



Document consultable dans Médi@m

Date :

03/05/2002

Domaine(s) :

Professions de santé

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Mise en œuvre du protocole national sur la permanence des soins

Liens :

Plan de classement :

2 22

220

Emetteurs :

DDRI

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CRAM | <input checked="" type="checkbox"/> URCAM |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | | |
| <input type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input type="checkbox"/> Régionaux | <input type="checkbox"/> Chef de service | |
| | <input type="checkbox"/> Médecin Chef de la Réunion | | |

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Mise en œuvre du protocole national signé le 01/03/2002 sur la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les Caisses d'Assurance Maladie

Mots clés :

**Le Directeur
Délégué aux Risques**

Pierre-Jean LANCRY



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 71/2002

Date : 03/05/2002

Objet : Mise en œuvre du protocole national sur la permanence des soins

Affaire suivie par : DDRI/DOS/:

Catherine KERMARC	☎ : 01.42.79.32.12
Bruno Aoust	☎ : 01.42.79.30.09
Nathalie SCHNEIDER	☎ : 01.42.79.31.22
Gulietta HOFMANN	☎ : 01.42.79.32.44

Madame, Monsieur le Directeur,

Madame, Monsieur l'Agent Comptable

L'attention des caisses est appelée sur trois points relatifs à l'organisation et au financement de la permanence des soins :

- La décision en réunion du 26 février 2002 du bureau national de gestion du fonds d'aide à la qualité des soins en ville (FAQSV) de financer pour l'année 2002 à titre exceptionnel la participation des médecins libéraux à la régulation dans le cadre du centre 15 et des projets innovants d'organisation et de coordination de la permanence de soins libéraux.
- La décision en réunion du 28 février 2002 du comité de gestion du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL) de financer pour l'année 2002 à titre exceptionnel sur les crédits du FORMMEL les astreintes réalisées par les médecins généralistes, décision confirmée par la lettre du 2 avril des Ministres de l'Emploi et de la Solidarité, et de l'Economie, des Finances et de l'Industrie.
- la signature le 1^{er} mars dernier d'un protocole national relatif à la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les Caisses Nationales d'Assurance Maladie.

Vous trouverez ci-après toutes informations sur la mise en œuvre des dispositions de ce protocole national.

I - Base légale pour organiser la permanence des soins

Les dispositions de l'avenant n° 8 de la convention nationale des médecins généralistes se rapportant à l'organisation de la permanence des soins (paragraphe 3 de l'avenant - arrêté du 31 janvier 2002 publié au JO du 1^{er} février 2002), ont permis aux partenaires conventionnels d'ouvrir officiellement le chantier des gardes et astreintes sur la base estimative de l'existence d'au moins 3100 secteurs de gardes.

Le protocole national du 1^{er} mars 2002 a permis, en collaboration avec les pouvoirs publics et le Conseil National de l'Ordre des Médecins, d'apporter des précisions sur la mise en place de ce dispositif à partir de données dont les partenaires conventionnels ne disposaient pas au moment de l'élaboration de l'avenant. L'organisation de ce dispositif va permettre au médecin généraliste d'élargir ses missions en matière de service public par la reconnaissance d'une fonction qui est sa participation effective à la permanence des soins au bénéfice des assurés sociaux.

Ainsi, le protocole national signé le 1^{er} mars 2002 complète les dispositions de l'avenant n° 8 approuvé par arrêté précité en ce qui concerne les articles suivants du paragraphe 3 "l'organisation de la permanence des soins":

- 3-1 "associations de garde et d'astreinte",
- 3-2 "conditions d'exercice des médecins libéraux exerçant au sein des associations".
 - ⊖ 3.2.1 "la régulation"
 - ⊖ 3.2.2 "médecins de garde et d'astreinte"

Un avenant n° 10 à la convention nationale des médecins généralistes reprendra les dispositions de ce protocole afin quelles soient intégrées dans la convention nationale et sera adressé aux pouvoirs publics pour approbation.

Dans l'attente, les caisses sont invitées à mettre en place avec les parties signataires du protocole cette permanence de soins.

L'attention des caisses est attirée sur la nécessité de collaborer avec les instances locales et notamment avec le conseil départemental de l'Ordre des Médecins, selon la procédure décrite ci-après, pour réorganiser les secteurs de permanence des soins afin d'obtenir à terme 1500 secteurs au niveau national.

Il s'agit également de rationaliser l'organisation de la permanence des soins en fonction des besoins de la population dans un secteur géographique. La pratique semble en effet définir ces secteurs autour de la patientèle des praticiens qui participent au tour de garde.

