



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Paris, le **10 OCT. 2006**

Sous direction de l'organisation
du système de soins

Le ministre de la santé et des solidarités

Bureau de l'organisation générale de l'offre
régionale de soins

A

Dossier suivi par :
Laurence LAVY
Tél : 01.40.56.41.64
Mel : laurence.lavy@sante.gouv.fr
Télécopie : 01.40.56.41.89

Mesdames et Messieurs les Préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires
et sociales
(Pour information et diffusion)

Mesdames et Messieurs les Préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(Pour information)

CAB/LH Mercure D 06.12514

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Agence
Régionale de l'Hospitalisation
(Pour information et diffusion)

Objet: Dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire - Organisation de la régulation des appels de permanence des soins et couverture assurancielle des médecins régulateurs libéraux au sein des SAMU.

PJ:

- Liste des départements ;
- Relevé de conclusions de la réunion du 4 mai 2006;
- Etat des lieux au 31 décembre 2005.

Les travaux menés dans vos départements depuis la parution des nouvelles dispositions relatives à la permanence des soins en médecine ambulatoire en avril 2005 ont permis d'améliorer ce dispositif.

Pour autant, les conclusions du récent rapport de la mission d'inspection conjointe menée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale de l'Administration concernant l'évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire justifient de nouvelles évolutions qui passent pour partie par les modifications réglementaires et surtout par une meilleure utilisation des dispositions déjà existantes.

Vous trouverez ci-joint à titre d'information le relevé de conclusion de la réunion du 4 mai dernier, au cours de laquelle le ministre de la santé et des solidarités a déterminé les mesures à prendre pour améliorer le dispositif.

Sans attendre les modifications réglementaires à venir, je souhaite que les évolutions portant sur l'amélioration de l'adaptation de la sectorisation, sur le lien avec les missions régionales de santé et sur le développement de la participation des médecins libéraux à la régulation préalable des demandes de permanence de soins soient rapidement mises en œuvre.

1- L'amélioration de la sectorisation

Dans de nombreux départements, les échanges entre vos services et les acteurs du dispositif de permanence des soins ont permis de redéfinir une sectorisation mieux adaptée à la demande de la population et à l'offre de soins existante, tout en réduisant le nombre de secteurs.

Pour autant, ce travail n'a pas abouti dans certains départements, notamment sur la deuxième partie de nuit. Ainsi, dans ces départements, la taille, et donc le nombre des secteurs, apparaissent inadaptés au regard de la demande de soins, mais également de l'offre libérale existante et de ses perspectives démographiques. Dès lors, je vous invite à poursuivre les travaux en partenariat avec les médecins libéraux mais également les représentants des urgentistes afin d'aboutir rapidement à une sectorisation plus resserrée, notamment en deuxième partie de nuit, laquelle, sans remettre en cause les conditions de travail des médecins libéraux, garantirait une meilleure couverture de ces secteurs dans un cadre financier plus rationnel.

Par ailleurs, le cahier des charges départemental peut prévoir que la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, pour partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes de celles s'appuyant sur des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ou des médecins appartenant à des associations de permanence des soins (art. R. 6315-1 du code de la santé publique). Ces modalités sont définies en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département.

Ainsi, bien que la prise en charge des demandes de permanence des soins relève de la médecine libérale ambulatoire, il est possible dans certains secteurs sur la plage horaire de minuit à huit heures de faire assurer cette activité par le secteur hospitalier. Cette décision devra être évaluée en termes de qualité du service rendu à l'utilisateur et de charge de travail supplémentaire pour le système hospitalier, charge qui pourra s'accompagner d'un transfert d'enveloppes financières selon des modalités qui sont à déterminer. Elle devra être concertée avec le SAMU et les services d'urgence potentiellement concernés.

Enfin, les dispositions de l'article R.6315-1 concernant la variation saisonnière de la sectorisation et celles de l'article R6315-6 concernant le cahier des charges départemental, permettent d'adapter l'organisation du dispositif en matière d'effectif et de régulation sur certaines périodes, notamment les périodes hivernales ou estivales, afin de garantir une meilleure réponse aux usagers en cas de pics épidémiques. Je souhaite donc que vous utilisiez toutes les possibilités offertes par ces dispositions du code de la santé publique pour adapter au mieux l'organisation de la permanence des soins aux évolutions prévisibles de la demande.

