

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

29 janvier 2009

RÉFORME DE L'HÔPITAL - (n° 1210)

Commission	
Gouvernement	

**AMENDEMENT**

N° 27

présenté par  
MM. Boënnec, Jeanneteau et Door

-----  
**ARTICLE 16**

Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« Sur la base du volontariat, cette mission peut également être assurée, dans les conditions définies par décret, par les médecins spécialistes, les médecins retraités et les internes en médecine. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

La permanence des soins et les gardes qu'elle implique contribuent à la désaffection des médecins pour l'exercice de la médecine générale en cabinet. Beaucoup y voient une corvée – au sens premier du terme – et supportent difficilement les obligations qui en découlent. Le passage à une logique de contrat volontairement consenti peut changer cet état d'esprit. En effet, elle permettrait de faire appel dans l'organisation du dispositif à une fraction de la population médicale qui, si elle a été dissuadée de s'installer en cabinet libéral par les gardes nocturnes répétées et impératives, participerait de bonne grâce sur une base ponctuelle librement consentie. De même, des personnels pour l'heure non concernés par la permanence des soins intégreraient utilement son organisation.

La première catégorie de médecins pour l'heure inemployés dans le cadre de la permanence des soins est formée des praticiens qui, à l'issue de leur externat, ont fait le choix de se tourner vers d'autres spécialités que la médecine générale. Devenus experts en cardiologie, neurologie, ou autres, ils ont néanmoins suivi l'ensemble de la formation médicale, ce qui leur confère une compétence suffisante pour intervenir dans le cadre de la médecine de premier recours. Pourquoi ne pas les employer dans le cadre de la permanence des soins s'ils exprimaient la volonté, quelques soirs par mois, de sortir du domaine restreint dans lequel ils évoluent habituellement pour exercer au contact de la population ?

Egalement, on peut citer les docteurs en médecine qui ont choisi de ne pas exercer en cabinet mais, par exemple, d'effectuer uniquement des remplacements, de rejoindre la médecine du travail, ou encore de ne pas exercer la médecine pour occuper un emploi dans une autre branche d'activité. Ces diplômés ont rompu avec l'exercice libéral dont ils ne souhaitaient pas assumer l'ensemble des sujétions. Pour autant, n'accepteraient-ils pas de tenir ponctuellement un poste dans une maison médicale de garde, pour mettre en pratique leurs années universitaires et se mériter un supplément de revenu ? Si les agences régionales de santé parviennent à élaborer des formules de participation souples et adaptables, il y a là un gisement de ressource parfaitement formée et disponible, que la société laisse échapper aujourd'hui à la sortie de l'université, mais qui contribuerait demain à la politique de la santé publique à travers la permanence des soins.

Les jeunes retraités forment une autre composante potentiellement utile et pour l'heure inemployée. Toutefois, quitter le monde du travail ne signifie ni perdre toute compétence médicale, ni abandonner toute activité sociale. Un médecin peut choisir de fermer son cabinet et de quitter sa patientèle car il ne se sent plus capable de répondre à toutes les sollicitations du métier médical. Rien ne devrait l'empêcher, dans le même temps, de se porter volontaire pour continuer son activité, avec un emploi du temps très allégé, par des gardes de permanence des soins.

Enfin, les internes en médecine devraient se voir proposer une action dans le cadre de la permanence des soins. En effet, bien que sous statut étudiant et soumis à une tutelle, l'interne est un professionnel autonome habilité, sous conditions certes, à prescrire et à effectuer des remplacements dans des cabinets médicaux. On peut notamment les imaginer, toujours sur la base du volontariat, agir comme effecteur mobile à partir de leur centre hospitalier de rattachement, surtout dans les périodes de nuit profondes dans lesquelles les demandes sont rares et les centres d'accueils fermés.

Les catégories susmentionnées pourraient apporter une aide conséquente aux médecins généralistes libéraux impliqués dans la permanence des soins. On répètera, pour cela, le rôle fondamental du contrat et de l'agence régionale de santé pour un bon fonctionnement du dispositif. Au-delà du principe de volontariat qu'il suppose, l'instrument contractuel permet de donner un cadre juridique protecteur à ces intervenants particuliers, même si des ajustements législatifs et réglementaires seront nécessaires pour leur donner un statut satisfaisant. Le cumul entre rétribution des gardes d'une part, et activité salariée ou perception d'une pension de retraite d'autre part, devra être prévu. Pour tous, et singulièrement pour les internes, la question de l'assurance se posera avec acuité. En outre, les agences régionales de santé auront la tâche de sélectionner parmi les candidats les plus aptes à s'insérer dans le dispositif de permanence des soins, notamment en vérifiant le niveau des compétences médicales des volontaires. Il va de soi que le service à la population ne peut subir une dégradation. Les membres de cette réserve médicale ne peuvent en aucun cas s'assimiler à des amateurs pratiquant la médecine comme un passe-temps rémunérateur. Employés à temps partiel par la collectivité, celle-ci est en droit d'attendre de leur part un comportement et un service de professionnels, fussent-ils à temps partiel.

Avec la mobilisation de médecins demeurés en marge du système, l'architecture de la permanence des soins aurait à sa disposition un nombre accru de praticiens, volontaires de surcroît, ce qui représenterait un réel progrès au regard de la situation actuelle. Clef-de-voute de l'ensemble, les médecins ne sont néanmoins pas les seuls acteurs sur lesquels les agences régionales de santé devront s'appuyer pour structurer une permanence des soins plus efficace, plus réactive et moins onéreuse. L'ensemble des acteurs du système sanitaire est amené à participer.