

Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire

SP 3 31
3819

NOR : SANH0330999C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate

Références :

Article L. 6315-1 du code de la santé publique ;

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ;

Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;

Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la **permanence des soins** et aux conditions de participation des médecins à cette permanence ;

Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale modifié par le décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 ;

Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires ;

Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU ;

Arrêté du 12 décembre 2003 portant cahier des charges type ;

Circulaire n° 88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente - Conditions d'un partenariat ;

Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la **permanence des soins** en ville ;

Circulaire DHOS/O3/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local ;

Circulaire DHOS/O1/2003 n° 195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les préfets de départements (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution et diffusion aux établissements de santé sièges de SAMU]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution) ; Madame et Messieurs les préfets de régions (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) Suite aux propositions formulées par le groupe de travail animé par le sénateur honoraire Charles Descours, la **permanence des soins** en médecine ambulatoire a été réorganisée par les dispositions de l'article L. 6315-1 du code de la santé publique, du décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la **permanence des soins**. L'arrêté du 12 décembre 2003 portant cahier des charges complète le dispositif.

La présente circulaire - qui sera adaptée au fur et à mesure - a pour objectif de préciser les modalités

pratiques de mise en oeuvre du dispositif de **permanence des soins** en médecine ambulatoire. Elle doit permettre notamment de faciliter l'élaboration du cahier des charges départemental, qui garantit la mise en place d'une organisation adaptée à chaque situation locale dans le respect du cadre général. Elle traite des aspects organisationnels ainsi que des conditions de suivi et d'évaluation du dispositif dans son ensemble.

I. - LE DISPOSITIF DE **PERMANENCE DES SOINS** EN MÉDECINE AMBULATOIRE

Conformément aux dispositions applicables à la **permanence des soins** en médecine ambulatoire, peuvent participer au dispositif les médecins libéraux conventionnés ou salariés d'un centre de santé (1).

A. - La sectorisation

Le découpage d'un département en secteurs (sectorisation) est un préalable indispensable. Il fait l'objet d'un arrêté du préfet concerné. Cet arrêté est pris après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du CODAMUPS. Dans le cas - qui doit rester exceptionnel - où la sectorisation concerne plusieurs départements, celle-ci fait l'objet d'un arrêté conjoint des préfets concernés.

La sectorisation détermine la limite géographique sur l'ensemble du département de chaque secteur de **permanence des soins**, qui doit permettre l'accès à un médecin de permanence. Elle doit être simple et lisible pour l'ensemble des acteurs et respecter les règles de sécurité tant pour les patients que pour les médecins, en termes d'accès et de délai de réponse notamment. La sectorisation tient compte du nombre de médecins en situation d'assurer les permanences.

Selon la même procédure, la sectorisation peut être adaptée sur certaines périodes de l'année ou sur certaines plages horaires pour répondre à une situation particulière et permettre, compte tenu de variations d'activité ou de caractéristiques épidémiologiques, de regrouper deux ou trois secteurs ou à l'inverse de les diviser. Il vous incombe de préciser ces adaptations dans le cahier des charges départemental et d'en informer précisément l'ensemble des acteurs concernés.

Sauf situation prévue par le cahier des charges départemental, notamment pour la prise en compte d'une organisation opérationnelle particulière, la **permanence des soins** en médecine ambulatoire sur le secteur donnant lieu au forfait d'astreinte est assurée par un seul médecin.

En application de la circulaire du 15 juillet 2002, une nouvelle sectorisation a déjà été mise en oeuvre dans de nombreux départements. Concernant les départements qui ne se sont pas encore engagés dans cette démarche, la définition de nouveaux secteurs devra aboutir pour le 31 janvier 2004.

En tout état de cause, la diminution du nombre de secteurs existants avant juillet 2002 reste un objectif à poursuivre dans chaque département afin de limiter le nombre de médecins concernés, de leur garantir un plus grand confort de vie tout en préservant l'accessibilité des populations aux soins les plus appropriés. Les zones où l'intervention des médecins fait l'objet d'une faible sécurité doivent faire l'objet d'une attention particulière. Il vous appartient, aussi régulièrement que nécessaire, d'adapter cette sectorisation.

