

0. INTRODUCTION

Le **décret n° 2025-152 du 19 février 2025** publié le 20 février 2025 au Journal officiel de la République française, représente une avancée majeure dans l'organisation de la **permanence des soins ambulatoires** (PDSA) en France.

Le texte élargit la participation à cette mission de service public en intégrant les **infirmiers diplômés d'État** (IDE) et les **sages-femmes** aux côtés des **médecins généralistes**. Le décret précise également les modalités d'accès à la permanence des **soins dentaires** afin d'éviter que des patients ne se tournent vers les urgences pour des soins pouvant être réalisés en ville.

Cette réforme s'inscrit dans un cadre global visant à améliorer l'accès aux soins non programmés, tout en réduisant la pression sur les services d'urgence hospitaliers. En diversifiant les professionnels impliqués, les autorités sanitaires souhaitent **améliorer l'offre de soins** disponibles.

La permanence des soins sera mise en œuvre en **collaboration avec les établissements de santé**. Les différents professionnels de santé, qu'ils exercent en libéral, centres de santé ou maisons de santé pluriprofessionnelles, sont invités à contribuer à cette mission selon des modalités établies contractuellement avec les Agences Régionales de Santé (ARS).

L'un des enjeux majeurs du système de santé étant le recours fréquent aux urgences hospitalières pour des soins non vitaux, les services d'urgence se retrouvent **engorgés**, allongeant les délais d'attente pour les patients. Dans certaines zones, notamment rurales ou peu dotées en professionnels de santé, l'accès aux soins en dehors des heures habituelles est particulièrement problématique.

Ainsi, ce décret entend **renforcer l'accès aux soins de premier recours** en mobilisant un plus large éventail de professionnels, **offrir des alternatives** aux services hospitaliers pour mieux répondre aux besoins des patients, assurer une **répartition équitable** des soins sur l'ensemble du territoire, et favoriser la **coopération** entre les professionnels de santé pour une meilleure organisation des soins en ville.

En bref : un décret catalyseur pour la PDSA

La permanence des soins ambulatoires constitue un enjeu majeur pour le système de santé français, particulièrement face à une demande croissante de soins et à des besoins diversifiés. La mise en place de cette réforme vise à améliorer l'efficacité et l'accessibilité des soins, en redéfinissant les rôles des professionnels de santé et en optimisant l'organisation des services.

Ce dispositif, supervisé par les ARS, en intégrant les IDE et les sages-femmes dans la prise en charge des soins non programmés, aspire à une meilleure répartition des responsabilités et à une réponse adéquate aux urgences ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate.

I. LE PRINCIPE DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA)

A) Le besoin croissant d'adaptation du système de santé

La PDSA s'adapte aux **évolutions démographiques** et aux **nouveaux défis sanitaires** pour répondre aux besoins changeants du système de santé.

Avec l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques et le vieillissement de la population, les demandes de soins en dehors des horaires classiques se sont intensifiées. Les crises sanitaires récentes ont également mis en lumière les limites des services hospitaliers et la nécessité d'organiser une meilleure prise en charge des soins non programmés.

B) La limitation de l'afflux aux urgences par une meilleure organisation des soins de ville

L'un des objectifs majeurs de la PDSA est en effet de limiter l'afflux de patients dans les services d'urgence pour des **motifs médicaux pouvant être pris en charge en ville**. Une grande partie des consultations hospitalières concerne des pathologies bénignes qui ne nécessitent pas d'intervention hospitalière mais qui, **faute d'alternative accessible**, conduisent les patients à s'adresser aux urgences. En améliorant l'organisation des soins de ville, il devient possible de réorienter ces patients vers des professionnels adaptés, **réduisant ainsi la pression sur les hôpitaux** et **améliorant la qualité** de la prise en charge.

C) La réduction des inégalités d'accès aux soins grâce à une permanence adaptée

Garantir une répartition équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire constitue un défi majeur, notamment dans les **zones rurales** ou **sous-dotées** en professionnels de santé.

Dans ces régions, l'absence d'une offre de soins adaptée en dehors des horaires habituels contraint souvent les habitants à parcourir de **longues distances** pour consulter un médecin ou à **renoncer** à se faire soigner. La mise en place d'une permanence des soins efficace permet de pallier ces inégalités en assurant une continuité des soins et en facilitant l'accès à des professionnels de santé de proximité.

D) La PDSA comme réponse à ce besoin organisationnel

Le mécanisme de **PDSA** désigne l'organisation mise en place pour assurer cette **continuité des soins médicaux**. Ce dispositif permet aux patients nécessitant une prise en charge **urgente mais non vitale** d'accéder à des soins adaptés sans avoir à se rendre aux urgences hospitalières.

Il s'applique à l'ensemble des secteurs de la médecine ambulatoire et vise à garantir une offre de soins disponible **en dehors des horaires classiques** des cabinets, soit en **soirée**, la **nuit**, les **week-ends** et les **jours fériés**. L'objectif est d'assurer une réponse médicale efficace aux besoins de la population tout en limitant l'engorgement des structures hospitalières.

Il s'agit d'une **obligation des médecins** selon les dispositions de l'article [R.4127-77](#) du Code de la santé publique et d'une **obligation des chirurgiens-dentistes** d'après les dispositions de l'article [R.4127-245](#) du Code de la santé publique.

En bref : une solution adéquate aux besoins de santé urgents

La permanence des soins ambulatoires est une organisation permettant l'accès aux soins médicaux en dehors des horaires habituels. Elle s'adresse aux patients nécessitant une prise en charge urgente, évitant ainsi des déplacements inutiles aux urgences hospitalières. Ce dispositif vise à améliorer l'accès aux soins, désengorger les hôpitaux et garantir une répartition équitable des soins, notamment dans les zones sous-dotées.

II. L'APPLICATION DU DÉCRET : VERS UNE PERMANENCE DES SOINS PLUS ACCESSIBLE ET MIEUX COORDONNÉE

A) La permanence des soins élargie pour une prise en charge renforcée

Jusqu'à présent, la PDSA reposait essentiellement sur l'intervention des **médecins généralistes**, qui assuraient la prise en charge des patients en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets médicaux. Cette organisation, bien qu'indispensable pour garantir un accès continu aux soins, s'avérait parfois **insuffisante**, notamment dans les territoires où la densité médicale est faible. De plus, la charge pesant sur les médecins pouvait être lourde, compliquant l'organisation des gardes et **limitant la disponibilité des praticiens**.

Le décret du 19 février 2025 marque ainsi une évolution majeure en intégrant de nouveaux professionnels de santé dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires.

1. les acteurs : changement de paradigme

La permanence des soins est assurée par les **médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, que ces médecins soient membres ou non d'une association de permanence des soins**. Désormais, les **IDE** et les **sages-femmes** pourront, sur la base du **volontariat**, assurer certaines missions de prise en charge en fonction de leurs compétences respectives et des besoins des patients.

Les **IDE** joueront un rôle central dans cette nouvelle organisation. Grâce à leur expertise en **soins techniques** et leur capacité à assurer un **suivi rapproché** des patients, ils pourront prendre en charge certains actes urgents ne nécessitant pas l'intervention immédiate d'un médecin.

De leur côté, les **sages-femmes** interviendront spécifiquement dans le cadre des urgences **obstétricales** et **gynécologiques** qui ne relèvent pas d'une hospitalisation immédiate. Cette évolution répond à un besoin important, les femmes enceintes ou souffrant de complications gynécologiques étant souvent contraintes de se tourner vers les urgences hospitalières faute d'alternative en ville. Cette mesure permettra par conséquent, d'améliorer l'accessibilité aux soins pour les femmes et de réduire la pression sur les services hospitaliers.

Les **établissements de santé** doivent, quant à eux, mettre en place des dispositifs adaptés pour répondre aux besoins urgents, facilitant la mission de permanence des soins tout en veillant à ne pas surcharger les services hospitaliers.

2. les modalités d'exercice : dynamisme révisé

Concernant la possibilité d'exercer ces nouvelles fonctions, l'accès à la PDSA pour les infirmiers et les sages-femmes nécessite une **régulation médicale téléphonique** préalable. Ce dispositif est disponible sur l'ensemble du territoire national grâce au **numéro national de permanence des soins (116 117)** et au **numéro national d'aide médicale urgente (15)**.

Quant au **cahier des charges régional**, il est élaboré par le **directeur général de l'ARS**. Ce document précise l'**organisation** selon les dispositions de l'article [R.6315-8](#) du Code de la santé publique, il établit désormais l'**organisation globale** de l'offre de soins pour la prise en charge des demandes de soins non programmés et indique les **lieux fixes** de consultation. Il détaille également le **fonctionnement de la régulation des appels**, ainsi que les **modalités d'intervention** des infirmiers et des sages-femmes, en précisant les territoires concernés.

