

Permanence des soins et service public hospitalier

Si l'urgence médicale est de toute éternité, la médecine qui soigne en urgence date du début des années 1950 lorsque la multiplication des automobiles a amené son lot de blessés qu'il était nécessaire de soigner sans tarder¹.

L'influence aux services des urgences s'est accrue exponentiellement et, en 2001, les 616 sites d'urgence autorisés, ont enregistré près de 13,4 millions de passages².

La mort de deux internes victimes d'accidents de la route après une garde doublée au Centre Hospitalier de Dunkerque³ a révélé au grand public la pénurie des médecins urgentistes. Celle-ci ajoutée au refus des médecins libéraux généralistes d'assurer leurs gardes a entraîné de graves difficultés de gestion.

La disparition de tout « filtre » libéral à l'entrée des urgences a drainé une nouvelle population nombreuse et parfois mal en point psychologiquement ou socialement (et non médicalement) vers les urgences.

Les maux des urgences se répercutant sur l'ensemble du fonctionnement des hôpitaux et les dysfonctionnements hospitaliers se répercutant au service des urgences, il était urgent de trouver une solution à ce problème.

Les pouvoirs publics se sont alors engagés dans un processus de réformes globales.

La prise en charge des urgences est devenue l'une des grandes priorités de l'organisation du système de soins. Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a souhaité que des mesures opérationnelles soient prises rapidement sur les plans national et régional, suite à un travail entrepris avec l'ensemble des représentants des acteurs de santé concernés, pour l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des urgences en France.

Deux groupes de travail ont été mis en place. Le premier, piloté par Monsieur Charles DESCOURS, Sénateur Honoraire, sur la permanence des soins des médecins généralistes, a présenté ses travaux au ministre le 22 janvier 2003 et a conduit au décret du 15 septembre 2003⁴ relatif à la permanence des soins qui a permis d'insérer au livre VII du code de la santé publique un titre II intitulé « *Permanence des soins* ».

Ce décret vise uniquement la permanence des soins en médecine ambulatoire.

¹ Jean-Marie Clément, *La crise de confiance hospitalière (constat, causes, réformes)*, LEH Edition, 2003, p. 115

² Circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

³ Le Monde, jeudi 15 avril 2002, p. 6

⁴ Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 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, JO, 16 septembre 2003.

Cette dernière est traditionnellement définie comme « *une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, les samedis après-midi* ».

Ce décret a rapidement été complété par une circulaire du 12 décembre 2003⁵ qui est venue éclaircir certains aspects du décret.

Le second groupe de travail, piloté par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, avait pour objectif d'élaborer une circulaire relative à la prise en charge des urgences.

Ces textes sont autonomes et s'adressent à des acteurs distincts mais ils visent tous à la réorganisation et au bon fonctionnement de la permanence des soins.

Il conviendra de déterminer en quoi l'établissement public de santé est un acteur fondamental de la permanence des soins avant de situer l'action de cet acteur dans le contexte plus global de l'organisation de cette permanence.

I/ L'établissement public de santé, acteur fondamental de la permanence des soins

L'hôpital est un établissement public chargé d'une mission de service public. La notion classique de « continuité » qui forme avec l'égalité et l'adaptation les « lois du service » trouve une place particulière dans les établissements de soins.

A. L'adaptation de la notion de « continuité » à l'hôpital

Le principe de continuité est sans doute celui pour lequel la doctrine classique a eu le plus de considération (le seul explicitement qualifié de « loi » par ROLLAND) et la jurisprudence en a consacré très vigoureusement les exigences : fonctionnement régulier des services sans interruptions autres que celles prévues par la réglementation en vigueur.

Le service public correspond à un besoin reconnu par tous et c'est pour cette raison qu'il ne peut être exercé par intermittence. Les usagers peuvent exiger son fonctionnement continu. Il faut, en effet, éviter « *un état à éclipse* » selon la formule bien connue du commissaire du gouvernement GAZIER sur l'arrêt Dehaene⁶

Cette contrainte est exercée et acceptée du fait de l'intérêt général qui s'attache à une telle mission. La satisfaction de l'intérêt général justifie l'existence du service public et l'octroi d'un « label » par les pouvoirs publics.

