

**Charles DESCOURS**  
**Sénateur Honoraire**

**Rapport du**  
**groupe de travail opérationnel**  
**sur**

**LA PERMANENCE DES SOINS**

**Remis à Monsieur J.F. MATTEI,**  
**ministre de la santé le 22 janvier 2003**

**Charles DESCOURS**  
**Sénateur Honoraire**

**Monsieur le Ministre**

Vous m'avez confié, par lettre de mission du 12 juillet 2002, la responsabilité du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins.

J'ai le plaisir de vous remettre le rapport issu des travaux menés pendant plusieurs semaines avec les partenaires que vous aviez désignés pour conduire la réflexion et élaborer des propositions.

Les échanges qui ont eu lieu ont montré l'attachement des professionnels à trouver des solutions concertées pour organiser collectivement la permanence des soins.

Le soutien que vous avez apporté au groupe en donnant une base juridique de la permanence des soins par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et en lui consacrant une modalité financière spécifique, a permis une mobilisation concrète sur des objectifs à atteindre à court terme.

Les membres du groupe souhaiteraient que les propositions figurant dans ce rapport contribuent à l'élaboration du décret prévu par la loi de financement de la sécurité sociale et à l'organisation dans les départements d'un dispositif opérationnel.

**Charles DESCOURS**

# **RAPPORT RELATIF A LA PERMANENCE DES SOINS**

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées a confié au groupe de travail opérationnel, présidé par le Sénateur DESCOURS, la charge d'une réflexion sur la permanence des soins.

La mission du groupe de travail opérationnel est :

- d'une part, de définir la nature de la mission de permanence des soins (détachable ou non de l'exercice médical quotidien) et d'analyser les obligations déontologiques qui lui sont associées
- d'autre part, de définir des solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins.

Compte tenu de ces missions, le groupe a effectué une analyse des dispositifs existants afin :

- d'identifier précisément les motifs de recours à une médecine de proximité la nuit, les week-end et jours fériés ;
- d'établir l'éventail des possibilités pour répondre à ces demandes ;
- de définir les modes concrets de collaboration entre les médecins libéraux et les structures hospitalières, notamment les services d'urgences et les SMUR, dans la réponse à la permanence des soins, ainsi que les conditions dans lesquelles les médecins de ville doivent être associés à la régulation des appels de permanence des soins;
- d'étudier les modes de valorisation de cette activité pour les médecins libéraux participant au dispositif, notamment les modalités et le niveau de rémunération associés à cette mission d'intérêt public.

La situation des professionnels pharmaciens, odontologistes et paramédicaux, qui peuvent être concernés par la permanence des soins, ne sera pas abordée dans le rapport.

En préalable, il est essentiel de tenir compte de l'existant, de la diversité des acteurs sur le terrain et des modes d'organisation qui répondent souvent à des contraintes particulières ou à un contexte spécifique. Les solutions ne sont pas uniques, mais plurielles.

L'organisation de la permanence des soins se fait au niveau départemental. La structure de concertation associant l'ensemble des acteurs du système est un Comité départemental d'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU), qui doit être rénové.

Ces propositions sont formulées par les professionnels eux-mêmes. Mais, il est de la responsabilité des pouvoirs publics et des caisses d'assurance maladie de dégager les moyens et les financements nécessaires à la mise en œuvre de ces propositions, dans le cadre des moyens alloués par le Parlement.

Les moyens financiers pourront également faire l'objet d'un accompagnement des collectivités locales.

Les propositions formulées par les membres du groupe s'articulent autour de 3 axes qui constituent les piliers de la permanence des soins : la participation à la garde et le volontariat, la régulation et la sectorisation.

Les membres du groupe se sont attachés à définir en préalable la notion de permanence des soins.

Parallèlement, la DHOS présentera les conclusions d'un groupe de travail sur l'organisation des urgences dans les établissements hospitaliers.

## **1- Etat des lieux :**

### **1-1- La permanence des soins :**

#### **1-1-1- Le cadre juridique :**

L'article 77 du code de déontologie dispose actuellement que « dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le conseil départemental de l'Ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement, de ses conditions d'exercice. »

La garde est la réponse à tout moment à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie présentée par un patient sur un territoire donné et non la satisfaction de toute demande émanant d'un usager. La pratique a conduit de plus en plus le médecin de garde à se déplacer au domicile du patient, sans que cette modalité d'intervention ne constitue une obligation déontologique pour le médecin, ni toujours une nécessité médicale.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins joue alors un rôle d'animation et de coordination du dispositif.