2- L'articulation avec les travaux de la mission régionale de santé

Vous disposez, de par la loi, de la compétence pour arrêter la sectorisation ainsi que le dispositif d'organisation et de fonctionnement de la permanence des soins. La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a confié aux missions régionales de santé le soin d'établir des propositions et de vous les transmettre pour dégager une cohérence des dispositifs départementaux de permanence de soins sur la région et une meilleure visibilité sur leur coût financier. Par ailleurs, il est souhaitable que les MRS évaluent l'impact de la mise en place d'une permanence des soins effective sur les recours aux services d'urgence. Aussi, il est important que leurs travaux puissent nourrir vos réflexions sur l'évolution du dispositif de permanence des soins.

Il est donc essentiel de renforcer vos liens avec les missions régionales de santé pour assurer une meilleure articulation entre l'organisation de la permanence des soins mise en place dans votre département et les différents financements du dispositif.

3- Le développement de la participation des médecins libéraux à la régulation des demandes de permanence de soins

L'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire, mise en place en septembre 2003 et modifiée en avril 2005, repose sur l'instauration d'une régulation préalable à l'accès au médecin de permanence, qui est organisée par le SAMU. Cette régulation doit permettre de limiter à la situation des patients dont l'état le justifie l'intervention des médecins de garde et d'adapter le type d'intervention nécessaire.

Depuis 2003, vos départements se sont peu à peu dotés de dispositifs de régulation auxquels participent des médecins libéraux dans 70 départements. Ces dispositifs ont été organisés de façon très différente selon les cas : intégrés au SAMU, distincts dans les locaux du SAMU ou bien séparés du SAMU mais interconnectés avec ce dernier.

Le rapport de la mission d'inspection conjointe menée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale de l'Administration prône l'instauration d'une régulation couvrant l'ensemble du département et intégrée au SAMU ou située dans ses locaux.

Les départements dans lesquels aucun dispositif spécifique de régulation des demandes de permanence des soins n'est actuellement mis en place et dont la liste est jointe en annexe sont invités à s'inscrire dans le cadre des orientations prônées par ce rapport et à finaliser ainsi leur dispositif d'ici au 31 décembre 2006.

Pour cela, vous indiquerez aux médecins libéraux qu'ils peuvent bénéficier de la qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils participent aux régulations intégrées au SAMU ou situées dans les locaux des SAMU.

Cette qualité, consacrée par le Conseil d'Etat, place sous un régime spécifique de responsabilité les particuliers qui, sans être agents publics, ont participé au service public à la demande de l'administration. En effet, la responsabilité de l'administration est engagée sans faute à l'égard de ce collaborateur occasionnel pour les dommages qu'il aurait pu subir (CE ass. 22 nov. 1946, Commune de Saint-Priest-la-Plaine). La responsabilité de l'administration est également engagée à l'égard des victimes pour les agissements du collaborateur dans le cadre du service public, ce dernier étant, le cas échéant, couvert des condamnations prononcées contre lui pour les dommages qu'il aurait pu causer (CE 21 octobre 1949, Mutuelle du Mans c/ Ministre de l'agriculture).

L'activité de régulation de l'accès des patients à cette permanence de soins, dont l'organisation est confiée au SAMU, constitue une activité de service public prise en charge par l'administration. Le fait que, localement, la régulation se fasse par le numéro 15, ou bien, pour des raisons techniques, par un autre numéro à 10 chiffres ne change pas la nature de l'activité, ni la responsabilité de l'administration.

Au vu de ces éléments, vous voudrez bien inviter les établissements sièges de SAMU dans lesquels les médecins libéraux assurent déjà la régulation des appels de permanence de soins soit au sein du centre de régulation et de réception des appels, soit au sein des locaux du SAMU, ainsi que les établissements dans lesquels cette régulation pourrait être mise en place, à garantir aux praticiens libéraux la couverture assurancielle de leur responsabilité pour cette activité.

4- Impact de la simplification des commissions administratives sur les CODAMUPS

Je vous informe que l'article 35 du décret n°2006-665 du 7 juin 2006 relatif à la réduction du nombre et à la simplification de la composition de diverses commissions administratives réintroduit à l'article R.6313-1 du code de la santé publique les dispositions des articles L.6313-1 et L.6313-2, qui sont désormais abrogées conformément aux dispositions de l'ordonnance n°2004-637 du 1^{er} juillet 2004.

