

Ile-de-France

Service d'accès aux soins

Etat des lieux

2025



Acteur du développement de l'accès aux soins

Créée en 1954 à l'initiative de médecins et de collectivités locales d'Ile-de-France, la Fédération Nationale des Centres de Santé est un organisme à but non lucratif, qui représente et soutient le développement des centres de santé sur le territoire national. Les présidents fondateurs sont le Dr Jean Reigner, médecin-directeur du centre médico-social du Blanc-Mesnil (93), le Dr Paul Gabay, médecin directeur du centre municipal d'Argenteuil (95) et Claudie Gillot-Dumoutier, Maire-adjointe à la santé de la ville de Saint-Denis (93).

Depuis 2017, la FNCS est présidée par le Dr Hélène Colombani, médecin directrice de la santé de la ville de Nanterre (Île-de-France).

Depuis sa création, il y a près de 70 ans, la FNCS a élargi son assise pour rassembler aujourd'hui, en plus de nombreuses collectivités territoriales, (communes, EPCI, départements), un nombre important d'associations, quelques organismes mutualistes, hôpitaux, universités, GIP, gestionnaires de centres de santé.

Les valeurs portées par la FNCS sont de faciliter l'accès aux soins pour tous, privilégier une approche globale de la santé des usagers et allier le soin, la prévention et l'éducation pour la santé. Conformément à ses statuts, la FNCS se donne pour principales missions de :

- 1 **Fédérer** les personnes morales qui gèrent les centres de santé régis par les Codes de la Sécurité Sociale et de la Santé Publique et par les conventions signées avec les caisses nationales d'Assurance Maladie.
- 2 **Promouvoir** les centres de santé, leurs modèles, leurs valeurs auprès des pouvoirs publics, des professionnels de santé, des patients et du grand public.
- 3 **Fédérer et accompagner** les personnes morales porteuses de projets de création de centres de santé médicaux et polyvalents, et de transformation de centres de santé paramédicaux en centres de santé polyvalents.
- 4 **Fédérer** les représentants des patients, des usagers et les partenaires des centres de santé partageant ses valeurs et missions.

