

Permanence des soins en médecine ambulatoire

Les mouvements des généralistes de l'hiver 2001-2002 ont conduit le ministre de la Santé à mettre en place, en juillet 2002, un groupe de travail sous la présidence de Charles Descours, sénateur honoraire, sur la permanence des soins des médecins généralistes. Les travaux de ce groupe composé de représentants de l'ensemble des parties concernées (syndicats de médecins libéraux, représentants des médecins urgentistes, Conseil national de l'Ordre des médecins, caisses nationales d'assurance maladie, association d'usagers) ont abouti à rénover le dispositif de la permanence des soins de la médecine de ville. Sur la base du rapport remis au ministre en janvier 2003, deux décrets du 15 septembre 2003 ont organisé le nouveau dispositif de permanence des soins.

L'objectif de ce dispositif était double : le premier était de solliciter les médecins généralistes libéraux dans la prise en charge des demandes de soins non programmés afin qu'ils jouent leur rôle dans la prise en charge de premier recours aux soins et permettent aux services d'urgences de se concentrer davantage sur les urgences. Le second objectif était de mettre en place une véritable coordination de la permanence des soins au plan départemental en renforçant les complémentarités entre régulations libérale et hospitalière. En organisant et en clarifiant le dispositif de permanence des soins dans chaque département, les dispositions prises avaient pour but d'assurer une prise en charge plus adaptée des patients en tout point du territoire et de faciliter l'adhésion des médecins libéraux, et donc leur participation, à l'organisation mise en place.

La modification du corpus juridique relatif à la permanence des soins par l'article 67 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui donne compétence aux missions régionales de santé de faire des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins et la non-approbation du projet d'avenant n° 14 négocié entre les partenaires conventionnels à l'été 2004 ont conduit le ministre de la Santé à missionner le directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins pour rencontrer les acteurs de la permanence des soins et faire des propositions d'aménagement du dispositif.

Le résultat de discussions approfondies avec les représentants des médecins libéraux, des médecins urgentistes, de l'assurance maladie, du Conseil national de l'Ordre des médecins et de l'association SOS médecins a débouché sur un assouplissement des dispositions organisationnelles élaborées en 2003 effectué par le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005.

Tout en s'inscrivant dans la logique qui a conduit à l'élaboration des dispositions de 2003, ces nouvelles dispositions modifient les précédentes afin :

- d'améliorer les conditions d'organisation de la permanence des soins, pour favoriser la participation des médecins libéraux, des médecins de centres de santé et des associations de permanence, le recours aux réquisitions devant rester exceptionnel ;
- d'ouvrir la possibilité de moduler l'organisation de la permanence en fonction de l'importance des besoins de la population et des délais d'intervention constatés.

La nouvelle organisation de la permanence des soins s'appuie toujours sur la sectorisation du département arrêtée par le préfet, le tableau de permanence, la régulation des demandes de permanence de soins et le cahier des charges départemental fixant l'organisation du dispositif arrêté par le préfet. La participation des médecins continue de relever du volontariat. Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (Codamups) reste l'instance de concertation, d'élaboration et d'évaluation pour l'organisation de la permanence des soins et la sectorisation du département.

En outre, les nouvelles dispositions apportent :

- La possibilité de moduler les horaires nocturnes de la permanence (20h-8h) et la taille et le nombre des secteurs afin de mieux adapter l'organisation aux besoins de la population en matière de permanence des soins. La modulation des horaires nécessite la détermination, dans le cadre du cahier des charges départemental, des modalités de réponse pour prendre en charge les demandes pendant les heures non couvertes par les médecins généralistes.
- La reconnaissance des centres d'appels dans la gestion de l'accès au médecin de permanence, sous réserve de leur interconnexion avec le Samu et de la signature entre ces deux structures d'une convention approuvée par le préfet après avis du Codamups.
- La réaffirmation du rôle de médiation du conseil départemental de l'Ordre des médecins dans l'élaboration d'un tableau de permanence complet.
- L'enrichissement du cahier des charges départemental, notamment avec la détermination des conditions de recueil et du suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins, garantissant ainsi la qualité de l'organisation mise en place pour les usagers.
- La fixation des modalités d'élaboration par la mission régionale de santé des propositions en matière d'organisation de permanence des soins.