Cette modification textuelle ne remet pas en cause les arrêtés en vigueur de nomination aux comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. En revanche, les arrêtés de renouvellement des membres du CODAMUPS devront désormais uniquement viser les dispositions des articles R.6313-1 et suivants du code de la santé publique.

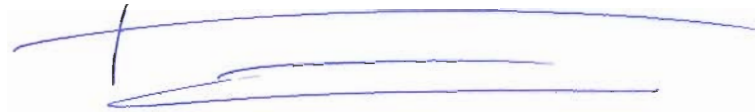
Mes services restent à votre disposition pour répondre à vos interrogations sur le sujet.

5/ Remontées nationales pour suivre la montée en charge du nouveau dispositif

Les nouvelles évolutions des dispositions réglementaires concernant la permanence des soins nécessitent de dresser un état des lieux du dispositif au 30 juillet 2006, permettant ainsi de mesurer l'évolution du dispositif depuis le 31 décembre 2005. Dans cette optique, les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales et les agents en charge de ce dossier seront destinataires dans les prochains jours d'un projet d'enquête, qui s'effectuera par voie électronique.

Ils recevront par voie électronique un questionnaire pré-rempli plus simplifié et plus structuré que les précédents. Chaque agent en charge du dossier devra compléter ce questionnaire directement sur Internet. Ils pourront être aidés dans leur démarche par une aide interactive. Une fois les réponses validées, celles-ci seront automatiquement enregistrées et centralisées. Les erreurs de ressaisie seront donc évitées, facilitant ainsi l'étude statistique. Ce nouveau dispositif permettra d'avoir une gestion et un suivi plus simplifiés de cette enquête sur la permanence des soins, assurant ainsi un retour plus rapide de l'état des lieux consolidé auprès de vous.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés que vous rencontrez dans la mise en œuvre de ce dispositif en les communiquant à Madame Laurence LAVY (laurence.lavy@sante.gouv.fr).



Xavier BERTRAND

ANNEXE 1

Liste des départements sans participation des médecins à la régulation des appels de permanence des soins

- Ardèche (07)
- Ardennes (08)
- Ariège (09)
- Aube (10)
- Corrèze (19)
- Corse du Sud (2A)
- Haute-Corse (2B)
- Dordogne (24)
- Drôme (26)
- Indre-et-Loire (37)
- Loir-et-Cher (41)
- Haute-Loire (43)
- Lot (46)
- Lot-et-Garonne (47)
- Haute-Saône (71)
- Paris (75)
- Seine-et-Marne (77)
- Yonne (89)
- Guyane (973)



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Paris, le

Sous direction de l'organisation
du système de soins

Bureau de l'organisation générale de l'offre
régionale de soins

Dossier suivi par :

Laurence LAVY

Tél : 01.40.56.41.64

Mel : laurence.lavy@sante.gouv.fr

Télécopie : 01.40.56.41.89

Objet: Réunion permanence des soins du 4 mai 2006 - Relevé de conclusions

PJ: Liste des participants.

A l'issue d'une présentation du rapport conjoint de l'IGAS et l'IGA sur l'évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire effectuée par Messieurs BLANCHARD et OLLIVIER et d'un tour de table où l'ensemble des participants a pu s'exprimer, les propositions suivantes ont été formulées par le ministre de la santé et des solidarités et le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins :

- un comité national de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires qui comprendra la composition des CODAMUPS à l'échelon national et des représentants des pharmaciens, des dentistes et kinésithérapeutes sera créé par décret. Une première réunion sera organisée en septembre ;
- les dispositions organisant la permanence des soins seront modifiées pour permettre aux préfets de mettre en place le dispositif de permanence des soins le samedi après midi si nécessaire et d'organiser la régulation des appels également sur cette plage horaire. Le décret sera concerté et aura reçu l'avis du conseil d'Etat avant l'été ;
- le nouveau cahier des charges type sera élaboré avant l'été ;
- des groupes de travail, qui devront suivre un calendrier et des ordres du jour précis, seront mis en place sur les sujets suivants:
 - la prescription médicale téléphonique avec les ordres des médecins et des pharmaciens;
 - le conseil médical téléphonique, afin d'élaborer des règles de bonnes pratiques;
 - la délivrance et la rémunération des certificats de décès avec le ministère de l'intérieur et la Chancellerie. Les conclusions de ce groupe devront être connues en septembre prochain;
 - une communication destinée au grand public sur la bonne utilisation du "15" avec l'Inpes et les professionnels de santé. Cette communication devra être effective au second semestre 2006.