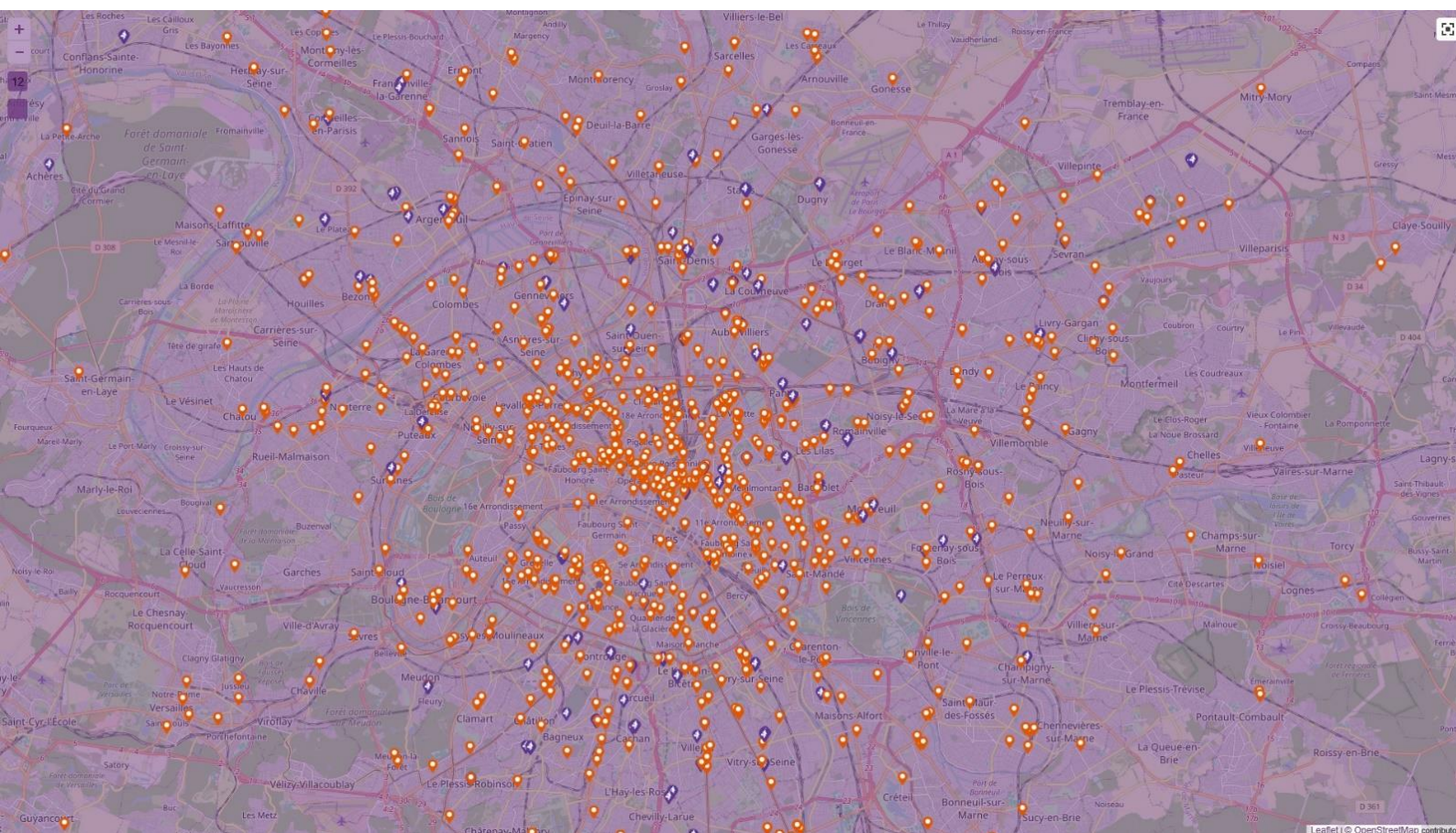
La Fédération contribue à l'amélioration des conditions de fonctionnement des centres de santé, apporte des services d'information, de formation et de communication sur l'actualité et l'évolution de la réglementation concernant ces structures, et favorise la formation, la recherche, l'échange et l'ouverture sur des pratiques nouvelles.

Sommaire

<u>Les centres de santé, un accès à la santé pour tous</u>	5
Les centres de santé, comment ça fonctionne ?	5
Les centres de santé : des solutions à l'accès aux soins	6
<u>Le SAS en Ile-de-France</u>	9
1 – <u>Fonctionnement du SAS</u>	9
2 – <u>Organisation médicale du SAS</u>	9
3 – <u>Participation des professionnels de santé</u>	10
4 – <u>Rémunération</u>	11
5 – <u>Organisation du SAS en Ile-de-France</u>	12
6- <u>Accès des médecins des centres de santé au SAS</u>	12
<u>Quelles sont les différences entre PDSA et SAS ?</u>	13
1- <u>La prise en charge des soins</u>	13
2- <u>La régulation</u>	13
3 – <u>L'orientation des patients</u>	14
4 – <u>La traçabilité de la régulation</u>	14
5 - <u>L'évolution des règles conventionnelles aux horaires de PDSA</u>	14
6 – <u>Nouveautés en matière de facturation</u>	15
7- <u>Tableau des majorations applicables</u>	17
<u>Annexes</u>	18