B. - Le tableau départemental de permanence

1. L'inscription au tableau départemental de permanence

Organisation

Le tableau départemental de permanence est nominatif. Il permet d'identifier le médecin de permanence sur chaque secteur. Il est composé de l'ensemble des tableaux de secteurs. Les coordonnées, régulièrement remises à jour, des praticiens et associations de médecins de **permanence des soins** qui participent au dispositif doivent être annexées au tableau départemental. Le cahier des charges départemental définit les conditions de participation au tableau de permanence des médecins exerçant en maison médicale, notamment les modalités de prise en charge d'une part des patients se présentant à la maison médicale et, d'autre part, au domicile d'un patient à la demande du régulateur.

Des associations de permanence de soins peuvent participer à la **permanence des soins** en médecine ambulatoire. L'association peut être inscrite au tableau départemental de permanence, sans avoir à préciser sur le tableau le nom du médecin dévolu à la **permanence des soins**. Dans ce cas, elle adresse préalablement au conseil de l'ordre des médecins la liste nominative de ses médecins participant à la **permanence des soins**, afin que le conseil départemental de l'ordre vérifie l'inscription des praticiens au tableau de l'ordre. L'association qui participe à la **permanence des soins** en médecine ambulatoire garantit qu'un médecin répond obligatoirement pour chaque secteur concerné aux demandes de soins non programmés transmises par la régulation médicale. Les modalités de participation de ces associations et d'organisation de leur réponse aux demandes de la régulation médicale sont précisées dans le cahier des charges départemental.

La procédure décrite aux deux paragraphes précédents est également applicable à la participation des médecins salariés des centres de santé à la **permanence des soins**.

Missions du médecin de permanence

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale préalable. Le médecin inscrit au tableau de permanence doit s'engager à répondre aux sollicitations des médecins régulateurs durant toute la durée de la permanence. Il doit être joignable et, sauf organisation particulière définie par le cahier des charges, prendre en charge le patient dans les meilleurs délais, en cabinet, en maison médicale, au domicile du patient le cas échéant ou dans tout autre lieu de son choix. Il doit tenir informé le centre de régulation médicale du devenir du patient selon des modalités définies dans le cahier des charges. Le médecin de permanence participe à l'information de la population relative au bon usage de l'offre de soins.

Lorsqu'un médecin initialement mentionné dans le tableau de permanence ne peut finalement assurer son obligation de permanence au jour prévu, il lui incombe d'effectuer la recherche d'un remplaçant. Il doit signaler ce remplacement le plus tôt possible auprès de la personne chargée de l'élaboration du tableau de secteur et du conseil départemental de l'ordre qui valide la modification et en informe les acteurs concernés.

2. Elaboration du tableau départemental de permanence

Un tableau nominatif des médecins de permanence est établi par secteur pour une durée minimale de trois mois selon des modalités définies dans le cahier des charges (2). Ces tableaux sont transmis 45 jours (3) avant leur mise en oeuvre au conseil départemental de l'ordre des médecins pour qu'il les valide et les complète le cas échéant, après avis des organisations départementales représentatives des

médecins libéraux et des centres de santé concernés.

Des exemptions de permanence, pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

Dix jours au moins avant sa mise en oeuvre (art. R. 731, alinéa 3), le conseil départemental de l'ordre des médecins transmet le tableau de permanence au préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental. Le tableau peut également être adressé sur leur demande, aux acteurs intervenant dans la prise en charge de l'urgence et des soins non programmés.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins informe le préfet selon des modalités définies dans le cahier des charges de ses difficultés à compléter le tableau de permanence. Le délai de transmission doit permettre aux DDASS d'adapter le dispositif dans les plus brefs délais. En effet, si le tableau transmis est incomplet, le préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires. A cette fin le conseil départemental de l'ordre des médecins transmet les noms et coordonnées des médecins faisant l'objet d'exemption de permanence. Si le délai imparti au préfet ne lui permet pas de notifier sa réquisition par courrier recommandé 15 jours avant celle-ci au médecin concerné, la réquisition est signifiée par les forces de l'ordre.

Le recours à la réquisition doit tenir compte de la démographie médicale sur le département. Il est systématiquement effectué lorsque le secteur comporte suffisamment de médecins. Si le nombre de réquisitions constatées est trop important, la révision des secteurs de permanence doit être envisagée. Dans les zones considérées localement comme sous médicalisées, qui ne comportent donc pas suffisamment de médecin pour répondre à la demande de la population tout en répartissant la charge de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire équitablement sur les médecins, il appartiendra au Préfet de procéder à la réquisition en tenant compte de l'offre de soins disponible et de l'importance des besoins existants.

