



La permanence des soins dans les établissements privés

Le contexte

La mise en place de la permanence des soins en établissements privés date de plus de 10 ans. Elle remonte en effet au décret du 9 mai 1995 qui crée les différents services d'urgence : SAU, POSU et UPATOU, inscrits au SROS. Ce décret définit également les normes concernant les locaux, les médecins, le personnel, l'ouverture 24 heures sur 24. Enfin il précise l'obligation de disponibilité des médecins spécialistes de l'établissement.

La montée en puissance s'est faite ensuite progressivement et la circulaire du 7 avril 2003 a montré que le secteur privé jouait un rôle important puisqu'il assurait à lui seul 15 % des urgences hospitalières.

Les accords d'août 2004 ont permis pour la première fois la rémunération de certains praticiens libéraux participant aux urgences. Cette rémunération a été fixée à 228,68 € pour la garde sur place et à 150 € pour les astreintes.

Après 10 ans de fonctionnement, un nouveau décret du 22 mai 2006 regroupe les différents services de l'urgence sous une appellation unique : Structure d'Urgence (SU). Il introduit la notion de seuil d'activité et impose de nouvelles contraintes : registre informatisé des entrées, fiches d'événements indésirables. La PDS est donc à l'heure actuelle pleinement entrée dans l'ère de l'évaluation des pratiques et de la gestion des risques avec les contraintes que cela impose. Elle est maintenant reconnue mission de service public

Enfin, tout récemment l'avenant 23 de la convention nationale prévoit un bilan de la permanence des soins en ville et en établissements afin de mettre en place les évolutions nécessaires.

Les acteurs

➔ Le praticien

Il est évidemment l'acteur essentiel du système, qu'il s'agisse de la garde sur place ou de l'astreinte au domicile.

Les gardes sur place sont reconnues pour les réanimateurs dans les réanimations autorisées, les cardiologues dans les unités de soins intensifs de cardiologie(USIC), les gynécologues dans les maternités de plus de 1 500 accouchements.

Les astreintes sont reconnues, en règle générale, pour deux chirurgiens et un anesthésiste par service d'urgence. Parfois trois, voire exceptionnellement quatre chirurgiens, sont éligibles.

Pour participer à la PDS dans son établissement le médecin doit adhérer à un réseau qui signe un contrat par l'intermédiaire du responsable du réseau (en général le président de la CME) avec l'URCAM. Ce contrat détermine notamment le nombre et la spécialité des médecins concernés. Le réseau adresse à la CPAM du département de l'établissement (ou à l'URCAM, selon les régions) la liste des astreintes réalisées le mois précédent. Chaque médecin destinataire du paiement des astreintes doit obligatoirement pour sa part adresser chaque mois à la CPAM un tableau récapitulatif des astreintes et des gardes réalisées signé par le président de la CME et le directeur de l'établissement.

Le règlement est effectué directement à chacun des médecins, théoriquement dans un délai de 15 jours à compter de la réception des documents dûment complétés.

Des contrôles de la CPAM sont en général prévus par les contrats.

Le contrat est conclu pour une durée de un an renouvelable par tacite reconduction sans pouvoir excéder la durée de la convention nationale. Enfin ce contrat peut à tout moment être résilié par l'une ou l'autre des parties avec un préavis d'un mois.

➔ La clinique

Il est important de souligner que la clinique n'est pas directement partie prenante du contrat qui est signé par chaque médecin. De même, pour éviter toute confusion, la clinique n'est pas destinataire de la rémunération qui est directement versée aux praticiens. Il n'en demeure pas moins que la clinique joue évidemment un rôle essentiel pour plusieurs raisons :

- c'est elle qui est détentrice de l'autorisation du service d'urgence.
- elle est soumise aux obligations liées à cette autorisation, en particulier les missions de service public.
- elle doit assumer par son Contrat Pluriannuel d'Obligations et de Moyens (C. P. O. M.) une évaluation régulière de son service d'urgence. En particulier un arrêté tout récent du 12 février 2007 définit le contenu et les objectifs des fiches de dysfonctionnement qui seront sous la responsabilité de l'établissement.

La clinique reçoit, bien sûr, une rémunération pour cette mission de service public sous forme d'un forfait annuel d'accueil des urgences (FAU) et un forfait par admission (ATU).

La clinique ne peut (et ne doit) créer un service d'urgences qu'en accord et avec le soutien de ses praticiens : cela doit être débattu en CME.

déontologique et réglementaire de suivi de ses propres patients hospitalisés) et la permanence des soins (réponse à une demande en soins urgente ou ressentie comme telle)

- L'organisation d'un service d'urgences sans l'accord et le soutien de la CME.

Ce qu'il faut obtenir

- la fin du bénévolat avec une rémunération de 150euros par astreintes pour tout praticien participant effectivement aux astreintes dans le cadre du service d'urgence, quelque soit sa spécialité.
- une alternance inter établissement pour certaines spécialités en accord avec tous les praticiens concernés sur le bassin de santé, organisation mis en place avec l'aide des CPR et l'avis de l'URML.
- une clarification des modalités de la permanence des soins dans les établissements psychiatriques
- la rémunération des astreintes « obligatoires » et liés à certaines activités : les pédiatres en maternités quel que soit la taille, les néphrologues pour la dialyse etc...

La prise en compte des services d'urgence d'hospitalisation privée dans la permanence des soins, y compris en articulation avec la PDS de ville, en particulier après minuit, si nécessaire.

Il faut donc établir rapidement le bilan prévu dans l'avenant 23 qui permettra de mettre en place dans les délais les plus brefs le paiement de toutes les gardes et astreintes effectuées par les médecins libéraux. Les urgences en clinique sont une source de recrutement important intéressant l'établissement et les praticiens surtout en secteur concurrentiel. Mais les médecins libéraux se laisseront très rapidement du bénévolat : c'est alors l'ensemble de la permanence des soins en France qui sera compromise.

Pour en savoir plus

- décret du 9 mai 1995 pour la mise en place des services d'urgence.
- décret du 30 mai 1997 pour les modalités de fonctionnement des services d'urgence.
- circulaire du 16 avril 2003 qui fait le point de la situation des services d'urgence.
- décret du 22 mai 2006 qui regroupe les différents services sous une seule appellation : structure d'urgence, introduit la notion de seuil d'activités et impose de nouvelles contraintes en termes d'évaluation et de gestion des risques.
- arrêté du 12 juillet 2006 qui fixe le seuil à 8000 passages par an.
- arrêté du 12 février 2007 qui définit le contenu et les objectifs des fiches de dysfonctionnement.
- accords d'août 2004 qui fixent la rémunération des astreintes.
- avenant numéro 23 qui prévoit un bilan de la situation afin de mettre en place les évolutions nécessaires
- le site www.csmf.org

Ce qui est obligatoire

Il faut rappeler que l'adhésion au réseau et la rémunération qui en découle crée un certain nombre d'obligations fortes qu'il faut à tout prix respecter :

- être en permanence présent dans le site pour la garde (services de réa, USIC, certaines maternités).
- être toujours parfaitement joignable et proche de l'établissement pour les astreintes (services d'urgences).
- se déplacer chaque fois que nécessaire.
- faire un compte-rendu écrit de la consultation pour chaque urgence.
- signer les prescriptions thérapeutiques.

La participation au fonctionnement d'un service d'urgence autorisée implique le respect des obligations concernant les missions de service public. ▶

Ce qu'il faut éviter

- Des plannings de gardes et astreintes non à jour, incompréhensibles ou faux.
- Confondre la continuité des soins (obligation