

Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville
NOR : SANH0230372C

(Texte non paru au Journal officiel)

Date d'application : immédiate

Textes de référence :

- Articles L. 6313-1 et 2 du code de la santé publique.
- Code de déontologie médicale.
- Protocole du 1er mars 2002.
- Avenants n°s 8 et 10 à la Convention nationale des médecins généralistes.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

à

Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ;

Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre])

Les difficultés rencontrées depuis plusieurs mois dans les départements pour organiser la permanence des soins conduisent à favoriser la mise en oeuvre de solutions concertées. Un groupe de travail opérationnel composé de représentants de l'Ordre des médecins, des syndicats médicaux représentatifs des médecins de ville, de l'assurance maladie, des usagers et de l'Etat vient d'être mis en place et doit rendre ses conclusions le 15 décembre en vue de rendre opérationnelle la permanence des soins sur l'ensemble du territoire.

Dans l'attente des résultats de ce groupe et compte tenu de la difficulté de réunir dans tous les départements l'adhésion de toutes les parties prenantes, il importe de sortir du cycle des réquisitions qui ont répondu à la situation de crise provoquée par la « grève des gardes » et d'adopter des solutions provisoires dès à présent.

Cette organisation peut reposer, dans les départements qui ont pu procéder à des concertations avec les partenaires locaux, sur la formalisation d'un accord et sur la mise en oeuvre de l'avenant n° 10 à la convention médicale.

Dans les autres départements, la nécessité d'organiser la permanence des soins doit conduire à mettre en place une démarche pour atteindre l'objectif de formalisation d'un accord. Celle-ci doit vous amener à mettre en place une consultation avec le conseil départemental de l'Ordre, les syndicats des médecins généralistes libéraux et l'assurance maladie.

Concernant les départements qui ont déjà formalisé un accord permettant la mise en place d'une régulation des appels aux médecins généralistes à travers la participation des médecins généralistes libéraux au centre 15, de l'élaboration de la liste des médecins d'astreinte par le conseil de l'Ordre, sur la base du volontariat des médecins, à partir d'une redéfinition des secteurs, ils pourront demander le financement de l'astreinte aux caisses d'assurance maladie en application de l'avenant n° 10.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de mise en oeuvre de la démarche pour la permanence des soins afin de permettre aux départements qui n'ont pas formalisé leurs accords de lancer les consultations.

Les missions dévolues aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins en matière d'organisation de la permanence des soins conduisent à définir avec lui les conditions permettant de pérenniser et d'améliorer pour l'ensemble des patients une réponse de proximité la nuit, les dimanches et jours fériés sur tout le territoire. Il s'agit d'améliorer l'organisation existante afin de limiter les contraintes pour les médecins liées à la permanence des soins tout en assurant une reconnaissance de la mission de service public ainsi exercée.

Ce dispositif devra faire l'objet d'une concertation entre vos services, le conseil départemental de l'ordre des médecins, les syndicats des médecins généralistes libéraux et l'assurance maladie. Il devra s'attacher à traiter, en complémentarité, la territorialisation de la permanence des soins et les modalités de régulation des appels téléphoniques adressés aux généralistes, en bonne articulation avec l'aide médicale urgente. En effet, c'est parce qu'il y aura un système efficace de réponse aux demandes de soins par des généralistes que l'organisation d'astreintes sur le territoire prendra sa pleine efficacité. Cette problématique ne peut par ailleurs être disjointe de l'aide médicale urgente et nécessite donc que vous consultiez également le SAMU et le comité départemental de l'aide médicale urgente (CODAMU).

Pour atteindre cet objectif, plusieurs étapes sont nécessaires :

- mettre en place avec les associations de médecins et, en lien avec le centre 15, un dispositif de réception et d'orientation des appels au généraliste, qui permettent aux patients d'être pris en charge de manière adaptée pendant les périodes de fermeture des cabinets libéraux ;

- élaborer une liste de médecins d'astreinte, sur la base du volontariat des médecins et si possible, selon une carte des secteurs redéfinis dans toute la mesure du possible, qui servira de base à la mise en place et à la rémunération des astreintes : le conseil départemental de l'Ordre des médecins en est chargé avec l'aide des préfets de département qui sollicitent l'avis des CODAMU et en associant les caisses primaires d'assurance maladie ;

- assurer le financement des astreintes par les caisses d'assurance maladie sur la base de 50 euros par période de 12 h, la nuit, les dimanches et jours fériés.