Il lui appartient également d'examiner les demandes individuelles d'exemptions temporaires ou pérennes des médecins du service de garde.

#### **1-1-2- Les éléments de contexte (documents en annexe) :**

L'enquête menée par le ministère auprès des DDASS à l'automne 2002 a dressé un état des lieux des modalités d'organisation des médecins libéraux et des évolutions en cours dans chaque département. Cet inventaire fait ressortir des situations très disparates d'un département à l'autre.

La permanence des soins étant une préoccupation des médecins eux-mêmes, les organisations professionnelles, par exemple le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du Rhône et l'URMEL du Nord-Pas-de-Calais, ont interrogé les praticiens libéraux sur leur perception des difficultés et sur leur souhait quant à l'évolution de l'organisation de la permanence des soins. L'implication de certains médecins sur ce sujet a débouché sur des expériences de coopération, tels les maisons médicales de garde ou les centres de réception et de régulation des appels.

Ces expériences sont pour la plupart relativement récentes, puisqu'elles ont été mises en place au cours de l'année 2002. Elles ne permettent pas d'avoir un recul suffisant quant aux effets bénéfiques de leur fonctionnement.

Il conviendra donc d'évaluer ces dispositifs après une durée d'existence suffisante.

Par ailleurs, ces expériences sont avant tout des réponses adaptées à un contexte local et peuvent, ainsi, n'être pas reproductives dans d'autres départements.

Elles ne permettent pas d'avoir une analyse exhaustive de l'état des lieux.

Enfin, les éléments de tension déjà présents, mais qui vont s'accroître, sur la démographie médicale conduisent à sécuriser l'organisation de la permanence des soins.

## **2- Propositions :**

### **2-1- Définition de la permanence des soins :**

La notion de permanence des soins est un principe accepté par tous. Elle concerne l'ensemble des médecins, mais ce rapport s'adresse essentiellement à l'organisation des soins de ville en coordination avec la médecine hospitalière.

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant.

La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle.

L'organisation de la permanence des soins et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires.

La délimitation entre ces deux domaines étant difficile à établir a priori, ces deux organisations doivent être coordonnées et médicalement régulées. La permanence des soins doit être conçue comme un système en réseau.

La permanence des soins est une mission d'intérêt général.

Le cadre juridique actuel repose, notamment, sur l'article 77. Le mouvement des médecins libéraux depuis près d'un an pose la question des limites de sa mise en œuvre.

Ce cadre doit évoluer afin de reconnaître le caractère de mission d'intérêt général de la permanence des soins. Sur la base des propositions du groupe, cette notion d'intérêt général a fait l'objet d'un amendement déposé par le Gouvernement et voté dans le cadre des discussions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le texte de cet amendement est le suivant :

*« Article 40 - I.- Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :*

*« Chapitre V – Permanence des soins »*

*Art.L.6325-1 – Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L.162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat. »*

Ce dispositif législatif vise essentiellement les médecins en exercice libéral. Toutefois, les médecins des centres de santé sont aussi concernés dans le cadre du nouvel accord passé avec les caisses d'assurance-maladie qui prévoit l'alignement des centres sur le droit commun.

Les médecins hospitaliers dans le cadre de leur fonction doivent avoir une démarche identique et participer à la permanence des soins dans leur établissement.

Il y a eu débat au sein du groupe sur le rôle des différents partenaires dans la responsabilité et l'organisation de la permanence des soins.

Le cadre juridique ayant évolué parallèlement aux débats du groupe, les propositions tiennent compte de ces perspectives ouvertes par la loi.

## **2-2- La participation à la garde, le principe du volontariat et l'article 77 du code de déontologie médicale:**

C'est un des points qui a donné lieu aux discussions les plus approfondies- les positions des uns (les syndicats) et des autres (l'Ordre national des médecins) étant au départ diamétralement opposées.

Ce qui en résulte est forcément un compromis, où chacun a du faire un pas en direction de l'autre.

### **2-2-1- Principes généraux :**

La participation des médecins à la permanence des soins repose sur le principe du volontariat.

Toutefois, il est important pour la population que cette permanence des soins réponde aux principes de sécurité, de lisibilité, d'efficacité, d'accessibilité et de cohérence avec le reste de l'organisation sanitaire.

Ainsi, la mise en place d'une permanence des soins sur le principe du volontariat ne remet pas en cause l'application de l'article 47 du code de déontologie médicale, en application duquel le médecin qui refuse d'assurer la continuité des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, doit en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. Dès lors, le médecin qui n'est pas volontaire pour

remplir la mission de permanence des soins doit, au titre du principe de continuité des soins qu'il doit à sa patientèle, s'assurer que ses patients seront bien pris en charge dans le cadre de la permanence des soins.