Cette réduction des secteurs de permanence des soins répond en outre à l'attente des médecins qui ne souhaitent pas voir se multiplier leur nombre d'astreintes.

L'attention des caisses est également attirée sur la modification apportée par le protocole national sur la définition de l'astreinte. Cette dernière regroupe désormais ce que l'avenant 8 définissait comme étant le premier recours aux médecins de garde et le second recours aux médecins d'astreinte.

Il s'agit donc désormais de rémunérer « l'astreinte » du médecin, que ce dernier intervienne à son cabinet ou dans le cadre d'une visite au domicile du patient. L'astreinte rémunérée se justifie par la disponibilité du médecin la nuit de 20h00 à 8h00 et le dimanche et jours fériés de 8h00 à 20h00 qui s'engage à prendre toutes les dispositions nécessaires pour la prise en charge médicale du patient.

Il est précisé aux caisses que l'organisation de la permanence des soins sous la forme d'astreinte ne remet pas en cause les organisations locales ayant fait leur preuve.

Il va de soi bien sûr que si la sectorisation déjà existante à ce jour est fonctionnelle, la mise en œuvre du protocole peut être immédiate.

De plus, le dispositif de l'astreinte ne remet pas en question les gardes organisées de façon spontanée par des médecins pour leur propre patientèle ou par des associations de médecins spécialisés dans l'intervention en urgence ou dans le cadre de maisons de garde. Il vient compléter en tant que de besoin et lui est subsidiaire. Autrement dit, dans toutes les situations où les dispositifs de garde libérale assurent la permanence des soins dans des conditions satisfaisantes, il n'est pas utile de désigner un médecin d'astreinte. Une évaluation devra être faite à cet égard après une période suffisante de fonctionnement pour éviter la désignation de médecins d'astreinte sans nécessité.

II - Mise en œuvre du protocole

La mise en œuvre du protocole s'effectue en deux temps :

- une période transitoire du 1^{er} mars 2002 au 1^{er} juin 2002 période au cours de laquelle la permanence des soins se mettra en place dans les secteurs rendus publics par les conseils départementaux.
- La généralisation du dispositif de permanence des soins à compter du 1^{er} juin 2002 et au plus tard le 1^{er} septembre 2002 sur la base de l'évaluation qui aura été faite du fonctionnement de la permanence des soins au cours de la période transitoire.

Détermination des secteurs de permanence des soins

Les caisses locales d'assurance maladie favorisent la définition des secteurs de permanence des soins en lien étroit avec tous les partenaires concernés localement.

1) Participation à l'élaboration du découpage sectoriel

La réalisation du découpage sectoriel est placée sous la responsabilité du Conseil Départemental de l'Ordre. L'Etat et les caisses doivent activement participer à ce travail : provoquer des réunions, initier les consultations préalables des professionnels de l'urgence (pompiers, centre 15 ...) et des partenaires institutionnels (URML, URCAM, CODAMU...).

La sectorisation doit tenir compte, entre autres, de :

- L'état des lieux réalisé par les services ministériels (circulaire DHOS du 4 février 2002 et courrier de relance du 13/03/02 en annexe relatifs à l'organisation des gardes à l'attention des DRASS, DDASS et ARH),
- Toutes études, enquêtes réalisées par les URCAM, les URML, les ORS ...
- Des données INSEE (bassins de vie, courbes isochrones ...)
- Les travaux réalisés en particulier par les CRAM dans le cadre des SROS de 2^{ème} génération.
- De la sectorisation propre aux pharmacies de garde (limites géographiques, répartition territoriale).

L'analyse du découpage sectoriel préexistant doit permettre de mettre en avant les conditions nécessaires à la réduction du nombre des secteurs. Elle doit prendre en compte le fonctionnement existant des gardes libérales.

2) Critères à prendre en compte

⇒ Disposition générale

Les moyens médicaux nécessaires pour assurer la permanence des soins sont appréciés par secteur. Il peut être ainsi décidé d'instaurer une astreinte au plus par secteur.

⇒ Particularités locales

L'élaboration du découpage sectoriel doit notamment prendre en compte :

Les conditions techniques de fonctionnement :

Une articulation opérationnelle doit être assurée entre régulation téléphonique, notamment autour du centre 15, et professionnels d'astreinte.

L'offre médicale locale

Il convient d'apprécier l'offre dans sa globalité, offre ambulatoire et offre hospitalière : associations de médecins spécialisés dans l'intervention d'urgence, médecins généralistes libéraux, structures assurant une garde médicale comme les maisons médicales libérales et établissements de santé publics ou privés.

Les données démographiques

La détermination de la taille du secteur doit aussi prendre en compte, dans la mesure du possible, les données ayant un impact sur la demande, telles que :

- La densité de population,
- Le taux de recours aux soins (celui-ci aura pu être apprécié au travers d'études sur la consommation de soins),
- La pyramide des âges.