I. - MISE EN PLACE D'UNE RÉGULATION DES APPELS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

1.1. Organisation d'un dispositif de réception et d'orientation des appels aux médecins généralistes

Un renforcement de la régulation des appels téléphoniques aux médecins généralistes est nécessaire. Un médecin généraliste libéral, rémunéré sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), doit répondre aux appels de toute personne cherchant à joindre un médecin généraliste sur le département. Ce médecin apporte la réponse et, le cas échéant, oriente le patient sur le médecin généraliste d'astreinte.

Il importe que le dispositif de réception et d'orientation des appels au généraliste soit bien articulé avec le dispositif d'aide médicale urgente géré par le SAMU. Dans certains départements, la participation des libéraux au centre 15 est effective depuis plusieurs années. Toutefois, elle ne concerne que la participation à l'aide médicale urgente et non la permanence des soins de ville.

L'analyse des volumes d'appels au centre 15 depuis le début de la grève montre que l'augmentation constatée est liée pour partie à du conseil médical ou à une orientation sur le médecin d'astreinte pour une visite à domicile. L'orientation du patient par le permanencier vers le médecin régulateur libéral présent au centre 15 permet, d'une part, de réduire les temps d'attente pour les appelants et, d'autre part, de mieux adapter la réponse.

Cette augmentation des appels (plus 30 % à plus 70 % à certaines périodes) porte préjudice au bon fonctionnement d'une prise en charge des urgences vitales en raison d'un allongement des délais d'attente. En conséquence, la participation d'un médecin libéral au centre 15 a pour but d'assurer aux côtés du médecin hospitalier la réponse à la population qui s'adresse au centre 15 pour les appels relevant de la médecine de ville : écoute et conseil médical, transfert vers un confrère d'astreinte lorsqu'un déplacement à domicile est nécessaire sur le secteur de l'appelant, en dehors des heures d'ouverture habituelle des cabinets médicaux. Dans certains départements à faible densité de population, la présence d'un praticien libéral au centre 15 dédié uniquement aux appels dits « de ville » ne sera pas toujours justifiée sur l'amplitude des plages horaires (20 heures à 8 heures, dimanche et jours fériés). Une organisation partagée entre les fonctions de régulation hospitalière et pré hospitalière du centre 15 et la régulation libérale pourra être trouvée, sous réserve d'un accord explicite entre les partenaires locaux et de la garantie du service rendu tant sur le volet « aide médicale urgente » que sur le volet « régulation libérale ».

La population est informée par tous moyens de l'existence d'astreintes sur le département soit par un numéro d'appel soit par des mesures de publicité prises par le conseil départemental. Ce dernier communique la liste au centre 15 et aux caisses d'assurance maladie.

1.2. Financement

La rémunération de la participation des médecins généralistes libéraux à la régulation est assurée sur la base de l'article 3.2.3 de l'avenant n° 10 de la Convention nationale des médecins généralistes.

II. - MISE EN PLACE DE LA SECTORISATION : DÉFINITION DES SECTEURS D'ASTREINTE

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins définit en accord avec le préfet et après concertation avec les caisses primaires, les secteurs de permanence des soins. Le préfet se prononce après consultation du CODAMU qui examine les conclusions rendues par son comité médical.

2.1. Objectif du découpage

La sectorisation a pour but de déterminer des zones dans lesquelles l'accès aux soins délivrés par des professionnels libéraux la nuit, les dimanches et les jours fériés est assuré pour la population. La taille du secteur délimité doit permettre un exercice « normal » de distribution des soins pour le professionnel et d'accès aux soins pour le patient.

En corollaire, l'exercice de sectorisation doit conduire à réduire le nombre de secteurs d'astreinte pour limiter le nombre de médecins concernés et rendre possible dans le contexte actuel la mise en place d'un dispositif de permanence des soins. Il convient de conduire cet exercice de manière pragmatique en tenant compte du découpage existant et des évolutions possibles avec le souci d'aboutir à un accord sur ce point. L'exercice de la sectorisation se décompose en deux étapes.

En premier lieu, il est souhaitable qu'un état des lieux soit établi, compte tenu de l'absence dans un bon nombre de départements de formalisation des secteurs de garde (document contractuel ou arrangement informel entre professionnels). Cet état des lieux doit permettre de recenser les zones actuellement couvertes, le cas échéant, de manière disproportionnée par un nombre trop élevé de professionnels, en rapport avec la population et le territoire couvert et les zones dites « blanches », non ou mal couvertes.

Il comprend également l'inventaire des associations de professionnels regroupés pour la permanence des soins, les modalités actuelles de communication au public des informations concernant cette permanence, ainsi que les zones couvertes par des associations de médecins spécialisés dans l'intervention d'urgence.