Les modalités de cette organisation de la permanence des soins seront définies par le décret prévu dans l'article L.6325-1 du code de la santé publique. Ce décret sera discuté par le groupe avant d'être transmis au Conseil d'Etat.

Dans ces conditions, la réécriture de l'article 77 du code de déontologie médicale devra tenir compte des dispositions de ce décret.

A l'issue de ces modifications, le dispositif devrait aboutir à un nouvel ensemble législatif et réglementaire cohérent.

Cette permanence doit être effective sur tout le territoire, mais les modalités d'organisation peuvent être différentes d'un département à l'autre, tenant compte des éléments spécifiques comme la densité de la population, les caractéristiques géographiques, la démographie médicale, etc. L'effectivité de cette permanence des soins apparaît dans le tableau de garde de chaque secteur.

Pour répondre aux demandes de la population, une organisation collective de la permanence des soins sous la responsabilité de la profession est indispensable pour éviter les carences éventuelles liées au volontariat.

Cette organisation doit se faire localement, en concertation entre les syndicats médicaux représentatifs, l'Ordre des médecins et les Associations de gardes locales.

Il est souhaitable que les établissements de santé assurent leur organisation collective de la permanence des soins en application des différents textes législatifs et réglementaires les concernant, avec les moyens adéquats.

### **2-2-2- CODAMU :**

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires sera rénové pour devenir le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports Sanitaires et de la Permanence des Soins (cf 2-5). En effet, ce comité apparaît aux membres du groupe être l'instance la plus adaptée pour débattre et organiser au plan local la permanence des soins. Il a été conçu, notamment, comme un espace de dialogue où tous les acteurs doivent se rencontrer et régler ensemble les difficultés. Ses missions sont également modifiées, tirant la conséquence du principe du volontariat. Enfin, dans la logique de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, les « usagers » sont présents, car, faut-il le rappeler au bout du compte, c'est pour un meilleur accès à la permanence des soins des malades que ces réflexions sont conduites. Le CODAMUPS aura notamment pour mission d'émettre un avis sur le cahier des charges définissant l'organisation de la permanence des soins au niveau du département et auquel les médecins volontaires pour participer à cette permanence devront adhérer.

### **2-2-3- Le cahier des charges :**

Le sous-comité médical du CODAMUPS rénové élabore le cahier des charges départemental, en fonction d'un cahier des charges type annexé au décret précédemment mentionné.

L'organisation retenue au niveau départemental devra être conforme aux principes généraux qui seront définis dans le décret en conseil d'Etat mentionné à l'article L.6325-1 du code de la santé publique. Pour autant, l'organisation devra être adaptée aux spécificités locales. L'organisation pourra donc varier d'un secteur à un autre au sein d'un même département. A titre d'exemple, la mise en place d'une permanence des soins au sein d'une maison médicale de garde peut constituer une solution dans certains secteurs et ne pas répondre aux besoins ailleurs.

L'élaboration d'un cahier des charges départemental doit donc être précédé d'une part d'un état des lieux de l'offre de soins libérale en lien avec l'organisation hospitalière publique et privée et de d'autre part de l'évaluation des besoins de la population.

Le cahier des charges définit les moyens mis à disposition, et éventuellement les financements nécessaires.

Le cahier des charges tient compte des modes d'organisation des professions paramédicales susceptibles d'être concernées par la permanence médicale des soins.

Ce cahier des charges définit éventuellement la répartition des demandes de patients entre consultations et visites, les premières pouvant être prises en charge au niveau d'une maison médicale de garde, d'un cabinet médical...

Il fixe le cas échéant, les modalités d'organisation particulière en cas d'épidémie, de catastrophe et de toute variation importante de la demande de soins, notamment afflux saisonniers.

#### **2-2-4- Les médecins de garde :**

Le cahier des charges définit également les conditions dans lesquelles les associations de médecin d'urgence pourront participer à la permanence des soins. Les modalités de la participation de ces associations à la permanence des soins doivent être définies en concertation avec l'ensemble des acteurs au sein du CODAMUPS.

Par ailleurs, le CODAMUPS émettra un avis sur les gardes de spécialistes en médecine de ville mis en place dans le département. Ces gardes seront aussi soumises au cahier des charges, qui fixera notamment le niveau de recours aux médecins spécialistes. En effet, les médecins dans les spécialités qui sont fixées au niveau du CODAMUPS, pourront soit être de garde en premier recours dans les mêmes conditions que les médecins généralistes, soit être de garde en deuxième recours.