Les conditions géographiques et le temps de réponse à la demande de soins

En fonction de l'urgence, la réponse médicale libérale effective à la demande de soins doit pouvoir être assurée dans les meilleurs délais, sauf à favoriser le cas échéant le transfert de la demande vers les urgences hospitalières.

Pour rappel, le délai de référence d'intervention du SMUR, en cas d'urgence vitale, est de trente minutes.

La sectorisation doit donc tenir compte des conditions géographiques et climatiques et des infrastructures routières.

La compatibilité individuelle entre activité médicale «normale» et obligations d'astreinte

Le secteur de permanence doit comprendre un nombre de médecins généralistes suffisant afin que l'organisation des astreintes permette aux médecins de concilier leur activité normale et leurs obligations déontologiques.

III - Conditions de réalisation et de prise en charge des astreintes.

1) Conditions de réalisation des astreintes

Le médecin généraliste assure la fonction d'astreinte lorsque d'une part, il figure sur la liste établie par son Conseil Départemental de l'Ordre et d'autre part lorsque cette fonction est effectuée la nuit de 20h à 8 h et le dimanche ou jours fériés entre 8h et 20h. Elle peut donc être assurée en tout lieu aux heures de fermeture des cabinets libéraux. Le médecin d'astreinte doit être disponible et joignable par tous moyens, car il doit être en mesure d'intervenir auprès du patient dans les meilleurs délais.

Un médecin généraliste exerçant dans une maison médicalisée peut être désigné en tant que médecin d'astreinte. Dans ce cas, il devra répondre à toutes les obligations du médecin d'astreinte et notamment assurer les déplacements éventuels au domicile des patients.

Le médecin d'astreinte doit établir un rapport de son intervention qu'il remet au patient à l'attention de son médecin traitant ou qu'il adresse directement à ce médecin traitant.

2) Information aux assurés sociaux sur l'organisation de cette astreinte.

Les caisses peuvent communiquer aux assurés sociaux la liste des médecins d'astreinte, les invitant en cas de besoin et en premier recours à s'adresser à ces professionnels. Cette communication doit se faire selon tout moyen : affichage dans les centres de sécurité sociale, insertion dans le journal local De son côté, le Conseil Départemental de l'Ordre portera également à la connaissance du public cette information.

3) Conditions de prise en charge des astreintes.

- Financement des astreintes.

Le paragraphe 3.3.2 de l'avenant n°8 à la convention nationale a prévu une enveloppe de 40 millions d'euros sur 3 ans pour le financement de la permanence de soins. Ce financement doit se faire pour l'année 2002 sur les crédits du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL). Cette imputation transitoire sur le FORMMEL qui est un fonds à gestion exclusivement nationale (contrairement au FAQSV) induit une procédure de paiement indubitablement lourde comme vous le constaterez ci-après puisque seul le directeur de la CNAMTS peut juridiquement ordonnancer une dépense sur ce fonds. Pour les années suivantes, les partenaires proposeront que la prochaine loi de financement de la Sécurité Sociale permette une simplification de ces modalités de gestion.

- Utilisation d'un document spécifique

Le médecin d'astreinte est tenu, pour avoir droit à la rémunération spécifique de remplir un document justifiant sa participation à la permanence des soins, selon le modèle joint en annexe et sur lequel figure un certain nombre d'informations nécessaires à la caisse pour rémunérer le médecin.

Il s'agit :

- ☉ des coordonnées de son Conseil Départemental de l'Ordre des médecins,
- ☉ de la durée et des dates de réalisation des astreintes
- ☉ des coordonnées du médecin généraliste participant à la permanence des soins : adresse, téléphone et n° d'identification du professionnel.
- ☉ de l'attestation de participation à l'astreinte remplie par le médecin lui-même indiquant qu'il a bien assuré les astreintes aux dates précisées supra, complétée de sa demande d'indemnisation.

Ce document dûment rempli sera adressé par le médecin à sa caisse de rattachement au plus tard le 5^{ème} jour ouvré de chaque mois (par exemple, pour des astreintes faites au mois de mai, le médecin vous adressera l'attestation au plus tard le 7 juin) pour l'ensemble des astreintes effectuées au cours du mois écoulé.

- Envoi du tableau d'astreintes.

Parallèlement les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins sont tenus d'adresser au début de chaque mois aux caisses primaires la liste des médecins en astreinte dans le mois concerné. Toute modification du contenu de cette liste doit être portée par le Conseil à la connaissance de la caisse dans les meilleurs délais.

