

Lettre du 12 avril 2005 relative à la mise en oeuvre du nouveau dispositif de permanence des soins

12/04/2005

Description du nouveau dispositif ;

Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) publié au JO du 8 avril 2005.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie à Mesdames et Messieurs les préfets de département.

Conformément au décret du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, vous êtes l'autorité compétente pour arrêter le dispositif de permanence des soins et la sectorisation.

Au regard des nouvelles dispositions apportées par le décret suscité, nous souhaitons que vous arrêtiez ou modifiez le cahier des charges départemental :

1. Vous effectuerez d'ici au 30 mai 2005 une première élaboration ou modification du cahier des charges, sur la sectorisation et l'organisation générale de la permanence des soins, sur la base du cahier des charges type du 12 décembre 2003.

A cette fin vous réunirez d'ici fin avril le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).

Dans les départements dans lesquels une sectorisation est mise en place et qui disposent d'une organisation déterminée dans un cahier des charges départemental, nous souhaitons que vous évaluez dès à présent l'ensemble du dispositif en lien avec le CODAMUPS, conformément aux dispositions du décret du 15 septembre 2003, afin d'envisager les éventuels aménagements.

Vous prévoyez ou modifierez, en concertation notamment avec les représentants des médecins libéraux, la sectorisation de votre département en adaptant le nombre de secteurs en fonction des besoins de soins et de la démographie médicale.

Cette sectorisation peut être distincte en première et seconde partie de nuit ou selon les saisons. Notre objectif est d'obtenir une mutualisation des secteurs après minuit, d'environ un secteur sur deux en moyenne nationale, dès lors que cette nouvelle organisation garantisse une permanence des soins en tout point du territoire, à tout moment de la journée et de la nuit.

La taille et la définition des secteurs devront être élaborées au regard de l'activité constatée, de l'implantation médicale et des délais d'intervention sur ce territoire. Quelle que soit l'organisation retenue, il importe de garantir une réponse adaptée à toute demande de soins émanant de la population.

L'accès aux soins doit être organisé dans cette perspective avec l'ensemble des acteurs sanitaires, et notamment les établissements de santé.

Les représentants des établissements de santé, du SAMU et des syndicats d'urgentistes seront étroitement associés à l'ensemble de ces travaux.

Pour le 30 mai au plus tard, vous adresserez pour information à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins un exemplaire signé du cahier des charges.

2. Dans un deuxième temps, vous pourrez compléter votre cahier des charges départemental après modification du cahier des charges type qui vous sera communiqué dans le courant du mois de mai.

Les modifications porteront pour l'essentiel sur les modalités de suivi et d'évaluation du fonctionnement de la permanence des soins.

Vous pourrez alors préciser :

Les conditions de recueil et de suivi des incidents relatifs au fonctionnement de la permanence des soins, dont l'analyse est destinée à améliorer l'organisation du dispositif ;

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/lettre-du-12-avril-2005-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-nouveau-dispositif-de-permanence-des-soins/>

Les modalités d'information de la population, ainsi que des professionnels de santé, sur l'organisation de la permanence des soins et surtout celle de la régulation de l'accès au médecin de permanence ;

Le renforcement du dispositif de permanence des soins en cas d'épidémies saisonnières (grippe, bronchiolite...), sur lequel nous souhaitons que vous invitiez les membres des CODAMUPS à réfléchir dès à présent. Les CODAMUPS, en lien avec les travaux effectués à l'échelon régional, pourraient travailler à la construction d'indicateurs permettant de donner l'alerte et à l'organisation d'un dispositif pour répondre de manière coordonnée.

La réussite du dispositif passe par une mobilisation des professionnels concernés. Cette mobilisation ne sera possible qu'avec leur participation effective à l'élaboration et au suivi du dispositif. A cette fin vous veillerez à réunir régulièrement le CODAMUPS et son sous-comité médical pour maintenir le dialogue et la concertation entre les différents acteurs de la permanence des soins.

Ce dialogue et l'adaptation de l'organisation qui doit en résulter doivent permettre de limiter le recours aux réquisitions.