Consulter la cartographie des centres de santé d'Ile-de-France

sur : <https://www.fncs.org/regions/ile-de-france>



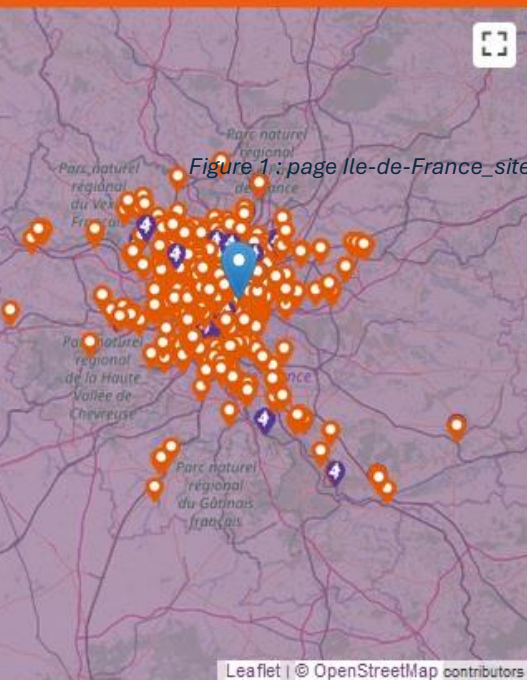


Figure 1: page Ile-de-France_site FNCS

medecin...	medecin...	medecin...
FRANCONVILLE	TRAPPES	SAINT DENIS
assistant.e de...	medecin chef (h/f)	infirmier (h/f)
MONTREUIL	FRESNES	PANTIN
medecin...	secrétaire...	dentiste (h/f)
FRESNES	FRESNES	PARIS
psychologue (h/f)	infirmier.e	responsable de...
PARIS	MONTREUIL	PIERREFITTE
infirmier.e	responsable	psychologue...

Accueil • Régions • Ile-de-France

Ile-de-France

[Voir](#) [Modifier](#) [Supprimer](#) [Gérer l'affichage](#)

C'est ici que notre histoire prend racine. Médecins et collectivités réunis pour apporter des réponses médicales et sociales aux populations du territoire.

Dr Hélène COLOMBANI
Présidente de la FNCS
Directrice des politiques de santé,
Ville de Nanterre



La page Ile-de-France sur le site www.fnscs.org : actualité, AAP, annonces d'emploi des gestionnaires adhérent

9668
ARSIF, soutien au développement des CDS

9870
conférence
[IDF] Faire face aux inégalités de santé en Île-de-France

9866
Mon bilan prévention, vos questions, les réponses de l'ARS

9843
Formation des coordinateurs, la 4ème session est en cours

9808
L'ARSIF et la FNCS signent une nouvelle convention pluriannuelle

9784
Tout savoir sur les certificats de décès, critères, formation, webinaire

9762
Pontault-Combault ouvre son centre de santé en 2024

9753
Congrès national des centres de santé, demandez le programme

9744
Création d'un nouveau centre municipal de santé à Villejuif

Les centres de santé, un accès à la santé pour tous

Les centres de santé sont des structures pluriprofessionnelles de premier recours avec pour objectif un accès aux soins pour tous. Les caractéristiques organisationnelles des centres de santé médicaux et polyvalents participent activement à la réduction des inégalités d'accès aux soins.

L'Île-de-France concentre le plus grand nombre de centres de santé soit **958 structures**. Certains y sont implantés depuis plus d'un siècle, ils disposent d'une connaissance fine de leur territoire, de ses populations et ils collaborent avec leur environnement.

Les chiffres de l'observatoire¹ des centres de santé :



1. Les centres de santé, comment ça fonctionne ?

Le code de la santé publique en donne une définition précise ².

Les gestionnaires des centres de santé ont un point commun, ce sont des organismes à but non lucratif : des collectivités territoriales, des associations, des fondations, des établissements, des SCIC... ou des établissements privés dont la gestion se doit d'être désintéressée.

Les professionnels de santé sont salariés du gestionnaire. Ils bénéficient ainsi d'un cadre de travail et de conditions contractuelles sécurisant : rémunération, congés payés, congés maternité, etc.

