

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la régulation  
de l'offre de soins

Bureau premier recours (R2)

#### **Instruction DGOS/R2 n° 2013-228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS)**

NOR : AFSH1314627J

Validée par le CNP le 17 mai 2013. – Visa CNP 2013-124.

*Catégorie* : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : en réponse à la demande du Président de la République d'améliorer l'accès à des soins urgents, en particulier dans les territoires situés à plus de trente minutes d'un effecteur de médecine d'urgence, les médecins correspondants du SAMU (MCS) ont été identifiés comme l'un des dispositifs permettant de sécuriser les prises en charge en urgence de patients et d'améliorer les temps d'accès.

La présente instruction a pour objectif de faciliter et promouvoir le déploiement de MCS en explicitant les différents cadres juridiques possibles d'exercice de la fonction de MCS pour un médecin et en présentant les modalités de financement du dispositif.

*Mots clés* : temps d'accès – structure des urgences – SMUR – médecins correspondants du SAMU – soins urgents – territoires – FIR.

*Références* :

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence ;

Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente ;

Circulaire DHOS/O1 n° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences ;

Circulaire SG n° 2013-195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013 ;

Instruction DGOS/R2 n° 2012-267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents.

*Annexe* : exemples de cotations pour un médecin libéral exerçant les fonctions de MCS.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).*

Le Président de la République a fait de l'amélioration de l'accès à des soins urgents, en particulier dans les territoires situés à plus de trente minutes d'un effecteur de médecine d'urgence, l'une de ses priorités. Il a été rappelé à plusieurs reprises que cette réponse à l'urgence doit être médicale.

Le diagnostic des territoires à plus de trente minutes d'accès et des solutions pouvant être mobilisées sur ces zones, réalisé par les ARS à l'été 2012, a permis d'identifier les médecins correspondants du SAMU (MCS) comme l'un des dispositifs permettant de sécuriser les prises en charge en urgence de patients et d'améliorer les temps d'accès.

En effet, comme le prévoient le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence<sup>1</sup> et l'arrêté du 12 février 2007<sup>2</sup>, le MCS est :

- un médecin formé à l'urgence ;
- qui agit sur demande de la régulation médicale des SAMU-centre 15 ;
- pour prendre en charge des patients en situation d'urgence médicale ;
- dans une zone préalablement identifiée, en priorité située à plus de trente minutes d'accès d'un effecteur de médecine d'urgence (structure des urgences ou SMUR).

L'intervention du MCS est déclenchée de manière systématique et simultanée à l'envoi d'un SMUR.

Il prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR, en lien continu et permanent avec le SAMU, qui va adapter les moyens de transport aux besoins du patient identifiés par le MCS.

Sur décision du SAMU et en fonction des spécificités du territoire, les ressources locales existantes, notamment les secouristes ou les acteurs de proximité, peuvent être mobilisées pour permettre la réalisation des gestes en équipe dans l'attente du SMUR. La coordination des interventions et des moyens appartient au SAMU qui régule la situation d'urgence.

Le MCS est donc un effecteur de médecine d'urgence, qui intervient dans le cadre de la mission de service public d'aide médicale urgente (AMU).

Il appartient aux ARS de sensibiliser, en priorité sur les territoires situés à plus de trente minutes d'accès des soins urgents, l'ensemble des médecins afin qu'ils participent à l'aide médicale urgente en tant que MCS.

Pour faciliter le déploiement de ce dispositif et vous appuyer dans les actions de sensibilisation et de mobilisation des médecins volontaires pour participer l'AMU, un guide visant à promouvoir le dispositif des MCS va vous parvenir dans les semaines à venir.

Il a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail réunissant des représentants des professionnels (médecine libérale, internes et jeunes médecins, urgentistes, médecins de montagne et médecins correspondants du SAMU) et des ARS.

À destination des ARS, mais aussi des professionnels: médecins généralistes, urgentistes, salariés, praticiens hospitaliers, sages-femmes..., il a pour objectif de donner plus de lisibilité et de visibilité sur le dispositif MCS.

