

# L'organisation et la facturation des soins non programmés en ambulatoire

---

## Les grands principes

Les soins non programmés (SNP) sont des soins qui ne relèvent pas de l'urgence vitale mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48 heures. Qu'ils soient réalisés durant les horaires<sup>1</sup> de permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou en dehors, ils sont un maillon essentiel de l'organisation des soins. Notamment en ce qu'ils rendent un service médical aux patients et permettent également de désengorger les services d'urgence, tout en optimisant les ressources médicales de ville.

C'est pourquoi les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels plus récemment se sont attachés à renforcer les organisations pour répondre à ces objectifs.

**En dehors des horaires de PDSA, la prise en charge des soins non programmés doit être assurée prioritairement par le médecin traitant.** Lorsqu'il n'est pas disponible, les patients sont invités à chercher une alternative à proximité ou, à défaut de solution, à contacter le 15 pour accéder au service d'accès aux soins (SAS).

**Aux horaires de PDSA, si le besoin semble le justifier, il convient de contacter le 15 directement ou tout autre numéro d'accès à la permanence des soins ambulatoires. Il doit être rappelé que la convention médicale signée le 4 juin 2024 n'a porté aucune modification des majorations relatives à la PDSA à l'exception de la création d'une majoration des visites à domicile.** Seules les règles relatives aux autres majorations d'urgence ont été précisées ou renforcées.

Les partenaires conventionnels sont ainsi convenus de rappeler que la régulation médicale des SNP doit donc être au cœur de la stratégie de prise en charge des soins non programmés, afin de recentrer les prises en charge sur les besoins qualifiés d'urgent.

En effet, la régulation médicale permet de distinguer le « besoin » de soins de la « demande » de soins, faisant tomber près de 50 % des demandes (en prodiguant des conseils médicaux, notamment thérapeutiques, ou en orientant les patients vers un professionnel adapté à sa situation). Elle permet de limiter les passages aux urgences, en journée comme en soirée, tout en apportant une réponse adaptée aux besoins des patients.

---

<sup>1</sup> Du lundi au vendredi : de 20 h à 8 h. Le samedi à partir de 12 h. Dimanche et jours fériés : de 8 h à 8 h le lendemain

## L'organisation et traçabilité de la régulation

### LES REGULATEURS IDENTIFIES

La régulation est reconnue comme telle, notamment au regard de la facturation des majorations régulées, lorsqu'elle réalisée par :

- le médecin régulateur du SAMU-SAS ou le médecin régulateur de la PDSA
- le Service des urgences : le médecin d'accueil et d'orientation (MAO) ou l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA), dans le cadre d'un protocole établi avec le médecin
- les médecins des centres d'appel des associations de permanence des soins<sup>2</sup>, dans le cadre d'une convention avec l'établissement siège du SAMU<sup>3</sup> et approuvée par l'agence régionale de santé (ARS).

### L'ORIENTATION DES PATIENTS

**Aux horaires de PDSA, lorsque la régulation médicale telle que définie ci-dessus considère que la demande de soin nécessite une consultation médicale dans un délai rapide, les médecins régulateurs orientent les patients vers les effecteurs de la PDSA (médecins, associations de PDSA) inscrits au tableau de garde, qui pourront alors bénéficier de la rémunération associée<sup>4</sup>.**

A l'inverse, si la régulation médicale estime que la demande de soins ne nécessite pas de consultation immédiate, elle réoriente le patient vers son médecin traitant ou à défaut, vers le SAS pour trouver un rendez-vous avec un professionnel disponible sur le territoire. Celui-ci pourra alors facturer la majoration associée).

### LA TRAÇABILITE DE LA REGULATION

Pour que les dispositions prévues dans les textes soient opérantes et vérifiables par les services de l'assurance maladie, il est impératif que la régulation soit tracée et ce, quel que soit le régulateur.