La permanence des soins a besoin de la participation des spécialistes quel que soit leur mode de participation. Mais, en tout état de cause, des gardes de spécialité de ville ne pourront être mises en place que lorsque le besoin est avéré et que l'offre le permet.

En cas d'indisponibilité du praticien, le remplaçant assume les engagements ou obligations pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins.

Les médecins d'un secteur établissent sur la base du volontariat une liste de médecins de garde. Cette liste est transmise au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, qui la valide et la transmet au CODAMUPS, Centre 15, organismes d'assurance-maladie et autres instances concernées.

### **2-2-5- Les établissements privés :**

Le fonctionnement des établissements privés d'hospitalisation contraint ceux-ci à mettre en place un tableau de garde afin d'assurer une permanence des soins, alors même que ces établissements ne sont pas le siège d'un service d'accueil des urgences.

Le groupe estime que dans ces cas, il appartiendrait au CODAMUPS de lister les structures et les spécialités concernées dans le département et de valider la nécessité de ces permanences de soins au regard des besoins locaux. Les médecins libéraux de l'établissement de santé privé, dont les permanences de soins sont validées, établiront le tour de gardes des spécialités concernées par la permanence des soins, qui sera transmis par le directeur de l'établissement et sous sa responsabilité au CODAMUPS et à la régulation médicale à titre d'information.

### **2-2-6- Garanties de l'organisation de la permanence des soins :**

En l'absence de volontariat, il est nécessaire de définir l'autorité compétente qui aura la charge d'organiser la permanence des soins, cette charge revenant déontologiquement au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

Le CODAMUPS devra constater l'absence de volontaires sur un ou plusieurs secteurs du département. Le conseil départemental de l'Ordre, en lien avec les organisations professionnelles, aura en charge de trouver des solutions pour résoudre ces difficultés.

Toutefois, lorsque de difficultés répétées de mise en place d'une garde dans un département se présentent, au groupe de travail opérationnel pérennisé, saisi par le CODAMUPS ou le préfet d'évaluer le problème et de proposer des solutions.

Le CDOM, instance collégiale départementale devra également traiter la question des exemptions accordées ou de la non-participation à cette permanence pour certains médecins, que ce soit en ville ou à l'hôpital.

En cas de carence d'une auto-organisation collective, les pouvoirs publics doivent assurer ce service à la population. Ainsi, en dernier recours, l'Etat conserve son droit de réquisition.

### **2-2-7- Le financement :**

La dimension d'intérêt général de cette mission a été soulignée, justifiant notamment des revendications pour un accompagnement financier pris en charge par l'assurance maladie et éventuellement un accompagnement par les collectivités locales.

### **2-2-8- Les rémunérations :**

Sur ce point, un amendement du gouvernement dans le cadre des discussions relatives au projet de loi de financement de la sécurité sociale a complété le dispositif par un volet financier et a modifié les dispositions du code de la sécurité sociale, comme suit :

*« Article 40 - II. – L'article L.162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 16° ainsi rédigé :*

*« 16° Les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins en application des dispositions prévues à l'article L.6325-1 du code de la santé publique. »*

Il appartient donc aux caisses d'assurance-maladie et aux représentants des organisations professionnelles de définir, dans le cadre de négociations conventionnelles, le niveau de rémunération. Les professionnels libéraux demandent que les modes de rémunération de la permanence des soins fassent l'objet d'un accord autonome et spécifique.

#### **2-2-9- Protection du praticien :**

L'activité de permanence des soins peut placer le praticien dans des situations de violences au travail et d'insécurité. Les préconisations émises par Messieurs COSTARGENT et VERNEREY dans le cadre d'un rapport d'octobre 2001 méritent d'être relayées pour assurer la protection des praticiens (cf extrait en annexe du présent rapport).

Par ailleurs, les discussions dans le cadre du groupe de travail ont porté sur le point de la couverture assurantielle du praticien dans l'exercice de ces activités de permanence de soins et de régulation. Il ressort des échanges avec les assurances spécialisées que, pour le moment, ces activités faisant partie de l'exercice normal de l'activité de médecin, aucune augmentation de prime ne devrait suivre l'application des dispositions sur la permanence des soins.

#### **2-3 - La régulation des demandes :**

La nouvelle organisation de la permanence des soins a pour objectif de répondre de manière sûre et efficace, en les filtrant aux demandes de soins non programmés, pour réorienter les demandes dont les réponses peuvent être apportées par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée, et ainsi ne répondre qu'aux demandes ayant un certain caractère d'urgence. Un des effets est de diminuer les actes, notamment les visites comme réponse aux demandes de soins non programmés.