⁵ Circulaire n° DHOS/01/2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire

⁶ C.E., 7 juillet 1950, Rec. 426

L'article L.6111-1 du code de la santé publique rappelle les missions des établissements de santé : « *Les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.*

Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Ils participent à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment des produits mentionnés à l'article L. 5311-1, et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.

Les établissements de santé mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire ».

Pour une bonne exécution du service public hospitalier, il faut que la totalité des missions susmentionnées et en particulier la mission de soins (qui se concrétise par des hospitalisations) soit remplie.

Il faut notamment entendre par l'expression de « service public hospitalier » la notion de permanence des soins (vingt quatre heures sur vingt quatre) et leur ouverture à tous ceux qui en ont besoin (universalité).

Celle-ci entre de plein droit dans les missions de service public confiées à l'hôpital et c'est le service des urgences qui illustre le mieux cette notion traditionnelle de continuité.

Néanmoins d'autres dispositions peuvent s'inscrire dans le cadre de la permanence des soins. L'article L.6112-6 du code de la santé publique dispose, par exemple, que : « *Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article L. 1411-5, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ».*

La notion de permanence des soins à l'hôpital, loin de correspondre uniquement à la mise en place d'un service des urgences, prend une signification particulière dans ce cadre.

B. Les urgences hospitalières, expression de la continuité du service public

Le service public hospitalier de par ses équipements et la qualité de ses praticiens est venu peu à peu concurrencer l'initiative privée sur le terrain des classes moyennes. La notion d'urgence médicale va être transformée au point qu'elle ne sera comprise qu'au travers des services d'urgences hospitaliers complétés par les Services Mobiles d'Urgence et Réanimation (SMUR), estompant la vraie notion d'urgence qui consiste à venir en aide aux patients dans les plus brefs délais quel que soit leur lieu de résidence.

Alors que la notion d'urgence ainsi comprise exige un maillage territorial très serré, les pouvoirs publics, raisonnant en fonction des intérêts des médecins salariés plein temps hospitalo-universitaires, ont concentré les équipements et donc les urgences dans des lieux situés de préférence dans les grands centres hospitaliers universitaires.

Jean-Marie CLEMENT⁷ explique l'origine de l'apoplexie des services d'urgence que la France connaît chaque été depuis la fin de l'année 2000 par cette concentration des équipements.

Néanmoins, tout un chacun est conscient que l'accueil et le traitement des malades en urgence sont aujourd'hui une mission essentielle des établissements de santé.

Ces services ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

La formation reçue par les médecins urgentistes, qui sera bientôt reconnue comme une spécialité, implique qu'ils puissent se consacrer aux pathologies relevant de la médecine d'urgence.

Le service de garde à l'hôpital a ainsi pour objet d'assurer pendant chaque nuit et pendant la journée du dimanche ou des jours fériés la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

Il faut noter que le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 64 % entre 1990 et 2001, soit une progression annuelle de 4.6 %⁸.

Cette augmentation traduit de nouveaux comportements des usagers qui recherchent un service et la sécurité de consultations non programmées pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence. La définition et la mission première de ces services sont ainsi largement altérées. Cette mutation du rôle des urgences nécessite de ce fait de nombreuses adaptations tant dans l'organisation de ces services que dans la formation et l'information des différents intervenants.

⁷ Jean-Marie Clément, *La crise de confiance hospitalière (constat, causes, réformes)*, LEH Edition, 2003, p. 94

⁸ Circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

La prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers a ainsi constitué une priorité de santé publique dans toutes les régions. Les agences régionales de l'hospitalisation ont toutes élaboré un volet « urgences » dans leur schéma régional d'organisation des soins de 2^{ème} génération et consacré des moyens importants à l'amélioration du fonctionnement de ces services.

Le renforcement de la séniorisation des services des urgences a eu pour effet d'améliorer la qualité, la sécurité et l'organisation de la prise en charge des urgences, mais ces mesures ne permettent pas de faire face à la poursuite de l'augmentation du nombre de passages. Il est donc nécessaire de porter aussi l'action sur l'amont et l'aval des urgences pour une meilleure réponse au système de soins aux situations non programmées.

L'amélioration de la prise en charge des patients et en particulier la réduction des délais d'attente suppose notamment la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences.

Il est alors possible de généraliser la mise en place d'une commission des admissions et des consultations non programmées au sein des établissements publics de santé préconisée par certains.

Cette commission aurait pour mission de prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes.