Afin de faciliter la concertation locale, nous avons invité les signataires de la convention médicale du 12 janvier dernier à aboutir rapidement sur les négociations de l'avenant qui permettrait de revaloriser et donc, de rendre plus attractives les permanences et d'offrir des possibilités de modulation de ces éléments de rémunération en fonction des horaires.

Nos services sont à votre disposition pour vous apporter des précisions sur le nouveau dispositif de permanence des soins, qui vous est exposé en annexe. Toute difficulté dont vous auriez à connaître dans la mise en oeuvre du dispositif devra être communiquée à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, Philippe Douste-Blazy

Le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, Xavier Bertrand

PRÉSENTATION DU NOUVEAU DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS

Les nouvelles dispositions sont le résultat de discussions approfondies avec les représentants des médecins libéraux, des urgentistes publics, de l'assurance-maladie, du Conseil national de l'ordre des médecins et de l'association SOS Médecins, principal effecteur de la permanence des soins dans 70 villes.

Tout en s'inscrivant dans la logique qui a conduit à l'élaboration du décret du 15 septembre 2003, ces dispositions modifient celles de 2003 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.

I. - Le nouveau texte conserve les principes régissant le dispositif mis en place en 2003

Le dispositif organisationnel, défini par les articles R. 730 et suivants du code de la santé publique, repose toujours sur :

Une sectorisation du département :

Cette sectorisation garantit une réponse rapide et adaptée aux demandes de soins non programmés.

Arrêtée par le préfet après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du CODAMUPS, la sectorisation est déterminée en fonction de données géographiques et démographiques et en tenant compte de l'offre de soins existante. Elle est révisable annuellement.

La mise en place d'un tableau départemental de permanence :

La permanence est assurée par les médecins libéraux dans chaque secteur. Ainsi une liste des médecins de permanence est établie au sein d'un tableau, afin que tous les secteurs soient pourvus d'un médecin la nuit, les week-end et les jours fériés.

Ce tableau de permanence relève en premier lieu des professionnels eux-mêmes selon le principe du volontariat.

Lorsque le conseil départemental de l'ordre constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, une concertation entre le conseil de l'ordre et les représentants des médecins libéraux et des médecins des centres de santé doit permettre de compléter ce tableau.
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/lettre-du-12-avril-2005-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-nouveau-dispositif-de-permanence-des-soins/>

Enfin, en cas d'impossibilité de compléter ce tableau, le principe de réquisition par le préfet est maintenu.

Le CODAMUPS :

Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires est maintenu dans sa composition élargie, en septembre 2003, à l'ensemble des représentants des médecins libéraux, ainsi qu'aux représentants des usagers.

Ce comité reste donc l'instance de concertation, d'élaboration et d'évaluation pour l'organisation de la permanence des soins et la sectorisation du département.

La régulation médicale des appels :

Elle doit permettre de limiter à la situation des patients dont l'état le justifie l'intervention des médecins de garde et d'adapter le type d'intervention nécessaire. Cette régulation médicale centralisée des demandes de soins non programmés, préalable à l'accès au médecin de permanence, doit être organisée au niveau départemental ou interdépartemental en lien avec le SAMU.

Elle peut être effectuée par le centre 15 ou des centres autonomes d'appel comme SOS Médecins ou l'Association des services d'urgence médicale (ASUM). Elle doit en tout état de cause être intégrée au SAMU, distincte dans les locaux du SAMU, ou bien séparée du SAMU mais interconnectée avec ce dernier. Cette interconnexion permet de basculer immédiatement les appels vers le SAMU, lorsque ceux-ci relèvent de cas d'urgence.

L'élaboration d'un cahier des charges départemental :

L'organisation de la permanence des soins étant spécifique à chaque département, elle est adaptée au contexte local par un cahier des charges, établi actuellement sur la base du cahier des charges type fixé par l'arrêté du 12 décembre 2003. Ce cahier des charges, arrêté par le préfet après avis du CODAMUPS, prévoit :

- l'état des lieux ;
- la sectorisation ;
- les dispositions relatives à la régulation médicale ;
- les dispositions spécifiques telles la participation des associations de permanence des soins ;
- les moyens, le suivi et l'évaluation du dispositif, cette dernière devant permettre d'apporter les adaptations nécessaires compte tenu de l'évolution des besoins de soins non programmés et l'offre de soins.