¹ <https://www.fnccs.org/2025-les-chiffres-de-l-observatoire-en-ile-de-france>

² [CSP – article L6323-1 à L6323-1-15](#)

Les médecins peuvent bénéficier de contrat à temps plein ou à temps partiel et ainsi avoir la possibilité d'exercer leur art dans un autre cadre : cabinet libéral, hôpital, établissement médico-social, etc.

Les centres de santé constituent des lieux de stage pour les étudiants en médecine.

40% des maîtres de stage universitaire (MSU)
d'Île-de-France sont des médecins
salariés en centre de santé.

Les centres de santé sont des structures de travail collectif qui favorisent la délégation de tâches et la prise en charge globale de la santé des patients. Ils rassemblent une équipe pluriprofessionnelle qui peut être composée de médecins-directeurs, médecins, paramédicaux, IPA, assistants médicaux, médiateurs, traducteurs, directeur administratif, personnel d'accueil, etc, qui se coordonnent pour renforcer la qualité des soins. En coopération avec les patients, des actions de santé publique, de prévention, de promotion et d'éducation peuvent être proposées.

2. Les centres de santé : des solutions à l'accès aux soins

La coopération territoriale

Les centres de santé sont des structures de proximité ancrées sur leur territoire en lien avec les autres acteurs de santé. Souvent impliqués dans les contrats locaux de santé, les centres de santé coopèrent avec les PMI, les établissements de proximité, les hôpitaux ou encore interviennent dans les établissements scolaires et les EHPAD.

Les chiffres des coopérations des centres médico-polvalents en Île-de-France :

208 avec des établissements de santé

123 avec des établissements médico-sociaux

170 avec des structures d'exercice collectif

L'accès économique

Conformément au code de la santé publique, tous les centres de santé pratiquent des **tarifs de secteur 1 sans dépassement d'honoraires**.

En centre de santé,
le coût d'une consultation
de **spécialité** est égal
à celle d'une consultation
de **médecine générale**.

Ils appliquent le tiers payant sur la part obligatoire et le plus souvent sur la part complémentaire. Dans ce cas, les patients ne font pas d'avance de frais, le centre de santé se fait rembourser par l'Assurance Maladie et la mutuelle du patient.

Le SAS en Ile de France

1 – Fonctionnement du SAS

Le SAS (Service d'Accès aux Soins) s'inscrit dans le cadre du Pacte de Refondation des Urgences et du Ségur de la Santé, visant à désengorger les services d'urgence et à améliorer l'accès aux soins non programmés. Il constitue une mesure clé pour recentrer les urgences sur leur cœur de métier et pour offrir une réponse coordonnée aux besoins de santé de la population. Le déploiement des SAS sur la région fait partie des objectifs du PRS 2023-2028.

Le SAS en Île-de-France fonctionne comme un dispositif de régulation et d'orientation des patients, assurant une réponse rapide et coordonnée aux besoins de soins urgents et non programmés, lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible en première intention, grâce à une collaboration étroite entre les professionnels de santé de la ville et de l'hôpital d'un même territoire. Le SAS est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU.

Lorsqu'un patient a besoin de soins urgents ou non programmés et que son médecin traitant n'est pas disponible, il peut contacter le SAS via le numéro d'urgence (15). Le SAS centralise les informations sur les disponibilités des professionnels de santé. Il peut orienter le patient vers un rendez-vous en ville dans les 48 heures, une téléconsultation, ou une consultation en cabinet, maison ou centre de santé, vers une consultation de soin non programmé en ville, vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'un SMUR ou d'un transport sanitaire.

Le SAS est opérationnel dans tous les départements d'Île-de-France. Il a été progressivement mis en place en 2022 et 2023, avec une montée en charge progressive. Par exemple, le SAS des Yvelines fonctionne depuis janvier 2022, tandis que d'autres départements ont suivi au cours de l'année 2023.