Les principes contenus dans le guide visent à :

- promouvoir la fonction de MCS dans les territoires à plus de trente minutes d'accès de soins urgents ;
- préserver la souplesse du dispositif en laissant aux ARS, en lien avec les professionnels du territoire, le soin d'organiser la réponse la plus adaptée ;
- donner des conditions d'exercice satisfaisantes aux professionnels, notamment en clarifiant les différents cadres juridiques d'intervention possibles, les conditions d'engagement de leur responsabilité et les modalités de rémunération des interventions de MCS ;
- préciser le contenu de la formation des MCS ;
- harmoniser les conditions d'exercice de la fonction de MCS, en particulier du matériel et des médicaments mis à disposition ;
- partager les bonnes pratiques et capitaliser autour des expériences mises en place.

En parallèle de ce guide, la présente instruction vise à détailler les différents cadres juridiques possibles d'exercice de la fonction de MCS et à vous présenter les modalités de financement *ad hoc* et pérennes envisagées pour ce dispositif.

### **1. Les modes d'exercice possibles de la fonction de médecin correspondant du SAMU**

L'activité de médecine d'urgence est exercée par un établissement de santé autorisé à la médecine d'urgence et est organisée dans le cadre du réseau des urgences. Ce dernier va notamment préciser les modalités de prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire. Il identifie les

---

(1) En particulier l'article R.6123-28.

(2) Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente.

acteurs pouvant contribuer à la prise en charge des urgences, parmi eux les « médecins intervenant à la demande du SAMU, y compris les MCS dont les missions et le cadre d'intervention sont définis par arrêté »<sup>1</sup>.

En application de l'arrêté relatif aux MCS, tout médecin, quel que soit son mode d'exercice habituel, médecin libéral, salarié ou hospitalier, peut participer à l'AMU sous réserve qu'il soit formé à l'urgence et soit engagé par contrat avec l'établissement de santé siège du SAMU pour définir les conditions fonctionnelles et matérielles de son intervention<sup>2</sup>. Ce dernier précise les conditions de son intervention, les modalités de formation et de mise à disposition de matériels et de médicaments pour l'exercice de sa mission.

En pratique, en fonction de son mode d'exercice habituel, le médecin peut choisir entre différents supports juridiques pour exercer les fonctions de MCS. Toutefois, quels que soient son mode d'exercice habituel et le cadre juridique choisi pour son intervention de MCS, le médecin conclut un contrat avec l'établissement de santé siège du SAMU pour définir, fonctionnellement, les conditions de son intervention.

Le médecin volontaire pour exercer les fonctions de MCS agit sur demande de la régulation du SAMU-centre 15 avec laquelle il a conclu son contrat.

### 1.1. Participation d'un médecin libéral au dispositif des MCS

Le médecin libéral peut participer au dispositif des MCS de trois manières possibles :

#### 1.1.1. Maintien de son mode d'exercice habituel (médecin libéral)

Son intervention au titre de sa fonction de MCS est facturée dans les conditions habituelles de sa pratique libérale et en tenant compte de l'urgence, c'est-à-dire :

- facturation directement au patient des actes et consultations réalisés ;
- majoration d'actes possible au titre de son intervention en urgence dans le cadre des fonctions de MCS. En pratique, plusieurs situations sont envisageables en fonction des circonstances de l'intervention du médecin libéral exerçant les fonctions de MCS<sup>3</sup> ;
- intervention en secteur 1 (interdiction de dépassement d'honoraires s'agissant d'AMU en application de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique).

#### 1.1.2. Contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé (art. L. 6146-2 du code de la santé publique)

Nonobstant le contrat conclu avec l'établissement de santé siège du SAMU pour définir les conditions de son intervention, le médecin libéral peut s'engager avec ce même établissement, dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique (CSP), qui permet d'admettre des médecins libéraux dans un établissement public de santé pour participer à l'exercice des missions de service public et aux activités de soins de l'établissement. Dans le cadre de ce contrat, le médecin participe à la mission de service public d'aide médicale urgente tout en conservant son mode d'exercice libéral.

Si les parties le décident, un même contrat peut prévoir à la fois les modalités d'admission du médecin libéral pour participer à la mission d'aide médicale urgente en application de l'article L. 6146-2 du CSP et les conditions fonctionnelles de son intervention au titre des missions de MCS.

Dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 6146-2 du CSP et par dérogation au droit commun, les honoraires du médecin (calculés comme dans le cadre de son exercice habituel de médecine libérale, cf. point précédent) sont facturés directement par l'établissement public de santé siège du SAMU à l'assurance maladie. Ils lui sont versés, le cas échéant minorés d'une redevance fixée dans le contrat, par l'intermédiaire de l'établissement public de santé.

#### 1.1.3. Praticien attaché (art. R. 6152-601 et suivants du code de la santé publique)

Un médecin libéral peut également opter pour le contrat de praticien attaché avec l'établissement public de santé siège du SAMU.

Pour bénéficier de ce statut à rémunération mensuelle, une certaine régularité dans la pratique de MCS doit être observée puisque le contrat de praticien attaché fixe le nombre de demi-journées

---

(1) Article R. 6123-28 du code de la santé publique.

(2) L'article 4 de l'arrêté du 12 février 2007 prévoit qu'un « contrat fixe les conditions d'intervention, et notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU, les modalités de formation et de mise à disposition de matériels et de médicaments pour l'exercice de cette mission ». Ce contrat, essentiel pour organiser les conditions d'intervention du médecin en tant que correspondant du SAMU, ne remet pas en cause le mode d'exercice habituel du médecin.

(3) En annexe sont proposés différents exemples de cotations possibles.

que le médecin consacre au service hospitalier. Son intervention en tant que MCS constitue une participation aux missions de l'établissement. Au minimum, le contrat de praticien attaché prévoit que le médecin consacre une demi-journée par semaine aux activités du SAMU.

La rémunération des interventions du MCS intervenant avec un statut de praticien attaché est fixée dans la grille des praticiens attachés en fonction de son ancienneté dans le statut et est lissée en fonction du nombre de demi-journées effectivement réalisées pour le compte du SAMU.

En pratique, on observe qu'une intervention au titre des fonctions de MCS donne lieu à une demi-journée de travail par application de la règle du service fait.

### *1.2. Participation d'un médecin salarié au dispositif des MCS*

Il n'existe pas d'obstacles juridiques à ce qu'un médecin salarié, par exemple d'un centre de santé, d'une structure d'exercice regroupé, voire d'un autre établissement de santé, soit volontaire pour exercer les fonctions de correspondant du SAMU.

Toutefois, sa participation doit s'inscrire dans le respect des règles de droit commun concernant :

- l'exercice salarié : respect des règles relatives au cumul d'activité, information de l'employeur, etc. ;
- les MCS : formation à l'urgence, sur demande de la régulation des SAMU-centre 15, dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement public de santé siège du SAMU, etc.

Pour faciliter la mise en œuvre du dispositif et permettre, si nécessaire, l'indemnisation de la structure qui emploie de manière habituelle le médecin salarié qui intervient pendant son temps de travail en tant que MCS, il est recommandé de conclure une convention tripartite entre l'ARS, la structure employeur du médecin et le médecin salarié volontaire pour exercer les fonctions de MCS.

Des travaux sont en cours, notamment avec la CNAMTS et les centres de santé, pour permettre à des médecins salariés de facturer des actes à l'assurance maladie sur des feuilles de soins à l'en-tête du centre de santé, en dehors de leur temps de travail effectif dans la structure.

La déclinaison opérationnelle de ces travaux pourra servir de base à la mise en place d'un circuit de facturation à la CNAMTS des actes accomplis par un médecin salarié au titre de ses fonctions de MCS.

### *1.3. Participation d'un praticien hospitalier au dispositif des MCS*

Comme pour les médecins salariés, il n'existe pas d'obstacles à ce qu'un praticien hospitalier, d'un autre établissement de santé que celui siège du SAMU, participe au dispositif des MCS.

Dans cette hypothèse, sa participation s'inscrit dans le respect des règles de droit commun concernant le dispositif des correspondants du SAMU et les règles statutaires.

Ainsi, le praticien hospitalier, recruté à temps plein ou à temps partiel, peut exercer les fonctions de MCS dans le cadre d'une activité en temps partagé sur plusieurs établissements (art. R.6152-4, R.6152-201, R.6152-501).

La convention d'activité partagée entre établissements publics de santé définit les conditions de travail et les modalités de rémunération des interventions du praticien au titre de son activité de MCS.

## **2. Règles applicables en matière de responsabilité**

Quels que soient le mode d'exercice habituel du médecin et le choix du cadre juridique de son intervention en tant que MCS, la responsabilité de l'établissement public de santé siège du SAMU avec lequel le médecin a passé convention s'étend à lui dans l'exercice de ses fonctions de correspondant du SAMU parce qu'il :

- participe à une mission de service public et prend en charge des patients admis dans le cadre du service public d'aide médicale urgente ;
- est lié avec l'établissement siège du SAMU dans un contrat qui définit le cadre et les moyens de son intervention ;
- agit sur demande de la régulation du SAMU ;
- intervient avec du matériel et des médicaments mis à sa disposition par le SAMU.

En conséquence, les dommages causés ou subis par le médecin dans le cadre de ses fonctions de MCS sont couverts par l'établissement siège du SAMU (exemples: accident de circulation, blessures lors de son intervention, etc.). Le montant de la couverture assurantielle est fixé par l'établissement public de santé dans les conditions habituelles.

Le fait que le professionnel MCS agisse, hors les murs de l'hôpital, est neutre en matière de responsabilité, comme c'est le cas pour les personnels des SMUR, par exemple.

### **3. Articulation des missions du médecin sur le territoire**

Les fonctions de MCS sont compatibles avec les autres missions du médecin sur le territoire.

Un médecin exerçant les fonctions de MCS peut également participer au dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou encore participer à l'action des services départementaux d'incendie et de secours en tant que médecin sapeur-pompier volontaire. Ces différentes missions ne sont pas exclusives les unes des autres. Il appartient toutefois de veiller à leur articulation et à la cohérence des dispositifs.

Dans tous les cas, la régulation médicale du SAMU permet d'organiser et de prioriser les interventions du MCS en fonction de l'urgence médicale. Par nature, les interventions demandées par le SAMU au titre de l'aide médicale urgente priment sur les autres missions.

#### *3.1. Un même médecin peut remplir les fonctions de MCS et de médecin sapeur-pompier volontaire*

La fonction de MCS est complémentaire des engagements habituels des médecins libéraux, y compris quant à leur engagement en tant que médecins sapeurs-pompiers volontaires.

Cette fonction n'est pas exclusive et aucun obstacle réglementaire n'empêche un médecin sapeur-pompier d'être également médecin correspondant du SAMU, dans des zones préalablement identifiées par l'ARS, sous réserve d'un contrat conclu entre le médecin et l'établissement siège de SAMU et du respect des conditions de formation du dispositif des MCS.

Lorsqu'il intervient en tant que correspondant du SAMU, le médecin intervient dans le cadre du dispositif des MCS, c'est-à-dire qu'il opte pour le maintien de son exercice libéral, le contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé (art. L. 6146-2 du code de la santé publique) ou le statut de praticien attaché (art. R. 6152-601 et suivants du code de la santé publique).

#### *3.2. Un même médecin peut remplir les fonctions de MCS et participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA)*

L'intervention du MCS ne remplace ni l'organisation de la continuité des soins, ni celle de la réponse aux besoins de soins non programmés non urgents, en particulier hors heures de PDSA. La PDSA revêt un objectif différent de celui poursuivi par le déploiement de MCS. Elle s'attache à ce que soit proposée une réponse aux besoins de soins non programmés non urgents, alors que les MCS sont des effecteurs de médecine d'urgence, c'est-à-dire des professionnels médicaux, formés à l'urgence vitale, qui agissent sur demande de la régulation.

Il appartient au SAMU de réguler et de déclencher les MCS seulement sur des situations d'urgence et dans des territoires identifiés comme nécessitant une réponse de ce type pour permettre un accès aux soins urgents de la population en moins de trente minutes.

Les conditions d'intervention et de rémunération des deux dispositifs sont donc différentes.

Toutefois, ces missions ne sont pas exclusives l'une de l'autre et, en veillant à leur articulation, il n'y a pas d'obstacles à ce qu'un médecin qui participe à la PDSA exerce également les fonctions de MCS.