##### **2-3-1- Principe et organisation :**

La régulation des demandes de soins non programmées constitue donc un élément essentiel de bon fonctionnement du dispositif.

Cette régulation doit être unique et en rapport avec les réponses proposées dans chaque secteur. Elle doit être prise en charge avec la participation des médecins libéraux.

La centralisation par un numéro unique d'appel, le 15, est la solution à privilégier. Toutefois, au sein du groupe, certains souhaitent une régulation libérale autonome avec un numéro d'appel spécifique et distinct du 15 ; dans cette hypothèse, les deux centres de régulation doivent être interconnectés.

Le centre de régulation au sein duquel les régulateurs libéraux et hospitaliers travaillent ensemble est situé dans l'établissement de santé, siège du Centre 15. Les modalités de collaboration doivent faire l'objet d'une convention garantissant aux praticiens hospitaliers et aux permanenciers hospitaliers le maintien de leur statut, aux praticiens libéraux le respect de leur autonomie et pour la structure des règles de fonctionnement clairement définies.

Le groupe recommande des organisations souples et adaptées au contexte local.

Dans ce contexte, plusieurs solutions sont possibles pour une participation des généralistes à la régulation médicale :

- les généralistes choisissent de participer directement au fonctionnement du Centre 15 avec le statut de médecins hospitaliers ou en conservant leur statut libéral. Il convient alors de définir les conditions de leur exercice et de leur rémunération (incitative) ; une convention-cadre nationale, établie en concertation avec les syndicats représentatifs de généralistes devra poser les principes des conventions qui seront à établir dans chacun des départements concernés ;
- les généralistes optent pour une organisation plus autonome leur permettant, au sein du Centre 15, de recevoir leurs appels, soit directement du public sur un numéro spécifique, soit par la bascule d'un appel reçu au Centre 15. Les permanenciers agissant au sein du Centre 15 appartiennent à une équipe unique de permanenciers de statut hospitalier. Une convention-cadre nationale, établie en concertation avec les syndicats représentatifs de généralistes, pose les principes des conventions qui seront à établir dans chacun des départements concernés.
- Si les médecins décident de ne pas participer à la régulation médicale centralisée, des procédures écrites doivent définir les modalités de la relation entre le Centre 15 et les généralistes participant à l'urgence.

En tout état de cause, il convient de fiabiliser, d'améliorer et de sécuriser les conditions de travail des médecins de garde et la réponse aux demandes de la population par :

- une centralisation des appels de permanence des soins ;
- une régulation des appels, qui doit être organisée avec la participation des médecins libéraux eux-mêmes ;
- une procédure formalisée entre les secteurs de permanence des soins et la régulation pour garantir la fiabilité de la réponse locale et la bonne orientation à partir de la régulation.

### **2-3-2- Identification du dispositif :**

Quelles que soient des modalités organisationnelles retenues par les professionnels pour organiser la régulation, il est indispensable que le système soit facilement compréhensible pour la population. L'ensemble de la commission, et notamment les représentants des usagers, préconise dans un souci de simplicité d'identification et d'entrée dans le système que le dispositif soit organisé autour d'un numéro unique (le 15). Ce dispositif serait garant d'une homogénéité nationale. La perspective de l'application de la réglementation européenne au travers du 112 va d'ailleurs à l'encontre d'une multiplication des numéros d'urgence.

En tout état de cause, dans les cas de système de régulation distincts, l'interconnexion entre la régulation médicale libérale et le Centre 15 doit faciliter l'entrée du patient dans le dispositif, y compris lorsque ce dernier ne connaît pas les modalités de fonctionnement du système ; le Centre 15 devant pouvoir basculer l'appel sur la régulation médicale libérale selon la nature de l'appel et réciproquement.

### **2-3-3- Modalités pratiques :**

#### **- Le financement :**

Si les modalités d'organisation peuvent dépendre d'accords départementaux tenant compte des particularités socio-géographiques locales, pour autant, les modalités de financement doivent être prévues dans un cadre national.

- **Les rémunérations :**

Le groupe souligne que la régulation médicale en Centre 15 quelles que soient les modalités d'organisation, est un acte médical à part entière qui doit être rémunéré tant en exercice libéral et en exercice salarié. La rémunération de l'activité de régulation ainsi définie doit être proche quel que soit le statut du médecin (salarié ou libéral) compte tenu des charges sociales et fiscales spécifiques à chaque statut.

- **La formation :**

Le médecin régulateur libéral doit être formé afin de remplir cette mission.