- les préfets de département seront invités par voie de circulaire à:
 - développer la participation des médecins libéraux à la régulation des appels dans les départements pour lesquels cette participation n'est pas encore effective;
 - inviter les établissements sièges de SAMU à offrir aux médecins régulateurs libéraux exerçant dans les régulations intégrées dans les CRRA ou situées dans les locaux du SAMU le statut de collaborateur occasionnel du Service public;
 - poursuivre la réduction du nombre de secteurs de leur département en deuxième partie de nuit et veiller à ce que les demandes de permanence des soins soient prises en charge par la médecine libérale. Toutefois, en cas de carence de médecins libéraux sur cette période, une réflexion sera engagée sur la possibilité d'un transfert d'enveloppe financière **en faveur** des établissements qui seraient amenés au cas par cas, à prendre le relais des **médecins libéraux** ;
 - adapter le dispositif de permanence des soins aux pics épidémiques ;
 - renforcer leurs liens avec les MRS, pour assurer une meilleure articulation entre les différents financements sur la base d' une évaluation des coûts.

- Jean-Yves GRALL sera missionné pour évaluer le fonctionnement et l'organisation des maisons médicales de garde et élaborer des propositions en vue d'un cahier des charges national

- les tutelles (DHOS, DSS et CNAMTS) devront travailler pour permettre aux médecins salariés et médecins des mines de participer à la permanence des soins en médecine ambulatoire;

- le ministère poursuivra sa réflexion concernant la création d'un fonds spécifique chargé du financement de la permanence des soins.

Liste des participants

- Le ministère de la santé et des solidarités:

Monsieur BERTRAND, Ministre de la santé et des solidarités

Monsieur BOHNERT, Directeur de cabinet

Messieurs HABERT, DUVUAX et BONNET, conseillers techniques

- Pour la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins:

Monsieur CASTEX, Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Madame REVEL, Sous-directrice de l'organisation du système de soins

Madame LAVY, Bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins

- Pour la Direction de la sécurité sociale:

Monsieur VINQUANT, chargé des fonctions de Sous-directeur du financement du système de soins

Monsieur CHAMPION, Chef du bureau des relations avec les professions de santé

- Invités:

Monsieur VAN ROEKEGHEM, Directeur général de l'UNCAM

Monsieur REGEREAU, Président de la CNAMTS

Monsieur AUBERT, Sous-directeur à la CNAMTS

Messieurs BOUET et DESEUR, Conseil National de l'Ordre des Médecins

Gérard BLEICHNER, Président de la SFMU

Monsieur COMBIER, Vice-Président de la CSMF

Monsieur CARON, Secrétaire général de la SML

Monsieur MICHEL, MG-France

Messieurs RIGAL et HAMON, FMF

Monsieur TARAC, Alliance

Monsieur GIROUD, Président de SAMU de France

Messieurs PELLOUX et FADGIANELLI, Président et Secrétaire Général de l'AMUHF

François STIERLE, Président du SUH

Emmanuel SARRAZIN, SNUHP

Messieurs VINCENT, Délégué Général de la FHF, et LUCIET

Monsieur GEFFROY, Délégué Général de la FHP

Madame CUIF, Secrétaire Générale de la FEHAP

Madame MEILLER, Sous-directrice de la FNMF

Monsieur METAIS, Président de la Conférence des DARH

Monsieur BOULANGER, représentant la Conférence des Directeurs Généraux de CHU

Monsieur PIQUEMAL, Président de la Conférence des Directeurs de CH

Francis FELLINGER, Président de la Conférence des Présidents de CME de CH

Monsieur FILIPPI, Président de la FNMMG

Monsieur GUERIN, Président de SOS Médecins

Charles DESCOURS, Personnalité qualifiée

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation
du système de soins
Bureau de l'organisation générale
de l'offre régionale des soins
Personnes chargées du dossier :
Laurence Lavy
☎ 01 40 56 41 64
Thibault GERDIL-MARGUERON
☎ 01 40 56 43 79

Paris, le

Permanence des soins – Etat des lieux au 31 décembre 2005

Nombre de répondants : **100** DDASS.