### **4. Financement du dispositif MCS sur le FIR**

Un financement *ad hoc* de dix millions d'euros du dispositif MCS a été prévu au titre de l'année 2013. Les crédits destinés au dispositif des MCS sont intégrés dans le FIR afin de permettre aux régions de financer au plus proche des besoins les organisations mises en place.

Le FIR permet de :

- soutenir des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Le dispositif des MCS, à mi-chemin entre la ville et l'hôpital, est en adéquation avec cet objectif (cf. art. L.1435-8) ;
- financer l'ensemble des acteurs parties au dispositif, qu'il s'agisse de professionnels de santé, regroupements de ces professionnels, centres de santé, pôles de santé, maisons de santé, réseaux de santé, établissements de santé, etc. ;
- mettre en cohérence les financements, le cas échéant avec celui de la PDSA.

Il appartient aux ARS d'adapter les règles de financement à l'organisation en place afin de répondre aux attentes des professionnels tout en tenant compte de l'hétérogénéité des territoires et de l'activité qui peuvent justifier des besoins particuliers.

#### 4.1. *Les principes de financement du dispositif*

##### 4.1.1. Pour le médecin MCS

Le médecin qui exerce les fonctions de MCS perçoit, en contrepartie de son engagement, les éléments suivants (financement assurance maladie et ARS) :

- rémunération de son intervention : en fonction de son mode d'exercice et du cadre juridique choisi pour son intervention, déclenchement de son paiement dans les conditions habituelles (honoraires si médecin libéral versés par l'assurance maladie dans les conditions habituelles ou salaires) ;
- mise à disposition à titre gracieux, par l'établissement public de santé siège du SAMU avec lequel il conclut un contrat, des matériels et médicaments nécessaires à son intervention<sup>1</sup> ;
- à l'appréciation de l'ARS et en fonction de l'organisation mise en place, des compléments de rémunération, destinés par exemple à indemniser les journées de formation réalisées par le médecin dans le cadre des fonctions de MCS, peuvent être versés au médecin ou à la structure regroupant des médecins engagés dans le dispositif des MCS. Ils sont fixés dans une convention *ad hoc* conclue entre l'ARS et le bénéficiaire afin notamment de déterminer leur montant et les engagements réciproques qui en découlent.

##### 4.1.2. Pour l'établissement public de santé siège du SAMU

L'ARS passe une convention avec l'établissement public de santé siège du SAMU pour prendre en charge, dans le cadre des crédits FIR qui lui ont été alloués :

- l'acquisition et l'entretien des matériels et médicaments mis à disposition, à titre gracieux, des MCS ;
- le cas échéant, d'autres éléments particuliers à l'organisation mise en place.

##### 4.1.3. Pour les autres bénéficiaires possibles des crédits FIR

En fonction des dispositifs en place, l'ARS peut également verser des crédits FIR au titre des MCS à :

- des organisations ou structures qui regroupent et appuient le déploiement de MCS ou, par exemple, organisent leur formation ;
- des structures d'exercice regroupé (établissement de santé, centre de santé, maison de santé pluriprofessionnelle, etc.) qui emploient à titre habituel le médecin qui remplit également les fonctions de MCS ;
- d'autres bénéficiaires en fonction des organisations en place.

#### 4.2. *Les points d'attention*

Il est préconisé d'aborder la question du financement du dispositif des MCS en ayant une vigilance particulière à la stabilité des missions et des revenus des médecins du territoire. En particulier, la question de la rémunération des fonctions de MCS doit s'inscrire en cohérence avec ses autres missions, comme, par exemple, sa participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Sur ce point, j'attire votre attention sur la préoccupation des professionnels concernant la rémunération des astreintes. À la différence de la PDSA, il n'existe pas d'obligation réglementaire à organiser un tableau de garde ou d'astreinte des MCS. En conséquence, il n'y a ni paiement systématique de gardes ou d'astreintes au titre des fonctions de MCS, ni réquisition possible. Si les acteurs le souhaitent, il est toutefois possible de mettre en place des listes de présence au titre des fonctions de MCS pour assurer la continuité de la réponse. Dans cette hypothèse, il peut être envisagé de compenser financièrement la mise en place d'une réponse en continu.

---

(1) Le guide de déploiement des MCS à venir proposera une liste des matériels et médicaments à fournir.

