

OCTOBRE 2020

# PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

*Fiche de synthèse*

**PRÉPARÉ PAR :**

Fédération nationale des centres de  
santé

# L'OBLIGATION DE PARTICIPATION A LA PDSA

## Le caractère volontaire de l'inscription au calendrier

L'article R 6315-2 du code de la santé publique prévoit que « *dans chaque secteur un tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 qui **sont volontaires pour participer à cette permanence** ou par les associations qu'ils constituent à cet effet.* »

Une instruction ministérielle du 25 octobre 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du décret no 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public, pour les médecins salariés des centres de santé participant à la permanence des soins ambulatoires, vient nous éclairer sur le protocole à respecter.

En effet, l'article 6 relatif à l'engagement du médecin prévoit que « le médecin **s'engage à respecter les tableaux mensuels** de garde auxquels il s'est inscrit auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins, ainsi que les dispositions du cahier des charges régional de PDSA fixé par l'ARS ..... »

## Obligation du médecin

De manière générale, il est indiqué à l'article R4127-77 du code de la santé publique qu' « *il est du **devoir du médecin de participer à la permanence des soins** dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent.* »

Il existe donc bien un obligation pour le médecin et notamment pour le médecin salarié en centre de santé de participer à la PDSA (l'article R 6315-1 en son alinéa 3 de code de la santé publique).

## EN CAS D'INSUFFISANCE DE MÉDECINS VOLONTAIRES

En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins et après avis des acteurs et instances concernés, le directeur général de l'ARS « communique au représentant de l'État dans le département (prefet) les informations permettant à celui-ci de **procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires** » (article L 6314-2 du code de la santé publique).

## EN CAS DE NON DISPONIBILITÉ DU MÉDECIN INSCRIT SUR LE CALENDRIER

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.

## LES CAS D'EXEMPTION DE LA PARTICIPATION À LA PDSA

En tout état de cause, il est possible de se faire exempter de garde à certaines conditions selon l'article R6315-4 du code de la santé publique :

*« Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins.*

*La liste des médecins exemptés est transmise au préfet par le conseil départemental avec le tableau de permanence prévu à l'article R. 6315-2. »*

# LA RÉMUNÉRATION DE LA PDSA ENCADRÉE PAR UNE CONVENTION



Dans le cadre de la PDSA pratiquée par le centre de santé, il est nécessaire de mettre en place préalablement une convention entre l'ARS, la caisse d'assurance maladie, le centre de santé et le médecin qui fixe les modalités de paiement de la PDSA du médecin salarié conformément à l'article L 311-1 CSS.

Une convention type est annexée à l'instruction ministérielle du 25 octobre 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du décret du 30 décembre 2015 afin d'aider les centres de santé à la rédiger. Il convient de faire une convention par médecin salarié.

Néanmoins, si le médecin salarié souhaite directement facturer leurs actes qu'il effectue dans le cadre de la PDSA cela implique une déclaration du médecin sous le statut libéral.(lettre de réseau de la caisse de l'assurance-maladie de 2012 LR/DDGOS/81/2012).

# Le contenu de la convention

## L'objectif de la convention

La convention est là pour encadrer le paiement de l'activité de la PDSA. En effet, le médecin salarié fait la PDSA au nom du centre de santé, via son numéro FINESS. L'ARS reverse donc l'indemnité au centre de santé.

Le centre de santé garantit que le médecin est assuré à titre personnel en responsabilité civile professionnelle pour son activité durant la PDSA.

## Les obligations du médecin

Le médecin a trois principales obligations à respecter :

- Il s'engage à **respecter les tableaux mensuels de gardes** auxquels il s'est inscrit ainsi que le cahier des charges régional de PDSA fixé par l'ARS et les modalités relatives à la permanence des soins ambulatoires (l'article R 6315-1 et S).
- Il s'engage à **fournir les documents attestant de sa couverture par l'assurance** civile professionnelle sur ses activités de permanence des soins ambulatoires.
- Il s'engage à **fournir tous les documents attestant de sa participation au dispositif** à l'ARS et / ou à la caisse primaire d'Assurance-Maladie.

# LA FACTURATION DES ACTES ET LA MAJORATION

La facturation et la majoration d'actes spécifiques à la PDSA sont faites dans les conditions habituelles à l'Assurance-Maladie .

## Procédure avant la réception du paiement des forfaits par le centre

L'ARS doit vérifier la conformité des tableaux de garde au cahier des charges régional de la PDSA, avant de la transmettre à la CPAM pour le paiement des forfaits.

Enfin, le centre de santé procède au versement de la rémunération nette au médecin et à la déclaration des cotisations et contributions sociales. La déclaration et le versement des cotisations sont exigibles le mois suivant la période de travail. (l'article R 243-6 du Code de la sécurité sociale)

La caisse d'Assurance-Maladie met à disposition de l'ARS un état récapitulatif des paiements effectués trimestriellement.

# CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN

## Les modalités de paiement

---

Le centre de santé doit remettre au médecin une feuille de salaire pour la PDSA indépendante de la fiche de salaire remise dans le cadre du contrat de travail qui lie le médecin et le centre de santé.

Le centre de santé assure le versement au médecin du montant de la rémunération nette (sans charges patronales et salariales) associée à la participation de la PDSA selon un rythme trimestrielle. Il est possible de changer le rythme selon la fréquence des gardes.

La PDSA étant une mission de service public gérée par l'ARS c'est une activité autonome.

Il n'est pas à la charge du centre de santé de supporter la mise en place de la PDSA sur le territoire où il se trouve. Il va donc de soit qu'il ne doit pas de congés payés à son médecin salarié ni d'indemnités supplémentaires à celles qui sont prévues par l'ARS et la CPAM.

## Les modalités concernant les charges du salaire

---

La PDSA est assujettie aux cotisations et aux contributions de la sécurité sociale.

Lorsque la participation à la mission de service public constitue pour le médecin le prolongement de son activité salariée, l'employeur (centre de santé) peut verser la rémunération à la demande du médecin. L'employeur effectue un précompte des cotisations et contributions, c'est-à-dire qu'il va prélever sur le salaire du médecin les cotisations sociales dont celui-ci est redevable.



## DURÉE

---

La convention s'applique à partir de la signature de celle-ci. La durée d'existence est choisie par les parties.

La date de fin de la convention est souvent calquée au même jour de la fin du contrat de travail entre le médecin et le centre de santé.

## MODIFICATION OU RÉSILIATION DE LA CONVENTION

---

Si le cahier des charges de l'ARS est modifié, cela entraînera par conséquent une modification immédiate de la convention.

Dans le cas où l'une des parties veut mettre un terme à la convention, elle devra en informer par LRAR en respectant un **délai de préavis de 2 mois** qui peut être modifié par un accord commun.

Sauf en cas de non-respect de la période de préavis, les parties ne pourront prétendre à aucune indemnité du fait de la rupture contractuelle.

En cas de difficultés dans l'exécution de la convention ou de modification ou résiliation de cette dernière, le centre de santé et le médecin doivent en informer immédiatement l'ARS et la CPAM.

En cas de litige concernant cette convention, ce sera le tribunal administratif compétent territorialement qui statuera. (la compétence se définit là où se trouve le siège de l'ARS).