En effet, conformément au dernier alinéa de l'article R.6315-3 précité, « les appels traités dans le cadre de la permanence des soins ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris les prescriptions mentionnées au 3ème alinéa de l'article R. 6315-5, sont soumis à une exigence de traçabilité [...] ».

## L'évolution des règles conventionnelles

La convention médicale a recentré les valorisations sur les prises en charge de soins non programmés pour lesquelles une réponse rapide a été caractérisée, soit par le régulateur soit par l'effecteur.

Les schémas de valorisation des différentes prises en charge sont donc décrits ci-après.

### AUX HORAIRES DE PDSA

En horaire de PDSA, l'activité régulée doit être privilégiée.

**Ainsi, seules les prises en charge de patients ayant préalablement fait l'objet d'une régulation médicale peuvent bénéficier des majorations dédiées à la PDSA.**

---

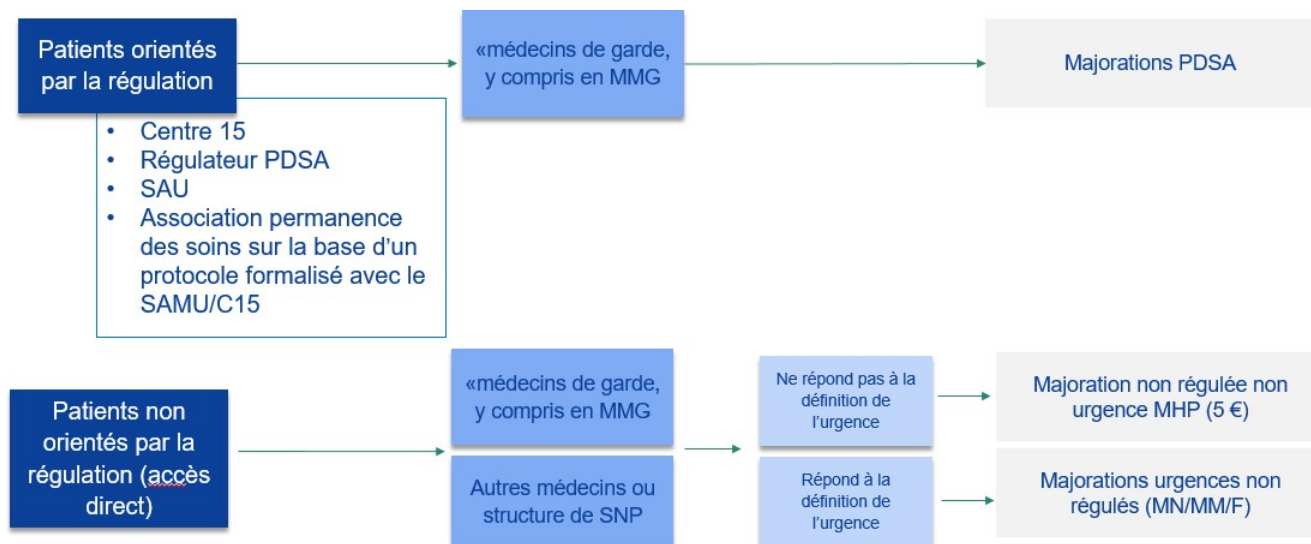
<sup>2</sup> 4<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique

<sup>3</sup> 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article R. 6315-3 du code de la santé publique

<sup>4</sup> La seule exception, comme le dispose la convention médicale et la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), en cas d'indisponibilité du médecin de garde, le patient pourra être orienté vers un autre médecin, non inscrit au tableau. Cette disposition relève donc d'un cas très dérogatoire, tout systématisme d'orientation vers un tiers non inscrit pourra donner lieu à un contrôle dédié.

S'agissant des patients qui se présentent spontanément, que ce soit auprès d'un effecteur de PDSA inscrit au tableau de garde (par exemple dans une MMG) ou d'un autre cabinet ou structure de prise en charge :

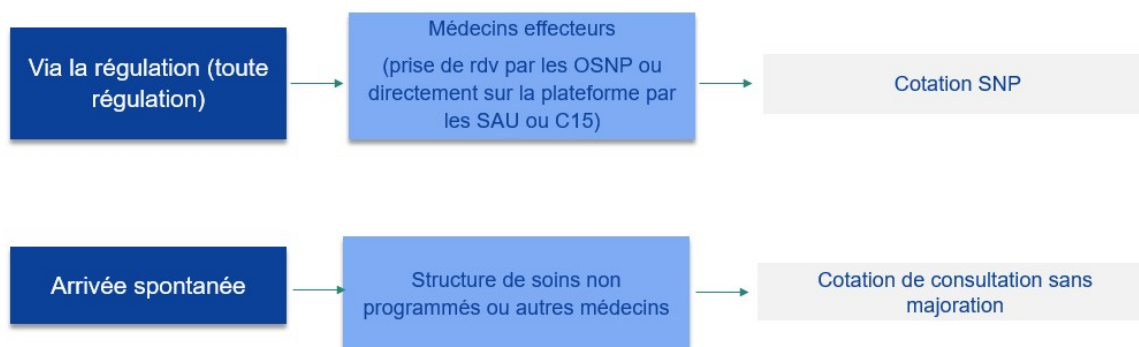
- **si le patient répond à la définition de l'urgence prévue par la convention médicale** (« affection ou suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles ») : le médecin peut facturer l'une des majorations « urgences non régulées » (MN, MM, F) dans le cadre de l'article 14 de la NGAP
- **si le patient ne répond pas à la définition** : le médecin peut facturer la majoration « non régulée, non urgence » MHP s'élevant à 5 € qui a été créée dans le cadre de la nouvelle convention.



### EN JOURNÉE DE SEMAINE (EN DEHORS DES HORAIRES DE PDSA)

Lorsque les patients sont pris en charge après régulation médicale, par un médecin effecteur autre que le médecin traitant<sup>5</sup>, le médecin peut facturer la majoration SNP de 15 €. Celle-ci est facturable pour la patientèle non MT du médecin et au maximum, 20 fois par semaine.

Lorsqu'un patient est pris en charge sans régulation médicale préalable, dans une structure de soins non programmés ou dans tout autre cabinet médical, aucune majoration spécifique de soins non programmés ne s'applique.



<sup>5</sup> Que le rendez-vous ait été pris par la régulation SAS (par l'opérateur de SNP par exemple) ou directement sur la plateforme SAS (par un service d'urgence par exemple)

## LA FACTURATION SPECIFIQUE DE L'ACTE YYYYY010

Ce traitement de 1er recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) est administré en cas :

- de détresse respiratoire
- de détresse cardiaque
- détresse d'origine allergique
- d'état aigu d'agitation
- d'état de mal comitial
- de détresse d'origine traumatique.

A compter du 1er janvier 2025, il est facturable dans les situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation.

Certaines organisations, en ce qu'elles répondent à des critères spécifiques définis au niveau nationale et qu'elles sont validées en commission paritaire locale, peuvent plus spécifiquement être éligibles à cette cotation. Elles ne peuvent cependant en aucun cas revêtir un caractère systématique.

## L'accompagnement institutionnel de ces mesures

La mise en œuvre de ce schéma-cible nécessite un accompagnement des acteurs déjà engagés sur les territoires, certains ayant des modes d'organisation spécifiques qu'il convient de faire converger vers ce schéma vertueux.

En cela, l'assurance maladie et les ARS agiront de concert pour identifier les acteurs, aller à leur rencontre et définir conjointement les évolutions nécessaires et un calendrier de mise en œuvre pour entrer dans le cadre défini.

Dans le cadre de la PDSA et de son cahier des charges régional, il appartient à l'ARS de calibrer le besoin de soins réel du soir et du week-end sur le territoire, afin de répondre aux besoins des patients et d'éviter le recours aux services d'urgence lorsque cela n'est pas nécessaire.