Il appartient à l'ARS d'apprécier l'intérêt de l'organisation en place au regard des besoins de la population et des niveaux d'activité attendus, notamment, et de s'assurer, au moyen d'une rémunération forfaitaire suffisante ou en mutualisant les dispositifs de garde, que la continuité de la réponse MCS s'inscrit dans la globalité des missions et des revenus du médecin du territoire.

#### 4.3. Délégation des crédits au titre du FIR

Dans un premier temps et afin de mobiliser rapidement les acteurs, la circulaire SG n° 2013-195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013 a prévu de déléguer une première tranche de crédits<sup>1</sup> pour les ARS ayant identifié, dans leur diagnostic, des territoires à plus de trente minutes, des médecins, en place ou en projet, remplissant les fonctions de correspondant du SAMU ou un nombre d'habitants situés à plus de trente minutes d'accès de soins urgents supérieur à 100 000.

L'objectif de cette première délégation est de donner un signal positif aux acteurs et de répondre à une préoccupation de la ministre, qui souhaite que soient mises en place rapidement des actions visant à améliorer l'accès aux soins urgents de la population.

Une seconde délégation interviendra en fin d'année. Elle se fondera sur les remontées issues du plan d'action sur les urgences demandé aux ARS au plus tard à l'automne 2013<sup>2</sup> afin d'identifier les territoires dotés de MCS ou où des dispositifs en cours de déploiement permettent d'améliorer l'accès aux soins urgents de la population. Ces derniers ont en effet vocation à identifier, à partir d'un diagnostic concerté avec les acteurs, les territoires situés à plus de trente minutes d'accès d'un effecteur de médecine d'urgence et les actions pouvant être mobilisées pour améliorer l'accessibilité à des soins urgents. Parmi elles peuvent figurer des MCS.

Pour anticiper sur les crédits à mobiliser, il nous est nécessaire de disposer du nombre de MCS et de territoires actuellement couverts ainsi que du potentiel de déploiement de MCS identifié. Ce bilan intermédiaire, état des lieux provisoire du nombre de MCS, permettra de préparer les répartitions régionales qui auront lieu dans le cadre d'une prochaine circulaire relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional attendue en fin d'année.

Ces données vous ont été demandées dans le cadre de l'instruction du 21 mai 2013 relative au suivi et à l'évaluation du pacte territoire santé, l'accès aux soins urgents constituant l'axe 9 du Pacte.

Pour toutes difficultés liées à la mise en œuvre de l'instruction, vous pouvez contacter par messagerie le bureau R2 de la DGOS (DGOS-R2@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères  
chargés des affaires sociales,  
D. PIVETEAU*

*Le directeur général de l'offre de soins,  
J. DEBEAUPUIS*

---

(1) 2.1 M€ ont d'ores et déjà été délégués dans quinze ARS.

(2) La réalisation d'un plan d'action sur les urgences comportant trois volets (accessibilité à des soins urgents, désengorgement des urgences et soutien des services en difficulté) a été présentée aux ARS lors du séminaire des DG d'ARS du mois de mars puis aux directeurs de l'offre lors des conférences téléphoniques du mois d'avril. Une instruction ultérieure viendra rappeler les objectifs et échéances des plans sur les urgences demandés à chaque ARS.

ANNEXE

EXEMPLES DE COTATIONS POUR UN MÉDECIN LIBÉRAL EXERÇANT LES FONCTIONS DE MCS

Ces exemples sont donnés à titre d'illustration.

Ils varient selon le jour, l'heure et les modalités de l'intervention du MCS.

En fonction des conditions d'intervention du MCS, ces cotations sont possibles :

Hypothèse 1 : V + MU \* + IK

Correspond à :

- une visite ;
- une majoration d'urgence (MU) lorsque le médecin est amené à interrompre ses consultations et à quitter immédiatement son cabinet ;
- le cas échéant, des indemnités kilométriques.

