication des médecins**, mentionnées par 43 CDOM (contre 46 en 2024).

Selon les CDOM, ces difficultés seraient notamment dues à :

- o Une **activité trop faible** sur certains secteurs (**67%**) ;
- o L'**insécurité** des médecins de garde dans certaines zones (**60%**) ;
- o Une **activité trop importante** hors horaires de PDSA (**47%**)
- o La présence de **cabinets de soins non programmés** ou à horaires élargis (**37%**) ;
- o Une **activité trop importante** en horaires de PDSA sur certains territoires (**26%**) ;

Des problématiques organisationnelles également mises en cause du fait :

- De facteurs **géographiques** compliquant les déplacements (**81%**) ;
- D'une **insuffisance de moyens** alloués par l'ARS (**65%**) ;
- De problématiques liées à des **resectorisations** induisant une augmentation des distances à parcourir pour les médecins (**46%**).

Pistes d'amélioration proposées par les conseils départementaux

- o Des mesures **financières** incitatives, proposées par **45 CDOM**
- o Le renforcement de la participation des **étudiants** et médecins **salariés** (**41**) ;
- o La mise en place de **transports dédiés** pour les patients non-mobilisables (**37**) ;



- Des actions de **communication** auprès du grand public et des médecins libéraux (**32**) ;
- Le développement de **points fixes** de consultation (**31**) ;
- Le renforcement de la **sécurité** (**25**) ;
- Discussion sur la notion de **volontariat** (**25**) ;
- Une **restructuration** des secteurs de gardes (**21**) ;
- La **suppression** des gardes sur certains créneaux (**17**).
- La mise en place d'aides à la création et développement des **ADOPS** (**9**).

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