À propos de la **rémunération**, le cahier des charges stipule un **tarif forfaitaire** pour les **médecins** impliqués dans les gardes de PDSA et la régulation médicale téléphonique, en plus des actes réalisés dans le cadre de leur mission. Pour les **infirmiers et les sages-femmes**, la rémunération est déterminée par les **conventions** prévues aux articles [L. 162-9](#) et [L. 162-12-2](#) du Code de la sécurité sociale.

B) L'optimisation innovante de l'accès aux soins dentaires

Jusqu'à présent, les patients confrontés à une urgence dentaire en **soirée, le week-end ou les jours fériés** se retrouvaient souvent sans solution immédiate, les poussant à se tourner vers les services d'urgence hospitaliers. Or, ces derniers ne sont pas toujours équipés pour assurer une prise en charge optimale des pathologies dentaires, aboutissant à une **saturation des urgences**.

Pour pallier cette difficulté, une **régulation spécifique** sera mise en place afin d'organiser la **permanence des soins dentaires** et de garantir une prise en charge plus efficace des patients. Ce dispositif vise à structurer un **réseau de chirurgiens-dentistes** mobilisés pour répondre aux besoins urgents.

1. les acteurs : redéfinition des rôles

L'un des axes majeurs de cette réforme se caractérise par la mise en place d'un système de gardes assuré par les **chirurgiens-dentistes libéraux, les chirurgiens-dentistes collaborateurs et les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé ou des maisons de santé pluriprofessionnelles et tout autre chirurgien-dentiste ayant conservé une pratique clinique attestée par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes**. Ces permanences permettront de garantir la **disponibilité** de professionnels compétents sur l'ensemble du territoire, dans chaque **département** les dimanches et jours fériés, y compris dans les zones rurales ou sous-dotées.

Les **ARS** auront la responsabilité de **coordonner** ces astreintes, en tenant compte des besoins locaux et en s'appuyant sur les structures de soins existantes, comme les **cabinets dentaires, les centres de santé ou encore certaines maisons de santé pluriprofessionnelles**.

2. les modalités d'exercice : cadre actualisé

Les principes d'organisation de la permanence des soins dentaires seront définis dans un **cahier des charges régional**, élaboré par le **directeur général de l'ARS**, selon les dispositions de l'article [R.6315-8](#) du Code de la santé publique. Ce document précise l'**organisation** générale de la permanence, les **territoires** concernés et les **horaires** d'application, en tenant compte de l'**offre de soins dentaires existante**. Il indique également **comment accéder** aux chirurgiens-dentistes participant à ce dispositif.

L'accès à un chirurgien-dentiste dans le cadre de la permanence des soins peut inclure une **régulation téléphonique** par des **chirurgiens-dentistes**, joignables via le **numéro national d'aide médicale urgente (15)** et, si besoin, le **numéro national de permanence des soins (116 117)**. En outre, l'accès à un chirurgien-dentiste dans le cadre de la permanence des soins peut également être organisé par le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, qui met à disposition un **numéro téléphonique spécifique**.

Dans ce contexte, le chirurgien-dentiste régulateur évalue la demande de soins du patient et propose une réponse adaptée, conformément à l'article [L. 1110-8](#) du Code de la santé publique. Il peut formuler des conseils médicaux bucco-dentaires, pouvant conduire à une prescription pour le patient ou pour une pharmacie. Cette prescription, limitée dans le temps et non renouvelable, doit respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles émises par la Haute Autorité de santé.

Enfin, les chirurgiens-dentistes impliqués dans cette régulation seront **remunérés** par un **forfait** établi selon l'article [L. 162-9](#) du Code de la sécurité sociale. En instaurant un tarif forfaitaire, le cadre juridique assure une rémunération stable et prévisible, ce qui peut inciter les chirurgiens-dentistes à s'engager activement, selon le montant établi.

C) Les ARS au cœur de l'adaptation locale de la permanence des soins ambulatoires

Les ARS occupent une place déterminante dans l'application du décret relatif à la PDSA. Chargées de **décliner les orientations nationales en fonction des réalités locales**, elles assureront la mise en œuvre effective du dispositif et veilleront à son bon fonctionnement sur le terrain. Cette approche décentralisée permet d'adapter l'organisation de la PDSA aux spécificités démographiques, géographiques et sanitaires de chaque région, afin de garantir une prise en charge équitable et efficiente des patients.

Dans ce cadre, les ARS ont la responsabilité de **définir des zones prioritaires** nécessitant un renforcement particulier de l'offre de soins ambulatoires. Certaines régions, notamment les territoires ruraux ou les zones urbaines sous-dotées en professionnels de santé, sont confrontées à une pénurie de médecins et à une accessibilité limitée aux soins en dehors des horaires classiques.