- **Les Permanenciers auxiliaires de Régulation Médicale :**

Les moyens techniques et humains dédiés à la régulation médicale doivent être mis à niveau pour répondre aux besoins de cette centralisation des appels.

Le statut et la formation des permanenciers doivent, notamment, être améliorés dans le cadre d'un programme d'action à définir et à mettre en œuvre rapidement. En effet, les permanenciers, en tant que premiers écoutants, constituent un élément indispensable au bon fonctionnement d'une régulation médicale. Il convient donc de réfléchir au niveau national à une formation pour l'ensemble des permanenciers.

- **Responsabilité :**

La responsabilité de la régulation peut être confiée à une structure spécifique. Cette personne morale devra souscrire un contrat type responsabilité civile exploitation qui couvre les risques découlant d'une organisation défaillante ou d'un appel non traité. L'acte de régulation comportant à la fois du conseil et de l'orientation qui relèvent de l'exercice médical, les médecins libéraux sont couverts par leur responsabilité civile dans le cadre de leur contrat habituel d'assurance.

- **Le cahier des charges :**

Les principes exposés ci-dessus constituent la base pour obtenir une régulation efficace, élément clé pour une meilleure opérationnalité du dispositif de permanence des soins.

Le cahier des charges élaboré au niveau départemental et ayant reçu l'avis du CODAMUPS doit comporter un volet fixant les modalités d'organisation de la régulation, telles les heures de régulation, les relations entre la régulation et les secteurs, la possibilité de recourir à un spécialiste pour avis. Les médecins souhaitant participer à cette régulation devront adhérer au cahier des charges.

Les médecins exerçant dans le cadre d'associations de médecine d'urgence peuvent participer à la régulation dans les mêmes conditions qu'un médecin libéral n'exerçant pas dans ce type de structure.

Les associations de médecine d'urgence peuvent également participer à cette régulation en adhérant au cahier des charges.

## **2-4- La sectorisation :**

La permanence des soins est organisée dans le cadre départemental. Le département est divisé en secteurs sur le principe de l'organisation des soins définis par la loi (article L.6325-1 du code de la santé publique) et le règlement.

La sectorisation fait l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs : le conseil de l'ordre, les syndicats représentatifs de médecins, les associations professionnelles de médecine d'urgence, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, les caisses primaires d'assurance-maladie et les collectivités territoriales, hôpitaux, cliniques, ambulanciers, pompiers, pharmaciens, paramédicaux.

Les secteurs sont arrêtés par le représentant de l'Etat, après avis du CODAMUPS et sur proposition du sous-comité médical du CODAMUPS rénové et après consultations du Conseil de l'Ordre des Médecins, des syndicats et/ou des associations professionnelles.

La taille du secteur (infradépartemental) doit permettre un exercice normal pour l'activité du médecin (en tenant compte de critères tels la distance, la densité des médecins et de la population, les volume d'actes). Ce territoire choisi doit permettre une réponse rapide et adaptée. En tout état de cause, le maillage du territoire doit être le plus efficient pour une réponse adaptée.

L'organisation des médecins sur ces secteurs doit s'adapter aux situations locales tenant compte du nombre de médecins, de la taille du secteur, de la présence ou non de maison médicale de garde ou d'autres modalités de fonctionnement.

Le développement des maisons de garde peut effectivement répondre à certaines attentes de la population tout en sécurisant l'exercice par les professionnels, mais elles ne peuvent être la seule réponse au sein d'un territoire.

Par ailleurs, le développement de ce type de structure soulève le problème des transports du patient vers celle-ci. Des solutions peuvent, certes, être trouvées localement en relation avec les collectivités territoriales. Toutefois, il convient que le ministère de la santé se saisisse de ce sujet et organise une réflexion sur les modalités d'accès des malades aux consultations.

La territorialisation des départements en secteurs et les modes d'organisation des médecins doivent pouvoir être identifiés par la population afin d'encourager à un meilleur accès aux soins en limitant à la fois le déplacement des médecins et les recours abusifs.

Des moyens financiers spécifiques doivent être prévus pour permettre cette organisation, notamment avec les collectivités locales.

## **2-5- Le CODAMUPS :**

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires (CODAMU) sera modifié dans ses missions et dans sa composition pour intégrer dans ses compétences le volet « permanence des soins ». Il deviendra ainsi le CODAMUPS, Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des transports sanitaires et de la Permanence des Soins.

Le sous-comité médical sera réformé et prendra en charge la permanence des soins. Il aura pour mission d'évaluer les besoins et de valider les modes d'organisation proposés par chaque groupe d'acteur (libéraux, hôpitaux, cliniques). Il élaborera le cahier des charges précédemment mentionné. Il évaluera régulièrement l'organisation de la permanence des soins et proposera des modifications éventuelles.