Laurence Lavy
Sous-direction
de l'Organisation
du système de
soins, direction de
l'Hospitalisation et
de l'Offre de soins




Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

Si l'élaboration du dispositif organisationnel relève de la compétence de l'État, la détermination des rémunérations s'inscrit dans le cadre conventionnel. Ainsi, suite à des négociations conventionnelles, l'avenant n° 4 à la convention médicale portant notamment sur la fixation de la rémunération des médecins libéraux régulant les appels relevant de la permanence des soins et de nouvelles astreintes pour les médecins volontaires a été signé le 22 avril dernier par les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux signataires de la convention médicale, puis agréé par le ministre de la Santé.

Cet avenant fixe la rémunération des médecins régulateurs libéraux à 60 euros de l'heure, le montant de l'astreinte à 150 euros pour 12 heures avec une possibilité de découper ce montant sur les tranches horaires nocturnes de 20 à 24 heures et de 24 à 8 heures. L'avenant conventionnel détermine également le montant

de sur majorations appliquées aux visites et consultations effectuées à la demande du médecin régulateur des appels de permanence des soins.

La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions a fait l'objet d'un point de situation en novembre 2005. À cette date, 98 départements ont arrêté leur sectorisation après avis du Codamups. Par ailleurs, 84 départements ont élaboré leur cahier des charges fixant l'organisation de la permanence des soins.

La mise en place d'une organisation de permanence des soins efficace constituant un enjeu pour la population en termes d'accès aux soins et pour les professionnels de santé en termes de conditions de travail, l'organisation arrêtée dans chaque département sera soumise à une évaluation annuelle du dispositif et devra en conséquence pouvoir faire l'objet de correctifs dans le cadre du cahier des charges départemental. 

Les maisons médicales de garde

Marie-Christine Keters
Direction des risques
maladie, Cnamts

Les maisons médicales de garde ont été mises en place pour offrir une réponse organisationnelle nouvelle à la demande de soins non programmée, exprimée hors des heures d'ouverture habituelle des cabinets de ville et ne relevant pas de l'aide médicale urgente.

Fonctionnant pour un grand nombre grâce aux subventions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville¹, elles se sont surtout développées depuis 2003 dans un cadre expérimental.

Leur émergence est la résultante de divers facteurs :

- la crise du secteur libéral avec en 2002 le recours des préfets aux réquisitions pour assurer les gardes aux heures de fermeture des cabinets de ville ;
- la recherche d'un meilleur confort d'exercice pour les médecins libéraux : besoin d'un environnement plus sécurisé en milieu urbain, demande d'un allègement des tours de garde dans les zones déficitaires en offre de soins ;
- la volonté des pouvoirs publics de recentrer l'activité, toujours en augmentation, des services d'urgences des hôpitaux sur des pathologies lourdes et de stabiliser, à défaut de réduire, le nombre de leurs entrées.

À ce jour, le décret du 17 avril 2005 permet aux maisons médicales de garde de s'insérer dans l'or-

ganisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire et à leurs acteurs, médecins, de bénéficier des rémunérations plus attractives mises en place par l'avenant n° 4 à la convention médicale. Leur véritable intégration dans le dispositif nécessite toutefois le consensus de l'ensemble des acteurs locaux et leur développement, l'adoption de solutions organisationnelles adaptées à la demande et répondant à la meilleure rationalité économique.

Les maisons médicales de garde : une réponse récente aux problématiques liées à la permanence des soins en médecine ambulatoire

Le développement récent des maisons médicales de garde

Il est difficile de connaître exactement le nombre des maisons médicales de garde actuellement en place, étant donné qu'elles ne bénéficient pas à ce jour d'un cadre juridique clairement établi.

Sont toutefois aisément identifiables les entités ayant obtenu des moyens de l'assurance maladie.

En effet, le Comité national de gestion du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville a accompagné dès 2002 les accords conventionnels sur la permanence des soins par la création d'une sous-enveloppe dédiée spécifiquement au financement, à titre expérimental, de maisons médicales de garde.

L'enquête de la Caisse nationale de l'assurance maladie a recensé, au 1^{er} mars 2004, 68 maisons médicales de garde en fonctionnement financées par ledit fonds, les deux tiers ayant ouvert en 2003.

Actuellement, plus d'une centaine de maisons médicales de garde, subventionnées par le Fonds d'aide à la

1. Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, créé en 1999, et jusqu'au 31 décembre 2007, a vocation à financer des actions concourant à l'amélioration de la qualité et à la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.