Le dispositif de permanence des soins reste conçu de manière souple, afin de s'adapter à la situation de chaque département sur certaines périodes de l'année ou sur certaines plages horaires. L'organisation mise en place peut s'appuyer sur les associations de type SOS Médecins ou des maisons médicales.

II. - Les adaptations et clarifications apportées au dispositif de 2003

Ouverture explicite de la permanence des soins aux médecins des associations de permanence des soins qui n'exercent ni en cabinet, ni en centre de santé :

Ces associations pouvaient être inscrites au tableau de permanence, conformément aux dispositions de l'article R. 731, bien que les médecins les constituant ne pouvaient juridiquement assurer la permanence des soins. La modification de l'article R. 730 met ainsi en cohérence les dispositions juridiques à la réalité des faits dans de nombreux secteurs ;

La modulation des horaires nocturnes de la permanence (20 h 8 h)

L'objectif est de mieux adapter l'organisation aux besoins de la population en matière de permanence des soins et de déterminer les modalités de réponse prenant en charge les demandes dans le cadre du cahier des charges départemental.

La modulation de la taille et du nombre des secteurs en fonction des périodes de l'année, mais également en fonction des horaires :

Ces modifications doivent également permettre d'adapter l'organisation du dispositif aux fluctuations connues des besoins de la population.

La reconnaissance des centres d'appel dans la gestion de l'accès au médecin de permanence :

Ces centres d'appel doivent alors être interconnectés avec le SAMU. Par ailleurs, il est prévu que ces centres d'appel signent une convention avec l'établissement siège du SAMU pour déterminer les modalités d'interconnexion, de

collaboration et d'évaluation du dispositif mis en place entre le SAMU et ces centres. Cette convention est approuvée par le préfet après avis du CODAMUPS.

Le rôle de médiation du conseil départemental de l'ordre des médecins dans l'élaboration d'un tableau de permanence complet :

La rédaction initiale de l'article R. 733 a été l'objet d'interprétations contraires qui ont conduit parfois des conseils de l'ordre à inscrire d'office des médecins sur la tableau, en s'octroyant ainsi un quasi-pouvoir de réquisition. La nouvelle rédaction replace ainsi le conseil de l'ordre dans son rôle de médiation et de concertation. Par ailleurs, le conseil départemental de l'ordre des médecins doit désormais transmettre aux préfets un rapport explicitant les concertations qu'il a menées avec les représentants des médecins effectuant la permanence des soins, ainsi qu'avec les médecins du secteur concerné et son incapacité malgré ces démarches de compléter le tableau. Il doit également adresser aux préfets la liste des médecins exemptés.

L'enrichissement du cahier des charges départemental :

Le cahier des charges reste le document synthétisant les organisations mises en place dans chaque secteur et, désormais, selon les horaires. Le cahier des charges prévoit les modalités selon lesquelles sont prises en charge les demandes de soins l'organisation de la permanence des soins n'est pas assurée la nuit par des médecins libéraux. Il peut aussi prévoir les mutualisations des moyens de plusieurs secteurs. Par ailleurs, il doit déterminer les 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. Au regard des modifications apportées à l'article R. 735, l'arrêté du 12 décembre 2003 fixant le cahier des charges type va être modifié.

Les modalités d'élaboration par la mission régionale de santé (MRS) des propositions en matière d'organisation de permanence des soins :

Le nouvel article R. 736 prévoit que ces propositions devront recueillir, outre les avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants des médecins libéraux tels que prévu à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, les avis des unions régionales des médecins libéraux (URML) et des représentants des urgentistes, ainsi que ceux des associations de permanence des soins. Ces organismes disposeront d'un délai d'un mois pour transmettre leur avis. Les propositions de la MRS et les avis recueillis seront transmis au préfet, qui pourra sur cette base élaborer une nouvelle organisation de la permanence des soins. Cette participation de l'échelon régional devrait permettre de mieux articuler le volet financier et le dispositif organisationnel et de garantir la cohérence de la permanence des soins sur l'ensemble de la région.