2 - Organisation médicale du SAS

Le SAS fonctionne grâce à la mise en place d'un plateau unique de régulation des appels au SAS, accessible 24H/24 et 7J/7, auquel participent les 2 filières, l'aide médicale urgente (AMU) ou la médecine générale en journée pour les soins non programmés.

La régulation de médecine générale est portée à la fois par des médecins régulateurs et des opérateurs de soins non programmés (OSNP). Ils ont notamment pour rôle de trouver des consultations dans les 48h pour les patients dont le besoin de soins non programmés a été confirmé par les médecins régulateurs.

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 rechercher 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 permanence des soins ambulatoires (PDSA), si le besoin semble le justifier, il convient de contacter le 15 directement ou tout autre numéro d'accès à la PDSA. 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 ; les règles relatives aux autres majorations d'urgence ont été précisées ou renforcées sans aucune augmentation tarifaire.

Pour les patients orientés vers la médecine de ville, les régulateurs peuvent s'appuyer sur la plateforme numérique nationale du SAS. Il s'agit d'une plateforme numérique nationale, destinée à l'usage exclusif des professionnels participant au SAS pour faciliter l'accès à l'offre de soins disponible, orienter les patients vers la médecine de ville et s'intégrer dans l'écosystème du numérique en santé.

Cet outil permet :

- de visualiser les créneaux disponibles chez les professionnels de santé acceptant des patients supplémentaires
- de réserver pour ces patients une consultation de soins non programmés, au plus proche de leurs besoins (localisation, horaire, spécialité).

3 - Participation des professionnels de santé

Les professionnels de santé peuvent participer au SAS à titre individuel ou via les CPTS, les MSP, ou les CDS. Une rémunération forfaitaire et des majorations pour les consultations effectuées à la demande du SAS sont prévues pour encourager la participation.

Les créneaux de rendez-vous disponibles sont centralisés sur un agenda partagé au sein du portail numérique du SAS. Les professionnels de santé participant au dispositif peuvent y accéder et mettre à jour leurs disponibilités.

En lien avec les services de secours, le SAS est fondé sur un partenariat entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU autour de :

- la mise en place d'organisations locales permettant la prise en charge des soins non programmés de manière optimale et coordonnée entre les différents acteurs (ville et hôpital) ;
- une plateforme téléphonique de régulation gérée localement, accessible 24h/24 au grand public et permettant de fournir une réponse adaptée pour des soins non programmés ;

4 - Rémunération

Les gestionnaires de centre de santé perçoivent une rémunération forfaitaire de 1 400 euros par an, prévue en application de l'avenant 5 de l'accord national des centres de santé 2015, qui précise :

Article 8.3.5 de l'Accord National des Centres de Santé :

Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) – (critère optionnel) : **200 points.**

Favoriser l'accès aux soins : soins non programmés en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins (critère optionnel) : **200 points**

Le centre de santé bénéficie d'une valorisation supplémentaire dès lors qu'il s'organise pour participer au SAS (indicateur 8.3.5) et prendre en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS.

Le centre de santé doit :

- avoir un agenda ouvert au public permettant la réservation de rendez-vous en ligne de patients non connus par le centre de santé ou partagé avec la structure de régulation du SAS, avec dans ce cas un minimum de 2 heures ouvertes par ETP de médecin généraliste salarié du centre de santé par semaine ;
- et le centre de santé doit participer activement à une organisation SAS ; la plateforme nationale est l'outil de référence pour cette participation et les données issues de cette plateforme peuvent servir de justificatif pour valider cet indicateur.

Comment faire ?

- 1- Se connecter à la plateforme SAS avec Pro Santé Connect - une mise à jour du compte peut être nécessaire
- 2- Activer sa participation en cliquant sur «Je participe au SAS» et renseigner les créneaux disponibles ou interfacier avec le logiciel de rendez-vous interne

A noter : Depuis le 22 décembre 2024, une nouvelle majoration a été introduite de 15€ par consultation pour tout acte effectué, dans les 48h, à la demande de la régulation du SAS, pour un patient hors patientèle médecin traitant, dans la limite d'un plafond hebdomadaire de 20 consultations par médecin.

Cette majoration est versée par l'assurance maladie aux centres de santé pour des consultations de soins non programmés, hors horaires de PDSA.

Après avoir été informés par l'Opérateur de Soins Non Programmés de la venue d'un patient SAS :

Les médecins généralistes doivent renseigner le code acte SNP afin de tracer la consultation et bénéficier des 15 euros supplémentaires. Ce supplément est pris en charge dans les mêmes conditions que la consultation, visite ou téléconsultation associée (les tarifs opposables doivent être respectés, aucun dépassement d'honoraire n'est autorisé).

À noter que la consultation étant réalisée hors parcours de soins, le médecin doit cocher l'indicateur de parcours de soins « U » pour urgence.

5 – Organisation du SAS en Ile de France

Le SAS Paris et Petite Couronne est porté par 4 SAMU franciliens, l'AP-HP et des professionnels de santé (en lien avec l'URPS médecins libéraux), il couvre la totalité du 75, 92, 93 et 94. Il fonctionne depuis 2023.

Le SAS Yvelines est porté par le SAMU 78 (CH de Versailles) et des professionnels de santé (en lien avec l'URPS médecins libéraux), il couvre la totalité du département des Yvelines. Il fonctionne depuis janvier 2022.

Les SAS des autres départements de la région se sont progressivement lancés au cours de l'année 2023 : Essonne au premier semestre et Seine-et-Marne au second semestre. Nous ne disposons pas de chiffres les concernant.

Au 31 mars 2024 :

- 1 089 médecins de ville participant au SAS
- 24 591 rendez-vous pris par les SAS d'Île-de-France

Départements	Nombre de médecins inscrits à la plateforme au 31 mars 2024
75	335
78	236
91	83
92	63
93	101
94	167
95	103

Source : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/service-dacces-aux-soins-sas-5>

6 - Accès des médecins des centres de santé au SAS

Les centres de santé doivent créer un compte de « gestionnaire de structure » sur la plateforme numérique du SAS pour remonter leurs disponibilités. Cela permet aux régulateurs du SAS d'orienter les patients vers des consultations disponibles dans les centres de santé.

Les centres de santé, en collaboration avec les médecins libéraux et les structures de soins coordonnés (MSP, CPTS), participent à la régulation des appels et à l'orientation des patients. Les patients peuvent être dirigés vers des consultations en centre de santé, dans un cabinet libéral ou en téléconsultation.

En centre de santé, le médecin doit se rapprocher de sa direction, qui se charge ensuite de communiquer les disponibilités et de réorienter les patients selon les disponibilités remontées.

L'opérateur de soins non programmés (OSNP) a la possibilité d'appeler une de ces structures pour qu'elle identifie un créneau disponible chez un de ses praticiens. Après régulation par le SAS, la structure de soin prend contact avec le médecin effecteur pour convenir du rendez-vous.

Quels sont les liens et les différences entre PDSA et SAS ?

- <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/l-organisation-et-la-facturation-des-soins-non-programmes-en-ambulatoire>

1 - La prise en charge des soins

Les soins non programmés (SNP) sont des soins qui ne relèvent pas de l'urgence vitale 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 (du lundi au vendredi de 20 h à 8 h ; le samedi à partir de 12h ; dimanche et jours fériés : de 8 h à 8 h le lendemain) de permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou en dehors, ils sont un maillon essentiel de l'organisation des soins notamment en rendant un service médical aux patients et permettant de désengorger les services d'urgence tout en optimisant les ressources médicales de ville.

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 rechercher 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 permanence des soins ambulatoires (PDSA), si le besoin semble le justifier, il convient de contacter le 15 directement ou tout autre numéro d'accès à la PDSA.

2 - La régulation

La régulation est reconnue comme telle, notamment au regard de la facturation des majorations régulées, lorsqu'elle est 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 (4ème alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique) dans le cadre d'une convention avec l'établissement siège du SAMU (2ème alinéa de l'article R. 6315-3 du code de la santé publique) et approuvée par l'ARS.

3 - L'orientation des patients

Aux horaires de PDSA, lorsque la régulation médicale telle que définie ci-dessus considère que la demande de soins 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 (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).

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 (qui pourra alors facturer la majoration associée).

4 - La traçabilité de la régulation

Pour que les dispositions prévues dans les textes soient opérantes et vérifiables pour les services d'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 troisième alinéa de l'article R. 6315-5, sont soumis à une exigence de traçabilité [...] »

5 - L'évolution des règles conventionnelles aux horaires de PDSA

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

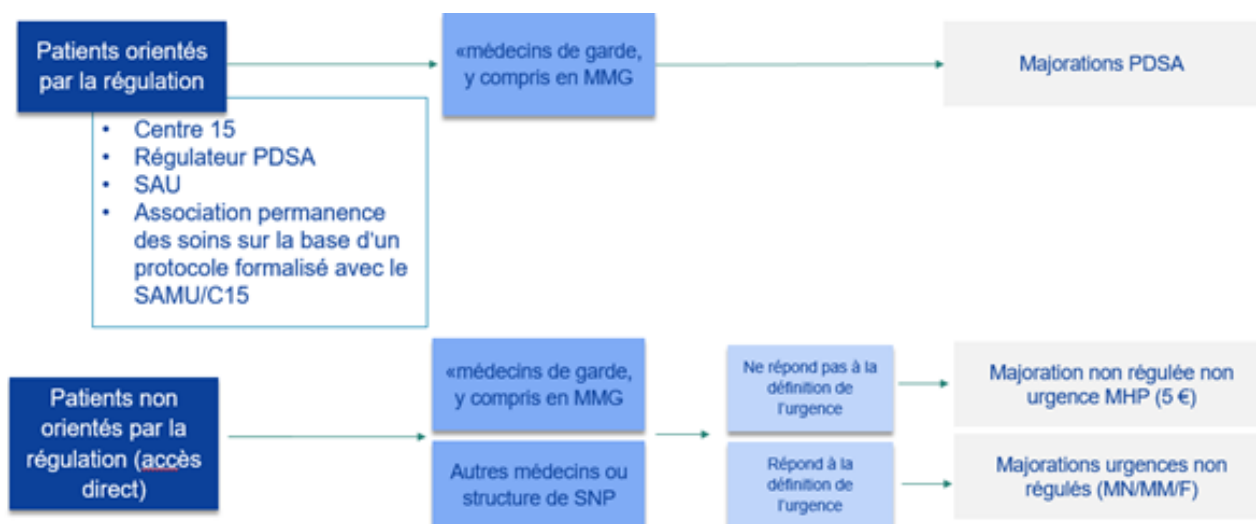
Ainsi, seules les prises en charge de patients ayant préalablement fait l'objet d'une régulation médicale peuvent bénéficier des majorations dédiées à la PDSA.

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, alors :

- Si le patient répond à la définition de l'urgence telle que prévue par la convention médicale (situation d'une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation

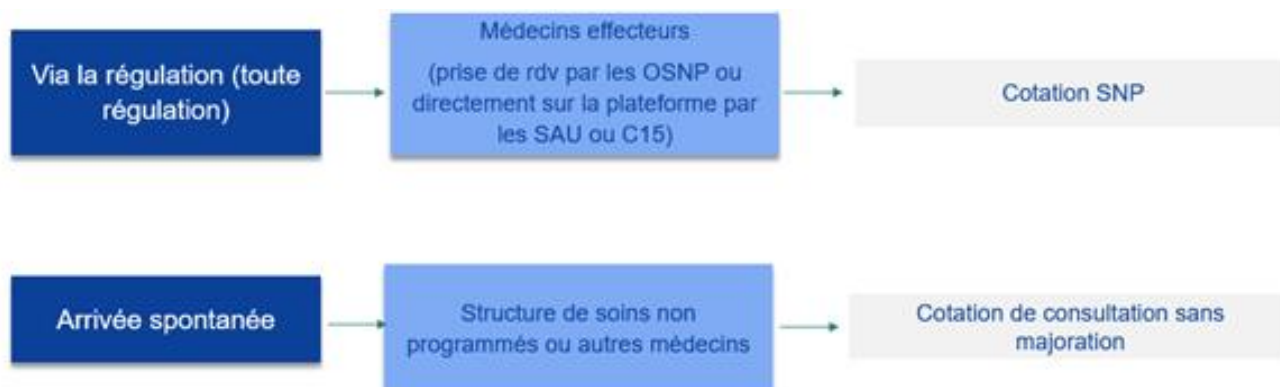
rapide des ressources humaines et matérielles) : le médecin peut facturer l'une des majorations « urgences non régulées » (MN, MM, F) dans le cadre de l'article 14 de la NGAP . Cette majoration est applicable car les actes sont réalisés en dehors des horaires de consultation et dans le cadre d'une urgence justifiée par l'état du patient ;

- Si le patient ne répond pas à la définition suscitée : 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 dehors des horaires PDSA, lorsque les patients sont pris en charge après régulation médicale, par un médecin effecteur autre que le médecin traitant (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 SAU par exemple), le médecin peut facturer la majoration SNP de 15 euros. 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.



6 – Nouveautés en matière de facturation

L'acte technique YYYY010 - traitement de premier 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) dans les situations suivantes :

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

Cet acte technique est facturable à compter du 1er janvier 2025 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 national 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.

Tableau des majorations applicables

Annexe – Tarifs des majorations applicables

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

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

Source : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/l-organisation-et-la-facturation-des-soins-non-programmes-en-ambulatoire>

ANNEXES

Articles de loi

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424156

Code de la santé publique: Chapitre Ier : Aide médicale urgente.

Article L6311-2

Version en vigueur depuis le 28 décembre 2023

[Modifié par LOI n°2023-1250 du 26 décembre 2023 - art. 51](#)

« Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés, conformément au chapitre II du titre II du livre Ier de la présente partie, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.

Ces unités participent au service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3.

Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. Ce centre peut être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente. Il est organisé avec les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé participant à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3.

Le fonctionnement de ces unités et centres est assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins et de chirurgiens-dentistes d'exercice libéral.

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 d'incendie et de secours.

Les services d'aide médicale urgente et les services concourant à l'aide médicale urgente sont tenus d'assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix »

Code de la santé publique : Chapitre Ier : Aide médicale urgente.

Article L6311-3

Version en vigueur depuis le 28 décembre 2023

[Modifié par LOI n°2023-1250 du 26 décembre 2023 - art. 57](#)

« Le service d'accès aux soins a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état.

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

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

Il est organisé et géré par les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé.

Il est accessible gratuitement sur l'ensemble du territoire.

Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et des services d'incendie et de secours.

Les modalités de mise en œuvre du présent article sont fixées par voie réglementaire. »

Sources

- <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/>
- <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/dans-les-coulisses-du-service-dacces-aux-soins>
- <https://www.iledefrance.paps.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-1>
- <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>
- <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas-service-d-acces-aux-soins>
- <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/la-remuneration-des-professionnels-engages-dans-le-sas> : questions/réponses
- [Une plateforme numérique nationale en appui aux professionnels du SAS - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)
- <https://esante.gouv.fr/sas>
- <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/l-organisation-et-la-facturation-des-soins-non-programmes-en-ambulatoire>