Il n'en reste pas moins évident que la médecine d'urgence est un moyen pour l'hospitalisation de remplir sa fonction de service public. Refuser les urgences, c'est supprimer sa mission essentielle et renier le principe de la continuité du service.

Le rejet des urgences est l'une des causes de la crise de confiance qui s'opère aujourd'hui et que les pouvoirs publics cherchent à endiguer.

Ils souhaitent redonner toute sa signification à la notion de permanence des soins en organisant de concert l'action des différents intervenants dont les établissements publics de santé.

II/ L'établissement public de santé, co-auteur de la permanence des soins

L'hôpital est un acteur fondamental de la permanence des soins. Néanmoins, son action prend toute son importance lorsqu'elle intervient de concert avec les autres acteurs. Si une évolution notable est à noter du fait de la parution des nouveaux textes précités, il n'en demeure pas moins que des efforts complémentaires doivent permettre de développer des réseaux de soins plus nombreux et plus fonctionnels incluant les hôpitaux locaux.

A. Les relations entre les différents intervenants à la permanence des soins

Les médecins libéraux, les conseils départementaux de l'ordre des médecins ou encore les maisons médicales sont autant d'acteurs nécessaires au bon fonctionnement de la permanence des soins.

- Les médecins libéraux

Il a fallu deux ans de travaux pour aboutir à la mise au point de deux décrets et d'une circulaire organisant le nouveau dispositif de la permanence des soins en médecins ambulatoire.

Ce nouveau dispositif tend notamment à articuler la permanence des soins de ville et les services des urgences.

Il existe bien une complémentarité entre la permanence des soins de la médecine ambulatoire et les services des urgences mais cela nécessite, non seulement de clarifier les missions réciproques de chacun mais aussi de bien relier ces deux modes de prise en charge.

Il convient de rappeler que la permanence des soins en médecine ambulatoire peut se définir comme « *une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, les samedis après midi* »⁹.

Il est demandé aux ARH¹⁰ et aux DDASS¹¹, en lien avec le conseil de l'ordre des médecins, les unions régionales des médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie, de prendre conjointement toutes mesures permettant la bonne articulation entre permanence des soins et services des urgences.

La Coordination Nationale des Médecins Généralistes française¹², consciente de la nécessité d'assurer une permanence des soins au service de la population, en absence d'une définition contractuelle de cette mission et de la nécessaire qualité qui doit régir celle-ci, propose après une réflexion collective de l'ensemble des régions une charte qui sera évaluée au bout d'un an. Cette charte prévoit notamment explicitement que les médecins exerceront avec un statut de médecin libéral exerçant dans le cadre d'une mission de service public.

Ces initiatives d'organismes professionnels ou syndicaux ne sont pas à minimiser. L'article R. 733 du code de la santé publique dispose que « *les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat* ». Il faut alors informer et expliquer aux médecins libéraux l'importance du rôle qu'ils ont à jouer tant pour maintenir une permanence des soins de ville que pour assurer la pérennité du système global de médecine d'urgence.

Le plan hôpital 2007 pourrait être mobilisé pour financer les moyens techniques nécessaires à la mise en œuvre de la centralisation des appels de permanence de soins.

Ainsi, les établissements publics de santé ne seraient plus sollicités que pour des diagnostics vitaux alors que les médecins libéraux se chargeraient entre autre de la « bobologie » qui encombre aujourd'hui encore les services d'urgence.

⁹ Article R.730 du code de la santé publique

¹⁰ Agence Régionale de l'Hospitalisation

¹¹ Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

¹² <http://www.conat.net./SPIP/breve.php3?id-breve=295>

Sans un travail préalable et efficace des médecins libéraux, la permanence des soins proposée par les établissements publics de santé se trouve menacée.

- Les conseils départementaux de l'ordre des médecins

Le nouveau dispositif s'appuie d'abord sur une réduction sensible du nombre de secteurs de garde. Au niveau des départements, les Conseils de l'Ordre, engagés dans cette démarche depuis la circulaire de juillet 2002¹³, devaient avoir achevé leur nouvelle sectorisation au 31 janvier 2004.

Dans chaque secteur est élaboré un tableau de permanence sur lequel figurent les coordonnées des médecins de permanence (volontaires) auxquels les médecins régulateurs peuvent faire appel.