Dans le cas où le Conseil Départemental de l'Ordre n'effectuerait pas cet envoi mensuel, il convient de se rapprocher des services de la DDASS afin de savoir si ces derniers peuvent s'en charger.

- Coût du forfait d'astreinte

Conformément aux dispositions du paragraphe 3.3.3 de l'avenant n°8, la rémunération de l'astreinte est fixée forfaitairement à 50 euros par 12 heures d'astreinte à laquelle s'ajoute la facturation des cotations des actes réalisés le cas échéant par le médecin pendant l'astreinte. Cette rémunération est due aussi lorsque le médecin n'est pas amené à examiner un patient, puisque ce montant est destiné à indemniser la disponibilité totale du médecin pendant cette permanence.

Ce paiement n'est donc pas attribué aux médecins non inscrits sur la liste d'astreinte fournie par le Conseil de l'Ordre ou qui assurent des soins de manière volontaire soit à leur patientèle soit dans le cadre d'associations de médecins spécialisés dans l'intervention en dehors des heures ouvrées ou de maisons médicales de garde. De même les médecins agissant sous réquisition de l'autorité préfectorale ne peuvent pas bénéficier de ce forfait d'astreinte.

Je vous rappelle que les actes réalisés par le médecin au cours de sa permanence des soins sont facturés dans les conditions habituelles, c'est à dire en cas d'utilisation de support papier sur sa feuille de soins préidentifiée, à son nom ou en cas de télétransmission sur sa feuille de soins électronique.

4) Modalités de prise en charge par les caisses

Après réception de l'attestation de participation à l'astreinte dûment remplie, et au vu de la liste des médecins participant à la permanence des soins communiquée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ou à défaut les services de la DDASS (cf § 3 "envoi du tableau d'astreintes"), les caisses devront établir un tableau retraçant par médecin généraliste le nombre d'astreintes, le montant des astreintes à financer pour le mois écoulé, ainsi qu'une totalisation des dépenses à ordonnancer pour le mois. Ce tableau mensuel récapitulatif des médecins concernés devra être validé par le Directeur de la CPAM qui effectuera le contrôle entre le tableau du Conseil de l'Ordre et les attestations individuelles et apposera sa signature. Il devra ensuite être adressé à la CNAMTS (DDRI) au plus tard le 15^{ème} jour ouvré du mois M + 1 au titre du mois M.

A réception de ces tableaux, le Directeur de la CNAMTS procédera à l'ordonnancement et les retournera à chaque CPAM concernée revêtus de sa signature, au plus tard le 25^{ème} jour ouvré du mois M+1.

Il appartiendra ensuite à la CPAM de procéder à la liquidation des forfaits d'astreinte présentés en remboursement à compter du 1^{er} mars 2002 selon les dispositions décrites ci-après et à leur paiement.

Dans l'hypothèse où la caisse reçoit une attestation d'un médecin ne figurant pas sur la liste du Conseil Département de l'Ordre ou de la DDASS, elle doit, avant tout paiement demander au Conseil Départemental de l'Ordre ou à la DDASS de valider le document reçu. En cas de réponse défavorable, la caisse n'est pas habilitée à rembourser les forfaits et doit retourner le document au praticien lui indiquant le motif de refus de prise en charge.

5) Gestion informatique

5.1- Solution provisoire

Dans l'attente de la création d'un code spécifique, la liquidation des forfaits d'astreinte sera assurée par l'utilisation du code RES et d'un NIR fictif, spécifique défini comme suit en assurance maladie.

Le NIR fictif à utiliser est exclusivement le suivant :

- Sexe : « 1 »
- Année : « 55 »
- Mois : « 55 »
- Département : « 55 »
- Commune : n° de la CPAM sur 3 caractères
- N° insee : « 055 »
- Clé : calculée en fonction du module 97
- Nom : Nom de la CPAM
- Prénom : « Fictif »
- Date de naissance : « 31/12/1955 »
- Verrou CAS : « OUI » -date de début = date de création de l'assuré –
date de fin = à blanc
- Date 1^{ère} immat : « 01/01/1956 »
- Régime : « 110 » au 01/01/1956
- DRG adresse : adresse de la Caisse
- DRG domiciliation: « SAN »

Cette disposition conduit à l'imputation de la dépense au compte TM 4753331 "Recyclage Agence Comptable –remboursement de soins" qui sera ensuite régularisé manuellement par les Agents Comptables.

Il convient, en conséquence, d'une part d'apporter une vigilance particulière à l'utilisation du code RES afin qu'il ne soit pas utilisé pour une autre prestation, et d'autre part de mettre en contrôle a priori systématiquement la liquidation de ces forfaits.

Par ailleurs, il conviendra d'assurer l'intégration de ces forfaits dans le SNIR.

5.2- Solution définitive

Un code acte spécifique est en cours de création.

Les Caisses seront informées dès que ce code acte sera créé. Il conviendra alors de ne plus utiliser le code RES pour régler ces astreintes.

6) Paiement et imputation comptable

Il appartiendra aux Agents Comptables des CPAM après avoir reçu notification du mandat de l'Agent Comptable de la CNAMTS de procéder à l'imputation comptable des dépenses d'astreinte au compte TM 45112423 – CPAM/FORMMEL – Financement des astreintes – pour solde du compte TM 4753331.

Cette écriture sera comptabilisée après avoir procédé aux contrôles prévus à l'article D 253-22 du Code de la Sécurité Sociale, sur présentation :

- du tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins ou à défaut de la DDASS,
- du tableau des astreintes effectuées validé par le Directeur de la CPAM et ordonnancé par le Directeur de la CNAMTS,
- des attestations individuelles adressées par chaque médecin ayant réalisé les astreintes.

L'ensemble des originaux de ces pièces justificatives devra être adressé à la CNAMTS (Agence Comptable) qui en assurera la comptabilisation sur le FORMMEL, en classe 6 au compte 6572 "Subvention aux professionnels de santé – financement des astreintes" et procédera à l'envoi d'un extrait de compte pour solde du compte TM 45112423.

IV - Régulation des appels téléphoniques

Le protocole Etat / Assurance Maladie / Conseil National de l'Ordre des Médecins du 1^{er} mars 2002 prévoit de compléter le dispositif de permanence des soins par un renforcement de la régulation libérale des appels téléphoniques en lien avec le Centre 15 (ou Centre de Réception et de Régulation des Appels).

En effet, au-delà du renforcement des effectifs médicaux dédiés à la permanence des soins (médecins d'astreinte), il est nécessaire d'organiser une régulation efficace des moyens.

L'organisation de la régulation doit être aisément identifiable par le patient et lui offrir un traitement optimal de ses appels.

En conséquence, il convient de privilégier une régulation à partir d'un numéro unique : le 15.

Dans cette perspective, l'enveloppe de 30 millions d'euros prévue dans le cadre de l'avenant 8 à la convention nationale des médecins généralistes pour améliorer le fonctionnement de la régulation, pourra être sollicitée.

1) Dispositifs existants

Au moins deux types de dispositifs de régulation des appels qui associent des professionnels libéraux existent aujourd'hui.

1.1 - La régulation à partir du numéro 15.

Ce mode d'organisation de la régulation s'appuie sur la participation de médecins libéraux aux côtés de praticiens hospitaliers au sein du Centre 15.

Selon une étude de la DREES (Les services d'aide médicale urgente et les services mobiles d'urgence et de réanimation - N° 19 – mai 2000), la participation de médecins libéraux au centre 15 est effective dans près de la moitié des Centres 15.

Ce mode d'organisation et de rémunérations spécifiques avait notamment été expérimenté dans sept départements dans le cadre des dispositions prévues par la convention médicale signée le 8 décembre 1987 entre la Fédération des Médecins de France, la Confédération des Syndicats Médicaux Français et les trois Caisses Nationales.

Ce cadre devait permettre d'expérimenter les modalités de participation des médecins libéraux à l'aide médicale urgente et en particulier à la régulation au sein du centre 15 pour une durée initiale de 18 mois. Certaines expérimentations fonctionnent encore aujourd'hui et sont financées par le FNASS.

1.2 - La régulation libérale à partir d'un numéro d'appel spécifique distinct du 15.

Des dispositifs dits innovants existent aujourd'hui en matière de régulation libérale qui instaurent notamment un numéro spécifique de régulation des appels libéraux.

La CNAMTS¹ a recensé en 2000 les dispositifs innovants en matière de prise en charge des urgences par les médecins généralistes libéraux.

Cet état des lieux a permis de constater que dans certains départements, des numéros spécifiques à huit chiffres, ont été mis en place pour réguler les appels nécessitant une réponse libérale.

Certains de ces dispositifs bénéficient d'un financement partiel par le biais du FAQSV.

2) Dispositif cible : le 15 comme numéro unique de régulation libérale des appels téléphoniques.

Le dispositif à encourager, dans un système qui vise à renforcer la permanence des soins, mais également l'efficacité pour l'utilisateur, est l'organisation de la régulation libérale des appels téléphoniques au sein du Centre 15.

Pour ce faire, il conviendra de rechercher localement, les conditions d'un partenariat entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers.

Je vous rappelle que plusieurs textes définissent déjà les modalités de participation des médecins libéraux à la régulation :

¹ Lettre Réseau : LR/DDRI/44/2002

- Le **décret du 16 décembre 1987** stipule que les centres de réception et de régulation des appels permettent de garantir en permanence l'accès immédiat de la population aux soins d'urgence et la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente. La participation de ceux-ci, au dispositif d'aide médicale urgente et notamment au centre 15 fait l'objet d'une convention. Le contenu de cette convention est déterminé dans le cadre dudit décret.

- La **circulaire du 28 décembre 1988** spécifie que le centre 15 constitue le lieu de coordination avec la médecine d'exercice libéral. Elle précise, notamment, le contenu de la convention.

Selon ce texte, la participation des médecins libéraux à la régulation, qui doit être encouragée, peut revêtir des formes différentes :

- de préférence, une participation collective, dans ce cas la demande émane d'une instance ou d'une association, il convient alors d'élaborer une convention,
- à défaut, une participation individuelle, dans ce cas il n'y a plus lieu d'établir une convention

La circulaire ajoute « qu'il convient d'éviter toute exclusive et de rechercher une coopération diversifiée des médecins libéraux en fonction des besoins locaux et des motivations des organisations ou associations présentes dans le département. [...] La multiplicité éventuelle des organisations de médecins libéraux souhaitant participer au fonctionnement du centre ne saurait conduire à la conclusion de conventions différentes et un consensus devra être trouvé de façon à établir une convention analogue pour chaque signataire. »

Les préfets ont la charge d'approuver les projets de convention après consultation du CDOM. Il n'y a qu'une convention par Centre 15, que co-signent l'ensemble des médecins régulateurs libéraux regroupés ou seuls.

Enfin, la circulaire prévoit que la participation des médecins libéraux au centre 15 puisse s'organiser de deux façons différentes en fonction de l'importance de la population desservie :

- une régulation simultanée de médecins hospitaliers et libéraux.
- Une régulation partagée dans le temps entre les deux secteurs. En effet, dans les centres de moindre importance, comme sur certaines plages horaires creuses, les médecins libéraux pourront alterner avec les médecins hospitaliers pour la réponse aux appels.

Ces textes restent d'actualité. Il convient toutefois de tenir compte aujourd'hui de l'évolution des pratiques et des nouvelles orientations de l'Etat.

2.1. - Développer la régulation libérale des appels téléphoniques au sein du centre 15.

En fonction des besoins locaux identifiés par le CODAMU, il pourra être décidé d'accroître le niveau de participation des médecins libéraux au sein du Centre 15.

En tout état de cause, toute nouvelle initiative portant sur la régulation libérale des appels téléphoniques devra trouver une solution au travers du centre 15.

2.1.1 – Organisation cible à mettre en place.

Les appels téléphoniques à destination des médecins libéraux, aux heures de fermeture des cabinets, peuvent être dirigés directement vers des médecins qui assurent la garde pour leurs propres patients. Ils doivent être dirigés vers le centre 15 lorsqu'il s'agira du médecin d'astreinte.

La réception des appels, au centre 15, se fait par le permanencier auxiliaire de régulation médicale.

Lorsque des moyens médicaux (sorties SMUR, SDIS, transporteurs privés...) doivent être dépêchés, seul le Centre 15 aura la mission d'en assurer la régulation.

Le permanencier du centre 15 communique, en tant que de besoin, au patient les coordonnées du médecin d'astreinte ou des autres organisations assurant la garde (associations de médecins spécialisés dans la garde, médecins assurant la continuité des soins pour leurs propres patients). Le permanencier transfère si besoin, l'appel au médecin régulateur du centre 15.

Conformément au décret du 16 décembre 1987, les médecins assurant la permanence des soins tiennent le centre de réception et de régulation des appels médicaux informé, du début et de la fin de chacune de leurs interventions.

2.1.2 - Maintien et renforcement des dispositifs existants.

Le renforcement de la régulation des appels téléphoniques au sein du centre 15 qui résulte de la mise en œuvre du dispositif de permanence des soins, peut engendrer dans certains cas une saturation des moyens existants.

Il pourra alors s'avérer nécessaire d'accroître le nombre de permanenciers ou de prévoir la présence de médecins libéraux au sein du Centre 15.

Conformément à la circulaire ministérielle du 28 décembre 1988, et en fonction de l'importance de la population desservie, du nombre d'appels et des fluctuations horaires, et journalières de l'activité, il peut être décidé de mettre en place :

- une régulation alternée dans le temps entre les médecins régulateurs hospitaliers et les médecins régulateurs libéraux,
- une régulation simultanée des médecins hospitaliers et libéraux.