Conformément aux dispositions du décret n°87-964 du 30 novembre 1987 qui figure en annexe, le CODAMU est présidé par le préfet ou son représentant et comprend notamment des représentants des régimes obligatoires d'assurance-maladie, un représentant du conseil

départemental de l'ordre des médecins, un médecin responsable du SAMU et un médecin responsable de moyens de secours et de soins d'urgence du département.

La composition du CODAMUPS sera élargie à l'ensemble des syndicats de médecins libéraux et des médecins hospitaliers urgentistes, l'ensemble des associations en charge de l'urgence et de la permanence des soins, ainsi que le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Par ailleurs, le CODAMUPS sera ouvert à un représentant des usagers.

Le CODAMUPS se réunira deux fois par an et pourra être réuni à la demande de la moitié de ses membres.

Le sous-comité médical devra se réunir au minimum deux fois par an pour examiner les questions relatives à la permanence des soins et préparer les travaux nécessaires pour le CODAMUPS.

## **2-6-- L'utilisateur et la permanence des soins :**

La permanence des soins étant une modalité de réponse à une demande d'un usager, il est essentiel que celui-ci soit aussi associé à la réorganisation de la permanence des soins.

Par ailleurs, il convient que l'utilisateur soit responsabilisé dans son utilisation de la permanence des soins. En effet, depuis quelques années, les professionnels de santé ont pu constater des dérives dans les demandes formulées par certains patients, quel que soit le cadre libéral ou hospitalier.

Une campagne de communication au niveau national devra rappeler aux usagers les motifs de recours à la permanence des soins.

Dans un souci de lisibilité, il est, par ailleurs, souhaitable que l'organisation mise en place au niveau départemental fasse l'objet d'une communication et régulièrement renouvelée. Face à la complexité du système tout doit être mis en œuvre pour associer les usagers.

## **Conclusion :**

Ce rapport constitue une base dans l'organisation de la permanence des soins des médecins d'exercice libéral. Les membres du groupe sont conscients que cette problématique est beaucoup plus globale et que certains points n'ont pu être appréhendés. En effet, la permanence des soins concerne d'autres acteurs, au rang desquels il est possible de citer les chirurgiens-dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers, les pharmaciens....

Par ailleurs, certains membres du groupe souhaitent que les liens entre les établissements de santé et la médecine de ville soient approfondis pour garantir une meilleure réponse apportée aux patients.

Parallèlement à la réflexion du groupe, le vote de l'amendement au Sénat a ouvert la voie législative pour donner une base au dispositif de permanence des soins de ville.

Le décret en Conseil d'Etat fixant les conditions dans lesquels les médecins participent à la permanence des soins et les modalités d'organisation de cette permanence sera préparé en concertation avec les membres du groupe de travail opérationnel.

En tout état de cause, la mise en place de la nouvelle organisation de la permanence de soins devra faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation, qui nécessitera une prolongation du mandat du groupe de travail sous une forme à définir. Au cours de cette prolongation, le groupe pourra préciser les points qui peuvent faire l'objet d'approfondissement.

**Propositions formulées par les membres du groupe pour mettre en place une nouvelle organisation de permanence des soins :**

- L'organisation de la permanence des soins répond aux principes suivants :
  - la participation des médecins repose sur le volontariat,
  - en l'absence de volontaires, des niveaux de concertation et de dialogue sont mis en place,
  - en cas de carence, cette mission incombe au Conseil départemental de l'ordre des médecins.
- Un cahier des charges définit au niveau du département l'organisation retenue de la permanence des soins et spécifique à ce département. Ce cahier des charges est élaboré dans une instance (sous-comité médical du CODAMUPDS) composée de représentants des médecins concernés par la permanence des soins.
- Le CODAMUPS est rénové dans sa composition et dans ses missions pour prendre en charge l'organisation de la permanence des soins.
- L'organisation de la permanence des soins a lieu dans le cadre du département, grâce à la mise en place d'une sectorisation qui garantit une réponse rapide et adaptée.
- Une régulation médicale centralisée des demandes de soins non programmés est mise en place. Si cette régulation est autonome par rapport au Centre 15, les deux régulations sont alors interconnectées.
- Les usagers deviennent des acteurs de la permanence des soins. Des campagnes de communication au niveau national et au niveau départemental les informeront sur l'utilisation du dispositif de permanence des soins et sur l'organisation retenue dans le département.