Les règles de fonctionnement de la PDSA sont inchangées : tableaux de garde, astreintes, régulation, effecton, majorations post régulation.

S'agissant de l'assurance maladie, elle engagera selon les situations et les acteurs concernés différents niveaux d'accompagnement :

- **pour les médecins et organisations qui sont d'ores et engagés dans la PDSA**, des visites auprès de ces acteurs incontournables seront organisées pour leur présenter ce schéma cible et les accompagner dans sa mise en œuvre.  
En parallèle, l'assurance maladie entend prendre le temps de l'analyse des différentes situations auxquelles sont exposés les acteurs de la PDSA et de la régulation pour proposer, le cas échéant, des évolutions du cadre. Dans l'attente, les caisses d'assurance maladie ne procéderont pas à des procédures de sanction ou d'indus mais uniquement à des mesures d'accompagnement pédagogiques
- **pour les médecins qui ne sont pas engagés dans la PDSA mais interviennent aux horaires de PDSA** : des actions ciblées seront menées, tout d'abord de nature pédagogique autour de la facturation non systématique des majorations MN, MM et F ou de l'acte YYYYY010 et d'ajuster les valorisations au niveau d'urgence réelle.

## Annexe – Les tarifs des majorations applicables

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane La Réunion	Mayotte
<b>Tarif des majorations de permanence des soins dans le cadre de la régulation</b> <sup>(1)</sup> (prévue dans la convention médicale)				(1)
Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de consultation au cabinet : <b>CRN</b>	42,50	42,50	42,50	(1)
Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de visite : <b>VRN</b>	46,00	46,00	46,00	(1)
Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de consultation au cabinet : <b>CRM</b>	51,50	51,50	51,50	(1)
Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de visite : <b>VRM</b>	59,50	59,50	59,50	(1)
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet : <b>CRD</b>	26,50	26,50	26,50	(1)
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de visite : <b>VRD</b>	30,00	30,00	30,00	(1)
Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié : <b>VRS</b>	30,00	30,00	30,00	(1)
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : <b>MD</b> (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
<b>Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit</b> (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)				
- de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : <b>MDN</b>	38,50	38,85	39,20	39,20
- de 00h00 à 06H00 : <b>MDI</b>	43,50	43,85	44,20	44,20
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié : <b>MDD</b> <sup>(2)</sup> (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
<b>Majoration pour actes la nuit et le dimanche</b> (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : <b>MN</b> pour les médecins généralistes et les pédiatres	35,00	35,00	35,00	35,00
Majoration de nuit de 20H00 à 08H00 pour les spécialistes (hors pédiatres) : <b>MN</b>	25,15	25,15	25,15	25,15
Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 : <b>MM</b> pour les médecins généralistes et les pédiatres	40,00	40,00	40,00	40,00
Majoration de dimanche et jour férié : <b>F</b> <sup>(3)</sup> (prévue à l'article 14 de la NGAP)	19,06	19,06	19,06	19,06
Majoration d'urgence du médecin généraliste : <b>MU</b> (prévue à l'article 14.1 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Majoration <b>SNP</b> pour la prise en charge par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) pour une prise en charge dans les 48 heures* (prévue à l'article 14.1.3 de la NGAP)	15,00	15,00	15,00	15,00
Majoration pour la prise en charge du patient entre 19h et 21h sur demande de la régulation SAS en sus de la cotation SNP ou MRT : <b>SHE</b>	5,00	5,00	5,00	5,00
Majorations dimanches et nuit hors urgence : <b>MPH</b>	5,00	5,00	5,00	5,00

(1) Le dispositif de permanence des soins ambulatoire conventionnel n'est pas appliqué à Mayotte

Contact : [DGOS-AS3@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-AS3@sante.gouv.fr)



**MINISTÈRE  
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,  
DES SOLIDARITÉS  
ET DES FAMILLES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction générale  
de l'offre de soins