Le médecin régulateur libéral est nécessairement formé à l'urgence.

2.1.3 - Bilan des expérimentations conventionnelles de 1987 :

A ce jour, bien qu'il n'existe plus de cadre réglementaire, certains sites continuent à fonctionner sur le dispositif initial de 1987, d'autres ont conclu des accords locaux portant sur quelques ajouts (participation du Conseil Général, modulation de la régulation, clé de répartition du financement ...).

De nouvelles modalités de financement du fonctionnement des centres 15 décrites ci-après sont prévues. En conséquence, le financement par le FNASS de ces expérimentations devra être progressivement relayé.

Le cas échéant, les caisses devront se préparer à, sur la base d'orientations nationales, accompagner le basculement du financement de ces dispositifs sur le FAQSV.

2.2. - Evolution des dispositifs à numéro spécifique vers un numéro unique : le 15.

Les URCAM, en lien avec les CPAM concernées, devront réaliser un bilan du fonctionnement des dispositifs mentionnés au 1.2 ci-dessus, qu'elles adresseront à la CNAMTS au plus tard le 1er juillet 2002.

Elles devront examiner et proposer les modalités d'évolution de ce dispositif vers une régulation des appels à partir du numéro unique : le 15.

3) Attribution des aides financières.

3.1 - Participations financières au fonctionnement du centre 15.

Au regard des besoins identifiés par les CODAMU, les partenaires régionaux (Etat, collectivités territoriales, assurance maladie) prendront les dispositions nécessaires leur incombant, pour mettre en œuvre les moyens nécessaires au bon fonctionnement du centre 15.

La circulaire du 28 décembre 1988, indique que les centres 15 peuvent bénéficier pour leur fonctionnement d'une subvention de la part de l'Etat, de contributions des collectivités territoriales et des régimes obligatoires d'assurance maladie, et également d'une contribution des associations de médecins libéraux en fonction des prestations qui leur seront servies (participation aux frais de fonctionnement du centre, en contrepartie des locaux et des moyens en matériel et personnel mis à dispositions par l'hôpital).

L'article 3.3 de l'avenant à la convention nationale des médecins généralistes, prévoit une enveloppe financière de 30 millions d'euros pour financer le renforcement de la régulation.

Le bureau national du FAQSV a donné son accord lors de la séance du 26 février 2002 pour attribuer cette aide de 30 millions d'euros sur trois ans.

Le Comité National de gestion du FAQSV lors de la séance du 8 mars 2002 a donné son accord pour allouer la somme de 7 930 000 euros pour l'année 2002 au titre de la

régulation téléphonique libérale. Le montant de chaque enveloppe régionale destinée à cette action a été fixé à 305 000 Euros.

Pour les années suivantes, le financement de la régulation devrait être prévu sur le risque maladie.

3.2 - Détermination des besoins de la régulation.

Il appartient au CODAMU d'identifier les besoins du centre 15 tels que générés par le dispositif cible de la permanence des soins.

Le renforcement de la régulation pourra notamment s'avérer nécessaire aux jours et heures où le dispositif de l'astreinte est en vigueur : la nuit en semaine de 20h00 à 8h00, le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h00.

L'analyse des besoins tiendra compte des organisations de la garde libérale (dispositif d'astreinte, et autres organisations locales) et d'une analyse du fonctionnement du centre 15 (capacité de réponse (permanenciers/médecins), pics horaires...).

Dans le respect des dispositions juridiques relatives au fonctionnement du centre 15, le CODAMU précisera les modalités de réponse aux besoins départementaux préalablement définis (niveau de participation des médecins libéraux, accroissement du nombre de permanenciers...).

3.3 - Attribution des aides régionales du FAQSV

Dès lors que la réponse aux besoins identifiés par le CODAMU passe par l'implication de professionnels libéraux de santé, l'enveloppe du FAQSV réservée à la régulation peut être mobilisée.

Cette enveloppe a été allouée sur la base d'une rémunération du médecin généraliste libéral régulateur équivalente à 228 € par 12 heures de régulation.

Le bureau régional du FAQSV, sur la base des orientations fixées par le bureau national et des besoins définis par les CODAMU de la région, lancera un appel à projets.

Il sera déterminé une période de recevabilité des dossiers et la date butoir de décisions d'attribution sera indiquée aux promoteurs.

Pourront postuler, tous les professionnels libéraux, les regroupements de médecins urgentistes ou des médecins urgentistes seuls.

Le bureau du FAQSV transmet, pour avis, les projets déposés à la CCPL, ainsi qu'au Conseil Départemental de l'Ordre.

Sur la base de ces avis, le bureau du FAQSV statuera sur la demande de financement et déterminera le montant de l'aide accordée.