En pratique (source : ameli.fr « tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine à compter du 26 mars 2012 ») :

ACTES ET MAJORATIONS	TARIFS (en euros)	RÈGLES DE CUMUL
V : visite à domicile	23,00	
MU : majoration d'urgence	22,60	V, VS
IK : indemnité kilométrique en plaine	0,61	V, VS
IK : indemnité kilométrique en montagne	0,91	V, VS
IK : indemnité kilométrique à pied ou à ski	4,57	V, VS

Point de vigilance : la majoration d'urgence (MU) ne se cumule pas avec les autres majorations (nuit, dimanche et jour férié, déplacement). Elle se cumule uniquement avec des actes et visites et des indemnités kilométriques.

En revanche, si la majoration d'urgence n'est pas cotée, la visite comme les actes d'urgence peuvent donner lieu à des majorations dimanche, jour férié, nuit ou déplacement.

\* NGAP – article 14.1 : majoration d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale (modifiée par la décision UNCAM du 18 juillet 2005 – en vigueur au 31 mars 2012).

Lorsque le médecin exerçant la médecine générale est amené à interrompre ses consultations et à quitter immédiatement son cabinet soit à la demande du centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente (centre 15), soit à la demande expresse et motivée du patient, la visite ou les actes de premier recours qu'il effectue donnent lieu, en sus des honoraires normaux et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration forfaitaire d'urgence.

L'application de la disposition ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la CCAM.

La majoration forfaitaire d'urgence ne se cumule pas avec les majorations prévues à l'article 14 ci-dessus pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.



Hypothèse 2: actes techniques + IK

Correspond à :

- des actes techniques d'urgence<sup>1</sup> (cotation YYY010 ou YYY011), le cas échéant avec des modificateurs d'urgence (cf. règles de cumul);
- le cas échéant, des indemnités kilométriques.

En pratique (source: ameli.fr « version 29 de la CCAM mise en œuvre au 14 décembre 2012 »):

ACTES ET MAJORATIONS	TARIFS (en euros)	RÈGLES DE CUMUL
YYY010*: acte technique	48,00	F, M, P, S, U
YYY011*: acte technique	20,16	F, P, S, U
IK: indemnité kilométrique en plaine	0,61	V, VS
IK: indemnité kilométrique en montagne	0,91	V, VS
IK: indemnité kilométrique à pied ou à ski	4,57	V, VS

\* CCAM 19.1.6:YYY010: traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : détresse respiratoire; détresse cardiaque; détresse d'origine allergique; état aigu d'agitation; état de mal comitial; détresse d'origine traumatique. Cette cotation ne peut pas être facturée avec des actes techniques des chapitres 1<sup>er</sup> à 17, à l'exception de : électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003).

\* CCAM 19.1.6:YYY011 : prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique.

Point de vigilance: les codes U, P, S et F (modificateurs CCAM urgence) sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant, quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

CODE	LIBELLÉ	VALEUR
U	Acte réalisé en urgence par les médecins la nuit entre 20 heures et 8 heures	25,15 €
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures	35,00 €
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 0 heure à 6 heures	40,00 €
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient	26,88 €

(1) NB. – Les actes techniques d'urgence sont différents des soins d'urgence. Les soins d'urgence (cotés M) s'appliquent aux actes effectués par le médecin au cabinet, c'est-à-dire dans le cadre de sa pratique habituelle (et non aux actes effectués sur demande du SAMU au titre de ses fonctions de MCS).

Hypothèse 3: visite ou actes techniques + MD ou MDN

Correspond à :

- visite ou actes techniques ;
- majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée (MD ou MDN par exemple).

Point de vigilance: la majoration MD ou MDN ne concerne que le praticien inscrit au tableau de garde lorsque l'acte est réalisé ou celui qui le remplace, ce qui suppose que l'organisation MCS mise en place prévoit un tableau de garde.

En pratique (source: ameli.fr « version 29 de la CCAM mise en œuvre au 14 décembre 2012 »):

ACTES et majorations	TARIFS (en euros)	RÈGLES de cumul	LIBELLÉ	VALEUR
V: visite à domicile	23	MD	Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée	10,00 €
		MDN	Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures	38,50 €
YYYY010 ou YYYY011 : actes techniques	20,16 ou 48	U	Acte réalisé en urgence par les médecins la nuit entre 20 heures et 8 heures	25,15 €
		P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures	35,00 €
		S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 0 heure à 6 heures	40,00 €
		F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
		M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient	26,88 €