En identifiant ces secteurs à risque, les ARS auront à mettre en place des dispositifs spécifiques - tels que des incitations financières - afin d'encourager l'engagement des professionnels ou l'ouverture de structures dédiées à la prise en charge des soins non programmés.

L'une des grandes innovations de cette réforme réside également dans la **diversité des structures pouvant accueillir la PDSA**. Alors qu'elle était principalement assurée dans des **cabinets médicaux libéraux**, la PDSA pourra désormais être organisée dans des **maisons de santé pluriprofessionnelles**, des **centres de santé** ou encore, dans certains cas, au sein de **pharmacies habilitées** pour la réalisation d'actes spécifiques. Cette diversification vise à améliorer la proximité des soins pour les patients et à renforcer l'intégration des différents acteurs de santé dans un même cadre organisationnel.

Les ARS ont également pour mission **d'assurer l'attractivité du dispositif** en définissant les **conditions de travail et de rémunération des professionnels impliqués**. L'efficacité de cette réforme repose en grande partie sur la mobilisation des infirmiers, sages-femmes et autres acteurs de santé, dont l'investissement ne pourra être durable sans une reconnaissance adaptée. Il appartient donc aux ARS d'élaborer des **conventions** garantissant une juste rémunération des astreintes, tout en veillant à ce que les **conditions d'exercice** restent compatibles avec l'équilibre professionnel et personnel des soignants. Une politique incitative et bien encadrée sera essentielle pour assurer la viabilité et la pérennité de cette nouvelle organisation des soins ambulatoires.

Enfin, une **formation et une coordination claires** seront nécessaires pour assurer une prise en charge efficace des patients. L'intégration de nouveaux acteurs dans le dispositif implique un besoin accru de formation continue pour garantir que chacun soit en mesure de répondre aux exigences des soins non programmés. Cela comprend non seulement la formation sur les **actes spécifiques** qu'ils pourront réaliser, mais également des formations sur la **communication interprofessionnelle** et la **collaboration** en équipe. De plus, une coordination fluide entre les différents professionnels sera essentielle pour éviter les doublons, optimiser la répartition des tâches et garantir une continuité des soins.

Le **suiti et l'évaluation** des dispositifs de PDSA sont essentiels pour garantir leur efficacité, leur adaptabilité et leur durabilité. Plusieurs axes pourraient être envisagés à cet égard. Pour mesurer leur efficacité, il pourrait être pertinent de définir des **indicateurs de performance** tels que le temps d'attente pour une consultation, le taux de satisfaction des patients, le nombre de consultations réalisées ou la fréquence d'orientation vers les urgences. Ces données permettraient d'analyser l'impact de ces mesures sur l'accessibilité et la qualité des soins. De plus, l'instauration de **mécanismes de retour d'expérience**, notamment par le biais de plateformes numériques ou de réunions régulières, faciliterait l'adaptation continue des dispositifs aux besoins des usagers et contribuerait d'autant plus à l'amélioration de la prise en charge.

En bref : un levier prometteur pour l'amélioration durable de l'accès national aux soins

Cette réforme transforme en profondeur l'organisation de la permanence des soins ambulatoires en favorisant une **approche plus collaborative**, une **répartition plus équilibrée des charges** et une **reconnaissance élargie** du rôle des infirmiers diplômés d'État et des sages-femmes. En parallèle, la mise en place d'une offre spécifique pour les **urgences dentaires** vise à répondre aux besoins croissants d'accessibilité aux soins, tout en allégeant la pression sur les services hospitaliers.

L'adaptation des modalités d'intervention et de régulation, orchestrée notamment par les Agences Régionales de Santé, permet d'assurer une prise en charge plus **coordonnée**. Cette approche tient compte des réalités locales, favorisant ainsi une réponse plus ciblée aux besoins spécifiques des populations. Cependant, pour que ces avancées soient pérennes, il est impératif de garantir une mise en œuvre efficace et une attractivité suffisante pour les professionnels impliqués.

La réussite de cette réforme repose sur plusieurs leviers interdépendants : **l'adaptabilité** du dispositif aux réalités locales, des conditions de travail et de rémunération **équitable**s pour les nouveaux acteurs, ainsi qu'une **formation** et une coordination optimales entre les professionnels de santé. Une attention particulière à ces enjeux garantira une prise en charge de qualité et une réponse efficace aux défis contemporains du système de santé.