# **Annexes**

**1- Liste des membres du groupe**

**2- Liste des personnes auditionnées**

**3- Contributions des organismes auditionnés**

**3-1- SOS Médecins**

**3-2- APSUM 01**

**3-3- SNPF**

**3-4- AGHL**

**3-5- RNOGCS**

**3-6- ADUHP**

**3-7- FHP**

**4- Courrier du Sou médical**

**5- Synthèses d'expériences locales**

**5-1- CRRAL d'Arras**

**5-2-NORAMU de Roubaix**

**6- Enquêtes relatives à la permanence des soins**

**6-1- URMEL du Nord-Pas-de-Calais**

**6-2- CDOM du Rhône**

**7- Tableau comparatif des systèmes de permanence des soins dans les pays de l'Union Européenne**

**8- Extraits du Rapport Costargent-Vernerey**

**9- Extrait du rapport du CNEH relatif aux maisons médicales de garde**

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

## **LISTES DES PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL**

**Président :** Monsieur le Sénateur honoraire Charles DESCOURS

**Ordre des médecins :** Monsieur le Docteur Jean-Marie COLSON

**Syndicats médicaux représentatifs des médecins de ville :**

- **CSMF-UNOF :** Monsieur le Docteur Bernard ROUGIER

- **CSMF-UMESPE :** Monsieur le Docteur Jean-Paul ORTIZ

- **SML :** Monsieur le Docteur Dinorino CABRERA

- **MG-France :** Monsieur le Docteur Pierre COSTES

**Suppléants :** Messieurs les Docteurs Claude LEICHER et François MICHEL

- **FMF :** Monsieur le Docteur Yves RIGAL

- **UCCSF-Alliance :** Monsieur le Docteur Abraham SABBAAH

**Suppléants :** Messieurs les Docteurs Pierre MAURICE, Jean-Gabriel BRUN et GATELMAND

**Syndicats médicaux représentatifs de l'urgence hospitalière :**

- **AMUHF :** Monsieur le Docteur Patrick PELLOUX

- **SUH :** Monsieur le Docteur Bruno MANGOLA

- **SAMU de France :** Monsieur le Docteur Marc GIROUD

**Etat :**

- **DHOS :** Monsieur Edouard COUTY et Mesdames Huguette MAUSS et Laurence LAVY

- **DSS :** Mesdames Annelore COURY et Carole MERLE

**Assurance Maladie :**

- **CNAMTS :** Mesdames Sylvie LEPEU, le Docteur Yvette RACT et Pierrette GALLI-DOUANI

- **CANAM :** Madame Brigitte HEULS-BERNIN

- **CCMSA :** Monsieur Alain CORVEZ

**Usagers :**

- **Collectif Interassociatif sur la Santé :** Monsieur Nicolas BRUN

## **LISTE DES ORGANISMES ET PERSONNES AUDITIONNES**

- **Séance n°2 du 6 septembre 2002 :**
  - Docteur BASTIAN, Président de SOS Médecins
  
- **Séance n°3 du 18 septembre 2002 :**
  - Docteur BUCHER, représentant l'APSUM 01 (Association des permanences de soins et d'urgences médicales de l'Ain)
  - Docteur RUBEL, représentant le SPNF (Syndicat national des pédiatres français)
  
- **Séance n°4 du 1<sup>er</sup> octobre 2002 :**
  - Docteur Moreau, représentant la FHF (Fédération Hospitalière de France)
  - Docteur HERAULT, Président, Docteur CESBRON, Secrétaire, et Docteur DUBOIS , Vice-Président de l'AGHL (Association des Généralistes des Hôpitaux Locaux)
  
- **Séance n°5 du 22 octobre 2002 :**
  - Monsieur CANIARD et Madame MILLET, représentant le RNOGCS (Regroupement National des Organismes Gérants des Centres de Santé )
  - Monsieur DUBOUIS, Professeur de droit à l'université Aix-Marseille (Exposé sur la responsabilité du médecin dans le cadre d'une activité de permanence des soins, notamment de la régulation).
  
- **Séance n°6 du 5 novembre 2002 :**
  - Docteur DESPLATS, Président, Docteur FRIBOURG, Secrétaire, et Docteur MEZARD, Vice-président de l'ADUHP (Association des Urgentistes libéraux de l'Hospitalisation Privée)
  - Monsieur COULOMB et Madame DAUREL, représentants la FHP (Fédération Hospitalière Privée)
  
- **Séance n°7 du 21 novembre 2002 :** les Directeurs d'ARH  

Madame PODEUR (Bretagne), Monsieur PERICARD (Pays-de-la-Loire) et Monsieur GARCIA (Aquitaine)