En second lieu, une cartographie des secteurs d'astreinte doit être définie, sur la base d'une comparaison avec d'autres zonages du champ sanitaire et de critères spécifiques.

Il est utile, dans un premier temps de mettre en rapport l'état des lieux de la permanence des soins assurée par les généralistes avec les autres zonages formalisés dans le champ sanitaire :

- zonage des SMUR ;
- zonage des officines pharmaceutiques ;
- zonage de la garde ambulancière, actuellement en cours de révision dans la plupart des départements.

Ensuite, une approche complémentaire doit permettre d'intégrer des critères permettant d'appréhender l'accès aux soins sur les territoires tels que :

- la géographie (accessibilité, environnement urbain et rural et en particulier infrastructures routières, temps d'accès, données climatiques, saisonnalité) ;
- la démographie (densité, âge de la population) ;
- l'offre de soins médicale (démographie médicale, localisation des établissements de santé, articulation ville-hôpital...).

A chaque étape décrite, une concertation est menée par le conseil départemental de l'Ordre avec le préfet, en associant la caisse primaire, de manière à valider avec les professionnels tant l'état des lieux que la cartographie des secteurs d'astreinte. Le sous-comité médical du CODAMU est une instance de travail officielle qui peut permettre de conduire cette concertation entre l'ordre, les représentants des médecins libéraux, l'Etat et l'assurance maladie.

2.2. Conditions de rémunération de l'astreinte

Définition de l'astreinte rémunérée :

L'astreinte rémunérée est instaurée la nuit de 20 heures à 8 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures. Le médecin d'astreinte s'engage, conformément au code de déontologie médicale, à

prendre toutes les dispositions nécessaires de prise en charge médicale du patient. Il se rend disponible pour recevoir des appels, les traiter ou les orienter vers le lieu de prise en charge adapté.

Il rédige à l'attention du médecin traitant le compte-rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en informant le malade. Lorsqu'il intervient dans le cadre de la centralisation de la régulation, il appelle, au début et à la fin de son intervention, le médecin régulateur pour le prévenir des décisions prises et apporter toute information nécessaire à l'état du patient.

Le paiement de l'astreinte par les caisses d'assurance maladie est attribué aux médecins qui figurent sur la liste départementale des médecins d'astreinte, définie par le conseil départemental de l'Ordre en application des articles 77 et 78 du code de déontologie, sur la base d'un médecin par secteur d'astreinte.

Ce paiement n'est pas attribué aux médecins non inscrits sur cette liste et qui assurent des soins de manière volontaire soit à leur patientèle soit dans le cadre d'associations de médecins spécialisés n'oeuvrant que pour ce type d'intervention en dehors des heures et des jours ouvrés.

Sur le plan financier :

les médecins inscrits sur la liste établie par le conseil de l'Ordre obtiennent en contrepartie de leur astreinte réalisée effectivement le paiement par la CPAM de 50 euros par période d'astreinte (12 heures) ;

en dehors du paiement de l'astreinte, toute prise en charge de patient pendant le temps de l'astreinte fait l'objet d'une rémunération au titre de la visite ou de la consultation selon la nomenclature ; le médecin d'astreinte établit un compte rendu à l'intention du médecin traitant du patient pris en charge pendant l'astreinte ;

en complément à ces dispositions, peuvent être financés, dans des conditions qui seront décrites par décret, des dispositifs expérimentaux de participation à la permanence des soins des professionnels de santé libéraux, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 35). Ces financements pourront ainsi permettre d'expérimenter des maisons médicales.

Les modalités pratiques de mise en oeuvre par les caisses d'assurance maladie sont développées dans la circulaire du 3 mai 2002 adressée par la CNAMTS aux CPAM.

III. - SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE DU DISPOSITIF

Le conseil départemental de l'Ordre, le préfet et l'assurance maladie rassemblent des informations concernant l'analyse de l'activité de régulation et d'astreinte : volume et nature des appels à la régulation, nombre d'astreintes par médecin sur un trimestre, nombre de médecins d'astreinte, nombre d'actes pratiqués pendant ces astreintes et établissement des propositions éventuelles de modification de la cartographie des secteurs d'astreinte.

Le préfet informe régulièrement le CODAMU de la situation de la permanence des soins assurée par les médecins généralistes et organise au moins une fois par an une séance consacrée à l'évolution de ce dispositif. Je vous demande de me tenir régulièrement informé de l'avancement de vos travaux et des difficultés éventuelles rencontrées.

Mes services, sous-direction « organisation des soins », mél : huquette.mauss@sante.gouv.fr , se tiennent à votre disposition pour apporter toute réponse à vos questions complémentaires.

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,

E. Couty