I- Les CODAMUPS

100 départements ont réuni leur CODAMUPS de septembre à décembre et 42 ont programmé une nouvelle réunion.

II – Sectorisation

100 départements ont élaboré leur sectorisation et l'ont validé en CODAMUPS.

Dans 93 départements, un arrêté de sectorisation a été pris au 31/12/2005 et 5 départements ont pris leur arrêté début 2006. 1 département a indiqué que cet arrêté était en cours d'élaboration.

III – Cahier des charges

90 départements ont élaboré leur cahier des charges et dans 4 départements, le cahier des charges est en cours d'élaboration.

87 départements ont validé leur cahier des charges en CODAMUPS. Un département a indiqué que son cahier des charges était en cours de validation.

74 départements ont arrêté leur cahier des charges au 31/12/2005 et 2 départements ont pris leur arrêté début 2006. Dans 1 département, cet arrêté est en cours d'élaboration.

IV – Nombre de secteurs et nombre de médecins participant au dispositif de permanence des soins.

Au 31 décembre 2005, sur les 49142 médecins généralistes libéraux recensés dans **86 départements**, 34269 participent au dispositif de permanence des soins, soit dans ces départements un taux de participation de près de 70%.

Au 31 décembre 2005, **le nombre de secteurs arrêtés par le Préfet** est de :

- Pour les dimanches et jours fériés, **2791** secteurs arrêtés auxquels il convient de rajouter 53 secteurs saisonniers. 1 département n'a pas donné cette information.
- De 20h à 24h, **2635** secteurs ont été arrêtés. 3 départements n'ont pas donné cette information.
- De 0h à 8h, **2363** secteurs ont été arrêtés. 4 départements n'ont pas donné cette information.

Couverture des secteurs :

Pour les périodes « **Dimanches et jours fériés** », les 96 départements répondants indiquent que **142 secteurs ne sont pas couverts par un médecin libéral.**

Pour les périodes de **20h à 24h**, les 91 départements répondants indiquent que **128 secteurs ne sont pas couverts par un médecin libéral.**

Les **89 départements** répondants indiquent que **422 secteurs ne sont pas couverts par un médecin libéral après minuit (soit 19% des secteurs).**

48 départements indiquent une couverture de 100% en seconde partie de nuits.

V – Régulation des appels de permanence des soins.

2183 médecins libéraux dans 70 départements participent à la régulation des appels de permanence des soins.

Dans 52 départements, cette régulation s'effectue au sein du SAMU.

Dans 42 départements, cette régulation est organisée de façon autonome dans le centre 15.

Dans 13 départements, cette régulation est organisée de façon distincte du centre 15.

VI – Convention Etablissement siège de SAMU/Centre d'appel

Au 31/12/2005, 43 conventions ont été signées, 22 autres sont en cours de signature.

L'association la plus sollicitée est SOS Médecins.

VII – Réquisitions

Pour la période de septembre à décembre, des réquisitions ont été effectuées dans 30 départements et ont concerné 3 838 médecins pour couvrir 5 167 périodes (dimanche et jours fériés/20h-24h/24h-8h).

Toutefois deux départements (Gard et Ille et Vilaine), qui ont réquisitionné sur l'ensemble des périodes, concentrent à eux deux 69% du nombre de périodes couvertes par une réquisition préfectorale.

Hors ces deux départements, 20 départements ont réquisitionné en deuxième partie de nuit, pour un total de 830 réquisitions sur la période, soit une moyenne de 207 réquisitions par mois, soit près de 10 réquisitions par mois et par département.

VIII – MMG

181 MMG fonctionnant au 31 décembre 2005 ont été recensés :

- 109 sont situées dans un secteur urbain, 54 sur un secteur rural et 9 sur un secteur mixte. Pour 9 MMG, cette information n'est pas disponible.
- 154 MMG ont leur accès régulé.
- 59 MMG ont signé une convention avec le service d'urgence. Pour 3 MMG, la convention est en cours de signature.

IX – Informations aux usagers sur les modalités d'organisation du dispositif

36 départements ont établi une campagne de presse pour informer les usagers sur les modalités d'organisation du dispositif.

Par ailleurs, dans 47 départements cette information a été délivrée par les cabinets libéraux.