Le président du bureau du FAQSV passera avec chaque promoteur retenu (professionnel de santé exerçant en ville à titre libéral ou regroupement de ces professionnels) une convention d'attribution d'aide.

En annexe de la convention d'attribution d'aide, figurera le projet de convention liant les médecins libéraux participant au centre 15 et les partenaires de l'aide médicale urgente (cf. décret du 16 décembre 1987).

Les versements seront effectués sur attestation du service fait selon des modalités prévues par la convention d'attribution de l'aide.

Les promoteurs s'engagent dans le cadre de la convention d'attribution de l'aide à faire réaliser une évaluation par un tiers de leur participation au sein du centre 15.

IV - Suivi et bilan de la mise en place de la permanence des soins.

1) Suivi de la sectorisation

Le protocole prévoit un suivi du fonctionnement de la permanence des soins dans les trois mois suivant la mise en œuvre du dispositif transitoire afin d'examiner les ajustements nécessaires.

Afin de réaliser un bilan d'ici le 1^{er} juillet 2002, il est demandé aux caisses d'indiquer à la CNAMTS :

- le nombre des secteurs initiaux du département (et non de la circonscription de caisse),
- le nombre de secteurs finalement arrêtés par le Conseil Départemental de l'Ordre,
- le nombre de médecins concernés par période d'astreinte,
- l'activité (nombre de majorations) pendant les périodes d'astreinte

S'agissant du découpage sectoriel, il conviendra d'examiner globalement la diminution effective du nombre de secteurs. Un point particulier devra être fait sur les situations suivantes :

- Les petits secteurs de permanence des soins à forte densité médicale
Ce cas de figure, plus spécifique aux grandes agglomérations, aurait pour incidence de multiplier le nombre potentiel de médecins d'astreinte.
- Les secteurs à forte variation saisonnière de population ou à déficit médical
Sans remettre en cause les limites du secteur, il conviendra de réfléchir aux adaptations nécessaires pour assurer la permanence des soins.
- Les contraintes liées aux limites départementales

Dans un certain nombre de cas, les secteurs de permanence des soins couvrent une zone interdépartementale. Il faudra mesurer les conséquences d'une remise en question de ces limites.

Par ailleurs, il conviendra d'apprécier la continuité de la participation à l'astreinte par les professionnels et de mesurer l'activité médicale réalisée au cours de ces astreintes.

2) Bilan du fonctionnement de l'astreinte

Les caisses recevront un questionnaire à retourner à la CNAMTS ayant pour objet un bilan sur la mise en œuvre locale du dispositif à l'issue de 3 mois de fonctionnement accompagné d'une remontée de toutes les difficultés liées à l'application du protocole national. Il vous est possible d'associer bien évidemment les URCAM à la réalisation de cette évaluation.

Il est demandé aux caisses de bien vouloir informer la CNAMTS de toutes difficultés rencontrées au plan local pour mettre en œuvre cette permanence de soins.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, Madame, Monsieur, l'Agent Comptable, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur Délégué aux Risques

Pierre-Jean LANCRY

Annexe ci après :

- Attestation de participation à la permanence des soins : Versement des indemnités d'astreinte

Les documents suivants seront diffusés par Fax :

- lettre du 2 avril des Ministres de l'Emploi et de la Solidarité, et de l'Economie, des Finances et de l'Industrie confirmant la décision, en réunion du 28 février 2002, du comité de gestion du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL) de financer pour l'année 2002 à titre exceptionnel sur les crédits du FORMMEL les astreintes réalisées par les médecins généralistes.
- Protocole national relatif à la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les Caisses Nationales d'Assurance Maladie.
- Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelée SAMU
- Circulaire n°88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente, condition d'un partenariat.

ANNEXE

**Attestation de participation à la permanence des soins.
Versement des indemnités d'astreinte**

Caisse de rattachement :

Mois et année de référence :

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins	
Adresse	Code Postal
	Ville
Téléphone	E mail
Médecin généraliste participant	
Prénom, Nom :	
Adresse professionnelle	Code Postal
	Ville
Téléphone	E mail
N° identification du professionnel :	
Astreintes	
Nombre d'astreintes effectuées au cours du mois :	
Dates de réalisation :	
Demande d'indemnisation	
Je soussigné Dr avoir participé à la permanence des soins aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement d'un forfait de() X 50 euros soit la somme de : euros.	
Fait à : médecin	le Signature cachet du

Ce document doit être adressé à votre caisse de rattachement au plus tard le 5^{ème} jour ouvré du mois suivant le mois au cours duquel ont été réalisées les astreintes (ex : le 7/06 pour des astreintes effectuées au mois de mai).