La permanence médicale en clinique psychiatrique (établissements régis par l'annexe XXIII)

Gérard Bles

Les difficultés rencontrées depuis des années quant à la dévolution de la responsabilité et de la charge financière induites par l'organisation de la «permanence médicale» paraissent à notre sens dépendre avant tout de la confusion entretenue sur la portée juridique des textes auxquels on peut en l'occurrence faire référence – confusion qui n'est malheureusement pas seulement le fait des opérateurs eux-mêmes, mais, dans divers contextes, de tel ou tel représentant de l'administration (DDASS) ou des CPAM.

1 - L'obligation d'une **permanence médicale** dans les cliniques accueillant les malades mentaux est d'ordre **réglementaire**, édictée dans l'Annexe XXIII. Elle a pour caractéristiques

- de concerner exclusivement ce type d'établissements,

- de faire appel à des praticiens docteurs en médecine ou titulaires d'une licence de remplacement mais qui n'ont pas à être qualifiés en psychiatrie,

- de rentrer dans les critères de classement de la clinique, et donc d'être prise en compte dans l'établissement du prix de journée.

Son organisation incombe à la direction de l'établissement. Elle induit un lien de subordination entre employeur et prestataires.

2 - L'annexe XXIII prévoit également la présence d'un directeur médical qualifié en psychiatrie, sans édicter d'autres normes. L'arrêté de décembre 1977 régissant le classement des établissements prend en compte de son côté le planning médical mais sans fixer non plus de normes, même si, dans son application, l'obtention de la catégorie A est liée notamment à l'existence d'un système d'astreintes.

3 - L'article 20 de la NGAP fixe quant à lui, comme tous les articles de la Nomenclature, les honoraires médicaux auxquels peuvent prétendre les praticiens libéraux en assignant une valeur (cotation) aux divers actes qu'ils effectuent et en décrivant la nature et les conditions de réalisation de ces actes.

Dans ce cadre, l'article 20 définit les conditions dans lesquelles peut être côté l'honoraire dit de surveillance.

Deux points sont à souligner dans cet article :

* La notion de «surveillance **constante**» : elle paraît souvent mal interprétée, en introduisant une confusion avec la règle de permanence médicale précédemment évoquée. A notre sens, le terme de «constant» ne se rapporte pas à une notion de durée, qui serait contradictoire avec celle d'acte, propre au praticien libéral, mais renvoie au caractère «**habituel**» de l'activité du praticien dans l'établissement considéré (comme peuvent le confirmer les contentieux en matière d'application de la Nomenclature en établissements de soins), activité dite **habituelle occasionnelle** d'un praticien extérieur à l'établissement, tel le psychiatre traitant de ville qui dispose alors de la faculté de coter VNPsy ou CNPsy dans des conditions rigoureusement limitées.

Dans le cadre de cette activité habituelle, le praticien organise librement le temps et les conditions de ses interventions, sans lien de subordination avec l'établissement.

* L'apparition d'une norme **numérique** concernant les praticiens qualifiés en psychiatrie («au moins un médecin pour 30 malades») : cette norme conditionne la possibilité de coter le C de surveillance parce que («étant entendu…») «un seul spécialiste ne peut prétendre avoir examiné plus de 30 malades (en établissement…) au cours d'une même journée». Cette norme concerne strictement l'application de la Nomenclature et n'a pas d'autre valeur réglementaire, contrairement à la manière dont on peut parfois y faire référence. Il n'appartient en aucune façon à la NGAP de fixer des normes d'ordre sanitaire.

C'est donc par mésusage des textes que l'on tend parfois à amalgamer «permanence médicale» et «surveillance constante». La permanence médicale n'est pas une obligation des praticiens, même s'ils y contribuent indirectement en coordonnant librement leurs temps d'intervention, sans lien de subordination à l'établissement.

Gérard BLES