Le conseil de l'ordre est chargé de vérifier si les intéressés sont en situation régulière d'exercice. En cas de difficultés ou d'insuffisance de volontaires, l'Ordre complète le tableau de permanence en tenant compte de l'état de l'offre de soins disponibles.

Ce n'est que si le tableau reste encore incomplet que le Préfet peut procéder à des réquisitions.

La régulation doit s'organiser dans chaque département autour de conventions qui pourront varier en fonction des réalités du terrain, les conseils de l'ordre étant chargés d'« homologuer » lesdites conventions.

Dans un communiqué de presse du 23 décembre 2003¹⁴, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a réaffirmé sa position sur l'organisation de la permanence des soins. Il a notamment rappelé les éléments fondamentaux qui permettront d'envisager une organisation rationnelle et lisible du système : « *la régulation médicale des appels, la contractualisation de l'activité de l'ensemble des acteurs, la coopération entre chaque niveau de réponse, la responsabilisation de chacun des partenaires* ». Mais, précisait-il « *l'organisation de la permanence des soins exige une clarification des moyens qui seront mis en place* ». Et cela de façon à assurer à la population et au corps médical des conditions d'organisation et d'utilisation de la permanence des soins où « *chaque acteur se reconnaîtra et verra confirmé son rôle et son statut* ». Et le CNOM d'ajouter qu'il sera « *de la responsabilité de l'Etat, tant au niveau national qu'au niveau local, d'assurer une information claire et lisible à l'ensemble de la population* ».

Il ressort de tout cela que la bonne volonté de chacun est l'un des éléments nécessaires à cette nouvelle organisation.

- Les maisons médicales et les maisons médicales de garde

¹³ Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville

¹⁴ Le Bulletin de l'Ordre des médecins 2, février 2004 p.15

Les maisons médicales sont des associations autogérées qui dispensent des soins de santé primaires et dans lesquelles travaillent en équipe des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, des accueillants et des professionnels de la santé mentale.

Confrontées de manière intime aux déterminants non médicaux de la santé, d'ordre culturel, social, économique et écologique, les maisons médicales développent des collaborations et des partenariats avec la population et ses représentants, travaillent en réseau avec le tissu social et associatif, et établissent des relais avec le politique ainsi qu'avec les organismes compétents en matière de santé.

Ces maisons médicales permettent de nouer des relations tant médicales que sociales et les soins fournis évitent là encore un recours excessif aux établissements de santé publics.

Les maisons médicales de garde sont, quant à elles, des lieux de consultation dédiés à la permanence de soins.

Elles ouvrent donc pendant les heures légales de la permanence des soins et l'aide médicale urgente n'entre pas dans les missions des Maisons Médicales de garde.

La Fédération Française des Médecins Généralistes¹⁵ considère que les maisons médicales de garde sont la réponse adaptée aux besoins de la population et aux demandes des médecins. L'évolution de la démographie médicale et donc la rareté des médecins d'astreinte, les contraintes de sécurité, le principe général du déplacement du patient vers le médecin font que ce lieu centralisé, équipé, connu de la population, offre une réponse efficace au problème de la permanence des soins.

La régulation des appels par un personnel auxiliaire de régulation médicale vers les médecins de garde est la pierre angulaire de la permanence des soins et permet une optimisation des moyens. Les appels seront ainsi répartis entre les médecins de permanence, les maisons médicales de garde et les centres hospitaliers.

Cette régulation libérale s'inscrit dans une démarche plus globale qui inclut notamment une meilleure information du public sur les différents niveaux d'urgence et les services à contacter.

Tous les acteurs du système de soins, éventuellement en collaboration avec les associations des usagers de santé du département, doivent, en effet contribuer à faire connaître à l'utilisateur le fonctionnement de l'ensemble du dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire et en particulier ses modalités d'accès.

Cette information doit être complétée par des informations sur les autres modalités complémentaires de participation à la permanence des soins. Seule cette information permettra à l'utilisateur, dernier maillon du système de santé, de se responsabiliser et de se tourner vers l'acteur correspondant à sa demande.

B. La nécessité de développer des réseaux de soins incluant les hôpitaux locaux

¹⁵ <http://www.medsyn.fr/mgfrance/fiches/fiche18.htm>

L'article 84 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 codifié à l'article L.6321-1 du code de la santé publique dispose que « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins...* »

L'exigence de la constitution de réseaux de soins permettrait la mise en commun des moyens lorsque les nécessités se font sentir. La coopération de plusieurs établissements, soit dans la même ville, soit dans des villes distinctes mais géographiquement peu éloignées devrait permettre d'assurer une meilleure couverture des soins 365 jours sur 365.