En tout état de cause, la population devra être informée des alternatives possibles (établissements de santé notamment les cliniques et les hôpitaux locaux). Des coopérations interdépartementales peuvent également être envisagées notamment lorsque la sectorisation concerne plusieurs départements. S'il appartient au conseil départemental de l'ordre de veiller tout au long de l'année à la constitution des tableaux de permanence, il devra apporter une attention toute particulière aux périodes de congés. La durée de validité, le délai de transmission des tableaux (secteurs et département) et de leurs modifications sont précisés dans le cahier des charges. Le conseil de l'ordre veille à transmettre le tableau départemental de permanence modifié le cas échéant à tous les acteurs concernés.

C. - La régulation médicale des appels téléphoniques dans le cadre de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire

Le fonctionnement opérationnel du dispositif de **permanence des soins** en médecine ambulatoire repose sur l'organisation départementale de la régulation médicale des demandes de soins non programmés aux heures de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé.

Le décret n° 2003 - 880 du 15 septembre 2003 (4) prévoit que « l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service ». Il est essentiel que les médecins libéraux participent à cette régulation médicale. En effet, la participation de régulateurs généralistes, urgentistes et éventuellement spécialistes, permet une coopération et une

complémentarité de ces disciplines au service du patient.

La régulation médicale des appels est un élément central du dispositif de **permanence des soins** en médecine ambulatoire ainsi réorganisé. Elle améliore les conditions d'exercice des médecins libéraux qui ont à ce titre avantage à y participer. La régulation médicale permet d'une part, d'apporter aux urgences les plus lourdes une réponse adaptée dans les meilleurs délais et, d'autre part, de réorienter les demandes dont les réponses peuvent être différées et apportées par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée.

La régulation médicale est organisée au niveau du département. Le cas échéant, en fonction du niveau de l'activité, il peut être envisagé une régulation médicale au niveau interdépartemental à condition que ses modalités soient discutées au sein des comités de l'aide médicale urgente, de la **permanence des soins** et des transports sanitaires concernés et soient inscrites aux cahiers des charges.

La participation des médecins libéraux à la régulation médicale des appels relevant de la médecine ambulatoire étant liée à la période de permanence de soins, elle s'organise nécessairement sur les périodes de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, les dimanches et les jours fériés. Cependant, le cahier des charges départemental peut prévoir que la régulation médicale des appels de permanence de soins en médecine ambulatoire est assurée par les médecins libéraux sur une partie seulement des plages horaires de la **permanence des soins**, le SAMU assurant la régulation médicale sur l'autre partie de la période. Le cahier des charges prévoit également le renforcement de la participation des médecins libéraux à la régulation médicale en cas de circonstances exceptionnelles (variations d'activité lors de week-end prolongé, caractéristiques épidémiologiques,...).

La participation des associations à la permanence de soins en médecine ambulatoire n'implique pas que les demandes qui leur sont adressées directement soient régulées dans le cadre de la **permanence des soins**. De même, un médecin peut recevoir directement des appels de ses patients aux heures de permanence de soins et leur apporter le cas échéant les soins nécessaires.

La mise en place de la régulation médicale des appels de **permanence des soins** en médecine ambulatoire n'exclut pas la participation des médecins libéraux, en complément de leur activité habituelle, à la régulation médicale de l'aide médicale urgente conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur dans ce domaine.

1. Organisation : le cahier des charges précisera l'organisation retenue ainsi que les obligations du SAMU et des médecins libéraux participant à la régulation médicale des appels relevant de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire. Vous trouverez en annexe de la circulaire des critères pour aider à l'élaboration du volet régulation médicale du cahier des charges.

Trois modalités d'organisation sont possibles :

a) Régulation médicale des appels relevant de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire distincte du SAMU mais physiquement installée dans ses locaux.

L'organisation permet aux médecins régulateurs de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire de recevoir directement leurs appels du public :

a 1) soit par le biais du numéro « 15 » :

Le SAMU répond à sa mission en assurant le traitement des appels au 15. Dès lors que ces appels relèvent de la médecine ambulatoire, le SAMU transmet les appels aux médecins libéraux.

a 2) soit avec un numéro d'appel spécifique, de préférence unique sur le département et interconnecté avec le 15.

Les médecins libéraux installés dans les locaux du SAMU peuvent recevoir des appels directement s'ils choisissent de conserver un numéro d'appel spécifique pour la médecine ambulatoire. De plus, le SAMU leur transmet les appels au 15 relevant de la médecine ambulatoire.

Quel que soit le numéro d'appel, les médecins libéraux assurant la régulation des appels relevant de la

permanence des soins en médecine ambulatoire ne traitent alors pas les appels relevant de l'aide médicale urgente.

Les permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) appartiennent à une équipe commune de permanenciers.

b) Participation du médecin libéral à la régulation de la **permanence des soins** et à l'aide médicale urgente.

Dans une telle organisation, une seule régulation médicale traite les appels, qu'ils relèvent de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire ou de l'aide médicale urgente.

Une convention, telle que prévue au décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987, signée entre le directeur de l'établissement siège du SAMU, le directeur du SAMU et les associations de médecins libéraux ou les médecins libéraux intervenant à titre individuel, précisera les obligations de chacun dans le fonctionnement de la régulation médicale. Cette convention précise l'identité des médecins régulateurs de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire participant à la régulation médicale ainsi que leur statut. Dans cette organisation, le médecin régulateur peut bénéficier du statut de collaborateur occasionnel du service public et à ce titre, disposer d'une assurance en responsabilité civile prise en charge par l'établissement siège du SAMU.

Une orientation initiale est effectuée par le permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM), selon des protocoles internes définis par le chef du service d'aide médicale urgente.. Les médecins régulateurs coopèrent au sein du SAMU selon leurs compétences respectives, pour offrir ensemble au patient le meilleur service.

c) Organisation séparée de la régulation des appels relevant de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire dans un local distinct de celui du SAMU.

Cette situation peut être justifiée notamment par le maintien d'un dispositif pré-existant à l'entrée en vigueur du décret du relatif à la **permanence des soins**. Dans ce cas, il conviendra de veiller à ce que l'ensemble du département fasse sans exception l'objet d'une régulation médicale centralisée par le médecin régulateur libéral. Par ailleurs, la présence permanente de ce dernier sur l'ensemble de la période de **permanence des soins** en médecine ambulatoire est nécessaire. Enfin, le principe de l'interconnexion avec le 15 doit être, sauf impossibilité technique provisoire, strictement respecté. Le cahier des charges départemental devra précisément définir les relations entre le SAMU, assurant la régulation médicale de l'aide médicale urgente, et le centre de régulation médicale des appels pour la **permanence des soins**, en particulier pour le basculement des demandes du SAMU et réciproquement.

2. Le médecin régulateur de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire.

Quelle que soit l'organisation retenue, le médecin régulateur de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire est en relation pour chaque secteur du département avec le médecin de permanence (ou les médecins dans les situations exceptionnelles prévues dans le cahier des charges départemental) et les autres acteurs participant à la prise en charge des soins non programmés (hôpital local, maison médicale,...). A ce titre il dispose des moyens de contacter directement le médecin de permanence.

La fonction de médecin régulateur est, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction : missions du médecin régulateur de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire : Le médecin régulateur de la **permanence des soins** reçoit du permanencier auxiliaire de régulation médicale ou d'un autre médecin régulateur, les appels qui relèvent de sa compétence. Le médecin régulateur de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire peut notamment déclencher l'intervention du médecin de permanence, renvoyer vers le régulateur de l'aide médicale urgente ou orienter le patient vers toute structure dispensant des soins non programmés.

D. - Le rôle des hôpitaux locaux dans la **permanence des soins** en médecine ambulatoire

La circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local prévoit qu'il « peut apporter son concours à la **permanence des soins** en facilitant la mise en place des organisations telles que les maisons médicales. Ces organisations répondent au souhait des médecins généralistes libéraux autorisés à exercer en hôpital local ou non, de disposer d'un "point d'ancrage de proximité. Au-delà, elles permettent de développer une offre de soins pluridisciplinaire (composée le plus souvent du médecin et d'une infirmière), et témoignent de l'ouverture de l'hôpital local vers les médecins généralistes. »

La circulaire du 28 mai 2003 prévoit également que « le directeur de l'hôpital local peut autoriser un médecin généraliste libéral, dans le cadre de sa **permanence des soins** en médecine ambulatoire, à intervenir dans les situations d'urgence exceptionnelles au sein de l'établissement, lorsqu'il n'est pas autorisé à exercer en hôpital local. Il en informe le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le président du conseil départemental de l'ordre des médecins dans les 24 heures suivant l'intervention ».

Les hôpitaux locaux doivent donc être systématiquement intégrés à la réflexion menée par le CODAMUPS, notamment par auditions (5) des médecins coordonnateurs de ces établissements.

II. - INFORMATION DES USAGERS

Tous les acteurs du système de soins, éventuellement en collaboration avec les associations des usagers de santé du département, doivent contribuer à faire connaître à l'usager le fonctionnement de l'ensemble du dispositif de **permanence des soins** en médecine ambulatoire et en particulier ses modalités d'accès. Ainsi l'usager doit, d'une part, être sensibilisé au rôle du SAMU et au bon usage du numéro 15, et d'autre part, être informé que l'accès au médecin de permanence ne se fait pas directement mais fait l'objet d'une régulation médicale préalable. Le patient doit être sensibilisé au fait que les soins ambulatoires doivent normalement être dispensés aux heures ouvrables dans les cabinets de ville.

Cette information peut être complétée des informations existantes sur les autres modalités complémentaires de participation à la **permanence des soins**.

L'information du public doit être réalisée par tous moyens : voie de presse, tableaux d'affichage, communication au sein des cabinets libéraux, pharmacie, maisons médicale, centres de santé, et établissements de santé. Seules les modalités d'organisation du système doivent être connues des usagers, les coordonnées des médecins de permanence sur le secteur ne devront être connues que du centre de régulation médicale, afin de rendre exceptionnel l'accès direct des usagers.

III. - ELABORATION DES CAHIERS DES CHARGES DÉPARTEMENTAUX ET ÉVALUATION DU DISPOSITIF

L'organisation de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire suppose au préalable d'effectuer, en lien avec tous les partenaires concernés localement, un état des lieux à partir des critères prévus à l'article 1er de l'arrêté du 12 décembre 2003. Vous trouverez en annexe de la présente circulaire différents items qui vous aideront à réaliser l'état des lieux et à mettre en place la sectorisation, la régulation médicale et l'organisation de la **permanence des soins**.

Il appartiendra aux différents acteurs de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire de recueillir les éléments d'information nécessaires à l'élaboration de cet état des lieux. La DDASS centralisera toutes les remontées d'information en vue de la préparation de la séance du comité départementale de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires au cours de la quelle les données seront approuvées.

Le cahier des charges peut prévoir le cas échéant l'état des lieux et les prévisions des moyens humains, matériels ou financiers mis à disposition par les collectivités locales, les services de l'Etat, l'assurance maladie et les mutuelles pour la régulation médicale et le dispositif de **permanence des soins** en médecine ambulatoire.

La sectorisation départementale est élaborée après la réalisation de l'état des lieux et la détermination d'une organisation conforme aux dispositions de l'article 1er de l'arrêté du 12 décembre 2003. L'élaboration du cahier des charges départemental devra être achevée au plus tard pour le 31 janvier 2004.

Dans l'attente de la mise en oeuvre du nouveau dispositif, l'ancien tableau de permanence reste applicable.

A. - Le comité départemental de l'aide médicale urgente,
de la **permanence des soins** et des transports sanitaires

Dans le cadre des dispositions de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé (6), la dénomination, la composition (7) et les missions du CODAMU ont été modifiées, afin d'intégrer la **permanence des soins**. Le CODAMU devient ainsi le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la **permanence des soins** et des transports sanitaires (CODAMUPS). Dès lors, un arrêté préfectoral devra intervenir dans les plus brefs délais afin de fixer sa nouvelle composition.

Deux possibilités sont envisageables et sont laissées à la libre appréciation des préfets :

- soit, l'ensemble des membres est renouvelé pour un nouveau mandat de 3 ans ;
- soit seuls les nouveaux membres sont nommés pour 3 ans, les anciens membres poursuivant leur mandat. Cette dernière option conduit à des échéances de mandat différentes selon les membres.

Le CODAMUPS comprendra un représentant par organisation syndicale représentative au niveau national de la médecine libérale, soit potentiellement cinq nouveaux membres. En effet, l'avis relatif à l'enquête de représentativité publié au Journal officiel du 3 juillet 2002 a considéré les organisations suivantes comme étant aujourd'hui représentatives de la médecine libérale : Alliance - Intersyndicale des médecins indépendants de France, la confédération des syndicats médicaux français (CSMF), la fédération des médecins de France (FMF), la fédération française des médecins généralistes de France (MG France) et le Syndicat des médecins libéraux (SML). Les instances localement compétentes de ces organisations proposent les noms de leur représentant.

Les organisations syndicales qui représentent la médecine générale et la médecine spécialiste devront privilégier dans leur choix un médecin d'exercice généraliste.

Cette instance comprendra également un représentant de chacune des associations de **permanence des soins**, dès lors qu'elles interviennent dans le dispositif de **permanence des soins** en médecine ambulatoire au niveau départemental (8).

Deux praticiens hospitaliers sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les services d'urgence hospitaliers siègeront également au CODAMUPS. Ces organisations sont les suivantes : l'association des médecins urgentistes hospitaliers de France (AMUFH), SAMU de France, la société francophone de médecine d'urgence (SFMU) et le syndicat des urgences hospitalières (SUH).

Vous veillerez à ce que les médecins exerçant dans les services d'urgences des établissements de santé privés ou participant au service public hospitalier soient également représentés au titre des organisations d'hospitalisation privée (9) .

Le choix du représentant des usagers doit favoriser la consultation la plus large possible des associations intéressées localement représentatives.

Le directeur de l'ARH ou son représentant siège désormais au CODAMUPS. Il veillera, en lien avec les préfets de département, à assurer la cohérence du dispositif avec les moyens consacrés à l'aide médicale urgente, notamment par le schéma régional de l'organisation sanitaire. A cette fin, les professionnels concernés par la prise en charge des soins non programmés et des urgences qui ne sont pas membres du CODAMUPS peuvent être auditionnés par ce dernier.

La DDASS propose pour avis un cahier des charges préparé dans le cadre du sous-comité médical au CODAMUPS en séance plénière. Cet avis précède l'arrêté préfectoral.

B. - Evaluation du dispositif

L'ensemble du dispositif mis en place doit être évalué annuellement selon des modalités définies dans le cahier des charges. Cette évaluation permet d'apporter les adaptations nécessaires au dispositif à l'évolution des besoins de soins non programmés et de l'offre de soins.

IV. - LE SUIVI NATIONAL

Un suivi national sera réalisé annuellement par les services de l'Etat. Pour l'année 2003, il vous est demandé de valider et compléter pour le 31 janvier 2004 le tableau joint en annexe.

Le groupe de travail présidé par M. le sénateur honoraire Descours suivra la mise en place du dispositif et sera informé par mes services des difficultés locales qui seront portées à leur connaissance. Il pourra être saisi des difficultés rencontrées dans tel ou tel département et, le cas échéant, jouer un rôle d'appui ponctuel.

Les préfets ont été parallèlement saisis du caractère prioritaire de la mise en place de ce dispositif et je leur ai demandé de veiller personnellement à ce que la sectorisation départementale soit effective dans les plus brefs délais.

Je vous saurais gré de bien vouloir me tenir informé de toute difficulté rencontrée dans l'application des recommandations de la présente circulaire, en prenant contact le cas échéant avec Mme Solenne Barat ou Mme Laurence Lavy, 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, par e-mail (solenne.barat@sante.gouv.fr ou laurence.lavy@sante.gouv.fr) ou par téléphone : Mme Barat au 01-40-56-53-97 ou Mme Lavy au 01-40-56-41-64).

Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,
J.-F. Mattei

ANNEXE

La liste des items proposés est indicative et peut le cas échéant être complétée.

1. Critères relatifs à l'élaboration de l'état des lieux

Organisation de la **permanence des soins** avant sa réorganisation actuelle :

- identification des secteurs pré-existant ;
- nombre d'appels moyen par 24 heures (distinguer jour et nuit ; si possible pourcentage d'appels passant par le centre 15 et pourcentage d'appels directs au médecin) ;
- nombre de visites moyen par 24 heures (jour/nuit) ;
- caractéristiques démographiques des professions de santé, notamment des médecins généralistes (densité médicale par habitant, âge des médecins généralistes de chaque secteur,...) ;
- nombre de médecins généralistes assurant les permanences par secteurs ;
- secteurs couverts ;
- rythme des permanences (nuit, week-end et jours fériés) ;
- existence d'association organisant une **permanence des soins** ;
- analyses des situations exceptionnelles.

Caractéristiques démographiques :

- densité de la population ;
- caractéristiques de la population (par sexe, par âge -part des personnes âgées, part des enfants,...) ;
- besoins de santé de la population ;
- taux de recours aux soins.

Offre médicale locale existante :

- données relatives à l'offre de soins locale existante de l'ensemble des établissements de santé ou structures de soins disposant ou non d'un service d'urgences, l'existence éventuelle d'une organisation assurant une permanence médicale (associations de **permanence des soins**, centres de santé, hôpitaux locaux, maisons médicales...) : quel type, selon quel horaire, activité la nuit et le week-end ;
- conditions et difficultés particulières d'exercice liées à l'environnement et à la sécurité du secteur ;
- localisation des pharmacies d'officine ;
- données relatives aux transports sanitaires (nombre et répartition des entreprises de transports sanitaires, implantation des services mobiles d'urgence et de réanimation,...) ;

Conditions géographiques et temps de réponse à la demande de soins :

- conditions géographiques ;
- conditions climatiques ;
- infrastructures routières.

2. Critères relatifs aux modalités de fonctionnement de la régulation médicale des appels de **permanence des soins** en médecine ambulatoire

Fonctionnement de la régulation médicale de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire :

- positionnement de la régulation médicale des appels de permanence de soins en médecine ambulatoire ou le cas échéant modalités d'interconnexion des deux régulations ;
- plages horaires couvertes ;
- nombre de lignes affectées à la régulation médicale libérale ;
- moyens spécifiques : en personnel et en matériel logistique ;
- le cas échéant, les modalités de mise en place d'un numéro spécifique et unique sur le département pour la régulation médicale des appels de permanence de soins en médecine ambulatoire ;
- adaptations à apporter à l'organisation pour tenir compte des variations d'activité ainsi que les éventuelles modalités de centralisation des appels permettant une régulation au niveau interdépartemental ou régional ;
- situation juridique des médecins libéraux participant à la régulation médicale : rémunération, couverture assurantielle, formation.

Relations entre le médecin régulateur du SAMU et le médecin régulateur de la **permanence des soins** en médecine ambulatoire (s'ils sont différents) :

- répartition des appels selon leur nature ;
- procédure de déclenchement d'une visite d'un médecin de permanence sur demande du régulateur ;
- gestion des plages horaires non couvertes par le régulateur d'exercice libéral ;
- convention passée entre une association de **permanence des soins** et le SAMU.

Relations entre le médecin régulateur de la permanence de soins et le médecin participant à la **permanence des soins** en médecine ambulatoire dans le secteur :

- modalités de coordination entre le médecin régulateur et le médecin de permanence ;
- déplacement du médecin de permanence au domicile des patients sur demande du régulateur ;
- modalités d'information réciproque sur le patient et son devenir (diagnostic, orientation sur une structure de soins...).

3. Critères relatifs au suivi du dispositif départemental

Sectorisation :

- temps maximum nécessaire pour se déplacer dans les secteurs et temps d'attente pour avoir accès

au médecin de permanence ;

- pertinence des adaptations de la sectorisation (regroupement ou division de secteur) pour répondre à une situation particulière ;
- dysfonctionnements éventuels.

Régulation médicale :

- nombre d'appel reçus dans la structure durant les heures couvertes par un médecin libéral ;
- répartition des appels : conseils, visites, consultations, renvoi sur le médecin traitant ;
- durée d'attente moyenne entre l'appel et la prise de l'appel ;
- impact de l'existence d'une régulation des appels concernant la **permanence des soins** en médecine ambulatoire sur l'activité du centre 15 lorsque ces régulations ne sont pas fusionnées : durant la période couverte/hors de la période couverte ;
- difficultés et/ou dysfonctionnements éventuels.

Permanence des soins en médecine ambulatoire :

- difficultés rencontrées dans l'élaboration, la mise à jour ou les transmissions des tableaux de secteurs et du tableau de permanence départemental ;
- nombre de médecins participant par rapport au nombre de médecins installés non exemptés ainsi que leur statut en pourcentage (médecins libéraux, médecins exerçant en centre de santé ou en maison médicale ; associations de **permanence des soins**) ;
- modalités de participation au dispositif des médecins exerçant en maison médicale ;
- pourcentage de patients pris en charge par un médecin de permanence par rapport au nombre appels reçu par la régulation ;
- répartition visites/consultations par secteur (rappel des structures existantes dans les secteurs) en nombre et en pourcentage ;
- temps d'attente moyen entre la demande et la visite (minimum et maximum) ;
- détermination des pics d'activité ; ;
- pertinence des situations particulières qui justifient que la **permanence des soins** en médecine ambulatoire sur le secteur soit assurée par plusieurs médecins ;
- nombre et pourcentage des visites/consultations ayant été suivies d'une orientation sur une structure de soins ;
- nombre de réquisitions ;
- articulation entre le système de **permanence des soins** et les autres modalités de réponse aux demandes de soins non programmés (maison médicale, hôpital local, cliniques, services d'urgences,...) ;
- difficultés éventuelles.

COMPOSITION DU COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE, DES TRANSPORTS SANITAIRES ET DE LA **PERMANENCE DES SOINS**

Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 modifié par le décret n° 2003-880 du 15 du septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la **permanence des soins** et aux conditions de participation

des médecins à cette permanence

a) De membres de droit ou de leurs représentants

1. Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.
2. Le médecin inspecteur de la santé.
3. Le directeur départemental du service d'incendie et de secours.
4. Le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours.
5. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

b) De quatre représentants des collectivités territoriales

1. Deux conseillers généraux désignés par le conseil général.
 2. Deux maires désignés par l'association départementale des maires ou, à défaut, élus par le collège des maires du département, convoqué à cet effet par le commissaire de la République, à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans adjonction ni suppression de noms et sans modification de l'ordre de présentation.
- Le vote peut avoir lieu par correspondance.

c) De membres désignés par les organismes qu'ils représentent

1. Un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins.
2. Un médecin conseil désigné par le médecin conseil régional du régime général d'assurance maladie.
3. Trois représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie désignés respectivement par la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de mutualité sociale agricole et la caisse mutuelle régionale d'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, dans le ressort desquelles siège le comité départemental.
4. Un représentant du conseil départemental de la Croix-Rouge française.
5. Un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.
6. Un médecin représentant l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral.

d) De membres nommés, ainsi que leurs suppléants, par le préfet

1. Un médecin responsable de SAMU et un médecin responsable de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence du département.
2. Un directeur de centre hospitalier doté de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence.
3. Un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique.
4. Le commandant du corps de sapeurs-pompiers le plus important du département.
5. Un médecin d'exercice libéral désigné sur proposition des instances localement compétentes de chacune des organisations représentatives au niveau national.
6. Un représentant de chacune des associations de **permanence des soins** lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de **permanence des soins** au niveau départemental.
7. Deux représentants des organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan départemental, dont un représentant les établissements d'hospitalisation privés mentionnés à l'article 41 de la loi du 31 décembre 1970 susvisée.

8. Quatre représentants des organisations professionnelles nationales de transports sanitaires les plus représentatives au plan départemental.
9. Un représentant de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative sur le plan départemental.
10. Deux praticiens hospitaliers sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les services d'urgence hospitaliers.
11. Un représentant des associations d'usagers.
 - (1) Tels que définis à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.
 - (2) La centralisation des noms des volontaires, éventuellement la déclaration des non volontaires, la formalisation du tableau, ... sont réalisées par un ou des médecins participant à cette permanence ou par une association qu'ils constituent à cet effet (art. R. 712-31 du code de la santé publique).
 - (3) Article R. 731 du code de la santé publique.
 - (4) Article R. 732 du code de la santé publique.
 - (5) Prévues par l'article 3 du décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.
 - (6) Ordonnance publiée au Journal officiel n° 206 du 6 septembre 2003.
 - (7) Voir nouvelle composition en pièce jointe.
 - (8) Article 2 du décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 ayant modifié le décret du 30 novembre 1987 relatif au CODAMU.
 - (9) Cf. 7e point du d) de l'article 1 du décret du 30 novembre 1987 relatif au CODAMU modifié.

[\[Retour à la liste de Résultats\]](#) [\[Document précédent\]](#) [\[Document suivant\]](#)