Le Docteur Patrick BOUET, président de la commission de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente au Conseil National de l'Ordre des Médecins a indiqué qu' « *il est en effet indispensable que les différentes structures assurant la permanence des soins se coordonnent et élaborent un projet précis en posant clairement les modalités de réalisation dans une série de conventions, y compris pour prévoir la gestion des difficultés potentielles. La contractualisation entre acteurs professionnels et institutionnels est essentielle* »¹⁶.

Les réseaux permettraient une prise en charge et une répartition plus efficace dans le cadre de la permanence des soins.

Or, pour mettre en place des réseaux fonctionnels, il semble qu'une attention nouvelle doive être portée sur le rôle de l'hôpital local longtemps minimisé. Un véritable maillage du territoire s'appuyant sur cette structure pourrait alors être établi en tenant compte de la totalité des acteurs et de leurs possibilités personnelles.

La circulaire du 28 mai 2003¹⁷ tend à guider la réflexion sur le rôle et les missions de l'hôpital local, et par conséquent sa place, dans l'organisation des soins à l'occasion de la révision des SROS¹⁸.

L'hôpital local constitue, en effet, un lieu privilégié de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.

La circulaire indique que les médecins généralistes autorisés peuvent assurer la permanence et la continuité des soins au sein de l'hôpital local, coordonnée et autorisée par le médecin responsable désigné par le DARH¹⁹ en application de l'article R. 711-6-18 du code de la santé publique.

L'organisation de cette permanence doit faire l'objet d'une mention spécifique dans les contrats d'objectifs et de moyens, s'inscrire dans le projet d'établissement et trouver sa

¹⁶ Le Bulletin de l'Ordre des médecins 2, février 2004 p.15

¹⁷ Circulaire DHOS/03/DGAS/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

¹⁸ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

¹⁹ Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

traduction dans un engagement individuel écrit entre le directeur et chaque médecin autorisé. Les praticiens mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du code de santé publique, qui exercent à l'hôpital local assurent également cette permanence au sein de cet établissement conformément aux décrets statutaires respectifs les régissant.

La circulaire du 28 mai 2003 prévoit également que « *le directeur de l'hôpital local peut autoriser un médecin généraliste libéral, dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire, à intervenir dans les situations d'urgence exceptionnelles au sein de l'établissement, lorsqu'il n'est pas autorisé à exercer en hôpital local. Il en informe le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins dans les 24 heures suivant l'intervention.* ». Les hôpitaux locaux doivent donc être systématiquement intégrés à la réflexion menée par le CODAMUPS²⁰, notamment par auditions des médecins coordonnateurs de ces établissements.

Enfin, l'hôpital local peut apporter son concours à la permanence des soins en facilitant la mise en place des organisations telles que les maisons médicales, et/ou des maisons de garde. Ces organisations répondent au souhait des médecins généralistes libéraux autorisés à exercer en hôpital local ou non de disposer d'un « *point d'ancrage* » de proximité.

Au-delà, elles permettent de développer une offre de soins pluridisciplinaire (composée le plus souvent du médecin et d'une infirmière), et témoignent de l'ouverture de l'hôpital local vers les médecins généralistes qu'ils soient autorisés ou non.

Il n'est pas rare qu'un hôpital local, par sa capacité d'initiative, définisse et organise la prise en charge d'un bassin de population en apportant une réponse coordonnée de soins de proximité, particulièrement en milieu rural ou péri-urbain. L'hôpital local s'adapte à l'environnement dans lequel il s'inscrit, et ses missions résultent de la situation de l'offre locale de soins.

Il est alors souhaitable que l'hôpital local recouvre toutes ses capacités et se mobilise pour devenir un moteur important de la permanence des soins « de proximité ». Mais la proximité n'est-elle pas, tout autant que la continuité, sous-entendue par l'expression « permanence des soins » ?

Christian VALLAR
Professeur agrégé de droit public
à l'Université de Nice Sophia Antipolis
Avocat au Barreau de Nice

Aurélien VINCENT
Avocat au barreau de Nice

²⁰ Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires