

La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter

Répartition, soutenabilité et reconnaissance



Rapport



Mathias ALBERTONE

Dr Pierre-Yves DEMOULIN

Inspection générale des affaires sociales

Avec la contribution du pôle Data de l'IGAS

2023-009R

Juin 2023

« La présente version du rapport comprend quelques passages occultés. Ces passages, relatifs aux hypothèses de revalorisation des dispositifs de reconnaissance du travail en période de PDSES, sont préparatoires à une décision administrative »

SYNTHÈSE

[1] Par lettre du 30 janvier 2023, le ministre de la Santé et de la prévention a saisi l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission relative à la permanence des soins en établissements de santé (PDES). Mathias ALBERTONE et le docteur Pierre-Yves DEMOULIN ont été désignés pour réaliser cette mission.

[2] Depuis la loi du 21 juillet 2009¹, la PDES se définit comme l'accueil et la prise en charge de « nouveaux patients » dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements de santé « la nuit (...), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés ». La PDES se distingue à la fois de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), de l'organisation des services d'urgences (SU) et de la continuité des soins, en permettant la réalisation de soins spécialisés en aval des SU ou en accès direct en lien avec la régulation médicale.

[3] Ce sont **l'ensemble des gardes et d'astreintes reconnues dans les schémas régionaux de la PDES arrêtés par les agences régionales de santé (ARS), leur mise en œuvre par les établissements de santé et la mobilisation des ressources humaines médicales afférentes qui constituent globalement le dispositif de PDES**. Dans les faits, la PDES est constituée d'autant d'organisations graduées que de spécialités médicales concernées, de la proximité jusqu'au recours régional voire inter-régional, rassemblées dans un dispositif coordonné.

[4] L'IGAS avait été saisie en janvier 2020 par la ministre des Solidarités et de la santé d'une mission relative à l'évaluation de la PDES. Cette mission, fortement perturbée par la pandémie de COVID-19, a fait l'objet d'un rapport d'étape remis en mars 2021 au ministre en charge de la santé qui a constitué une aide précieuse pour la mission.

La lettre du 30 janvier 2023 demande à ce que ces travaux soient approfondis, en lien avec le discours du Président de la République qui appelait à une répartition plus juste et coopérative des obligations de PDES², dans les directions suivantes : la simplification de l'organisation du temps de travail et l'évolution de sa rémunération en période de PDES ; le renforcement de la solidarité territoriale, incluant les établissements privés ; une meilleure reconnaissance des sujétions en période de PDES, y compris pour le personnel non-médical lorsqu'il exerce au titre de la continuité des soins.

[5] Les travaux réalisés par la mission précédente relevaient les fragilités du fonctionnement de la PDES. La pression que la pandémie a fait peser sur les ressources humaines hospitalières, les tensions sociales persistantes ainsi que les inquiétudes croissantes exprimées concernant l'attractivité de l'exercice à l'hôpital n'auront contribué à atténuer ni l'acuité de ces constats ni la sensibilité des enjeux associés.

[6] La situation observée à l'abord de l'été 2022 a conduit le ministère de la santé à confier à F Braun, alors président de SAMU Urgences de France, une « mission flash sur les urgences et les soins non programmés », mission elle-même suivie d'une « mission d'évaluation des mesures pour

¹ Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

² Discours prononcé le 6 janvier 2023

les soins urgents non programmés » réalisée par l'IGAS³ et dont certaines recommandations font l'objet d'une analyse et de préconisations dans le présent rapport ⁴. Des mesures d'urgence de majoration exceptionnelle des indemnités de garde du personnel médical (+50 %) et du travail de nuit du personnel non médical (+100 %) ont été mises en œuvre dans le secteur public dans les pour la période estivale⁵ ; ces mesures ont été prorogées jusqu'aux décisions annoncées dans les suites de la présente mission.

Une méthodologie adaptée aux spécificités de la mission

[7] **La mission a dû tenir compte dans l'organisation de ses travaux de plusieurs problématiques fortes** : le laps de temps imparti ; un processus qui souffre d'une absence structurelle de données (activité et ressources humaines mobilisées), au niveau national comme régional permettant d'en assurer une analyse fine, d'apprécier l'impact sur le temps médical et d'anticiper les évolutions ; un contexte politique et social très sensible⁶; enfin, une absence de cadrage budgétaire a priori des mesures susceptibles d'être financées dans les suites de la mission alors que les attentes exprimées sont importantes .

[8] Dans ce contexte, la mission a mobilisé de trois leviers pour conduire ses travaux :

- **Des entretiens** avec des représentants des champs ministériel, professionnel et syndical ; au terme de ces consultations, la mission aura tenu plus de 80 auditions et réunions de travail avec près de 300 interlocuteurs (voir la liste des personnes rencontrées en annexe) ;
- **Quatre déplacements en régions**⁷ qui auront permis de rencontrer des représentants des ARS en charge de l'organisation de la PDSES, de CHU et d'établissements des trois secteurs de l'hospitalisation (panels d'établissements réalisés par les ARS) ;
- **L'administration de deux enquêtes SOLEN**, l'une adressée aux ARS et l'autre à un panel d'établissements⁸, destinées à documenter le sujet avec des données relatives aux modalités de mise en œuvre de la PDSES dans les territoires (spécialités, répartitions gardes et astreintes, mutualisation, facteurs ressources humaines...). Ces enquêtes ont été administrées avec l'appui du pôle Data de l'IGAS.

[9] **Bien que cette méthodologie ait été mise en œuvre dans des délais très courts, la mission tient à souligner la réactivité et la disponibilité manifestées par la grande majorité de ses interlocuteurs qui témoignent de l'intérêt et des attentes suscités par le sujet.**

³ Rapport IGAS 2022-64R

⁴ Majoration des indemnités de sujétion, organisation de la PDSES au niveau territorial

⁵ Ces mesures représentent des engagements financiers importants évalués par la DGOS à 392 M€ en année pleine (majoration du tarif des gardes médicales) et 280 M€ (majoration de l'indemnité de travail de nuit)

⁶ Négociation de la convention médicale, examen parlementaire de la proposition de loi de la députée S Rist, mise en place, à compter du mois d'avril, de nouvelles dispositions destinées à faire respecter l'encadrement des tarifs de l'intérim médical

⁷ En Ile-de-France, Auvergne-Rhône Alpes, Hauts de France et Nouvelle Aquitaine

⁸ Les caractéristiques de ces enquêtes sont présentées en partie 1.2.3, les questionnaires et analyses des réponses reçues en annexes 4 et 5

Des enseignements précieux pour la compréhension des enjeux, actuels et futurs, de la PDES

[10] A l'issue des échanges nombreux et riches qu'elle a eus avec les parties prenantes, la mission a dégagé des enseignements qui ont alimenté ses réflexions et les recommandations du présent rapport. Il s'agit, pour les plus notables, de :

- **L'absence de dysfonctionnements majeurs et structurels** signalés à date concernant le fonctionnement de la PDES, susceptibles de mettre en cause l'équilibre général du système et la continuité des prises en charge ;
- Les enquêtes SOLEN offrent **une connaissance enfin précise des lignes de gardes et d'astreintes inscrites aux schémas régionaux de la PDES** : 6535 lignes de PDES ont été recensées dans les 14 ARS ayant répondu à l'enquête (2004 lignes de gardes, 3796 lignes d'astreintes et 736 organisations « mixtes »). La répartition par spécialités, catégories d'établissements et secteurs de l'hospitalisation est également très riche (82 % des gardes (77 % des astreintes) dans le secteur public, 13 % (18 % des astreintes) dans le secteur privé à but lucratif et 5 % (5 % des astreintes) dans le privé à but non lucratif).
- **L'hétérogénéité, source d'incompréhensions parmi les acteurs hospitaliers, des modalités de mise en œuvre de la PDES en régions** (choix des spécialités, répartition de la PDES entre établissements, modalités de financement retenues⁹) ;
- **L'importance du vécu des 10 dernières années dans le rapport que les acteurs entretiennent avec la PDES**, où se mêlent - une forte ambivalence vis-à-vis de dispositifs revendiqués en même temps que stigmatisés pour les contraintes qu'ils imposent, - de profonds sentiments d'iniquité exprimés par chaque secteur d'hospitalisation, - la mise en avant des difficultés, qui confinent souvent à des impossibilités, d'envisager les modalités d'une PDES mieux partagée.

La mission a par ailleurs relevé une connaissance souvent approximative des acteurs des modalités de mise en œuvre de la PDES et des contraintes et avantages propres à chaque secteur d'hospitalisation ;

- De **nombreux exemples d'organisations fragiles, parfois de manière structurelle, ou sur le point de le devenir**, au regard du nombre de praticiens qui assurent encore la continuité des lignes de gardes et d'astreintes : lignes d'astreintes reposant sur deux praticiens, suspensions inopinées de lignes de gardes ou d'astreintes pour défaut de ressources humaines avec report de l'activité sur d'autres structures du territoire, dépendance de dispositifs de PDES à des ressources extérieures instables et non pérennes voire non titulaires du plein exercice¹⁰ ;

⁹ La mission signale que si les observations relatives aux spécialités et aux financements peuvent soulever des interrogations légitimes en termes d'équité, il n'est pas surprenant que les ARS aient été conduites, en tant qu'autorités régulatrices, à définir des architectures de schémas régionaux différentes tenant compte de leurs spécificités régionales (population, géographie, offre hospitalière)

¹⁰ Praticiens intérimaires ou de praticiens à diplôme hors union européenne (PADHUE) n'ayant pas validé les épreuves de vérification des connaissances

- Un **consensus, qui a fortement marqué la mission, sur les évolutions sociétales en cours concernant les nouveaux arbitrages fait par les professionnels entre la recherche d'effets revenus et d'effets temps**. Il apparaît aux dires des acteurs des trois secteurs d'hospitalisation rencontrés¹¹ que la maximisation de leur revenu n'est désormais plus la finalité principale de nombreux professionnels dont les choix tendent à mieux réguler leur temps de travail. Un changement de paradigme est manifestement en train de s'opérer. Il impacte directement l'acceptabilité par les professionnels des contraintes de PDESES et leurs choix de carrières pour des modes d'exercice ou segments d'activités non soumis aux contraintes de la permanence des soins (départs de l'hôpital public, concentration sur des activités de chirurgie gynécologique au détriment de l'obstétrique...). Cet état de fait n'est pas sans incidence sur les leviers à mobiliser pour consolider la PDESES ;
- Des **difficultés pour une partie des acteurs, en dépit de la fragilité des organisations et des évolutions sociétales, à positionner l'enjeu démographique comme un facteur clef d'une consolidation durable du fonctionnement de la PDESES**. L'amélioration de la reconnaissance financière des gardes et astreintes reste mise en avant comme la solution permettant, seule, de résoudre les difficultés, sans prise en compte de l'importance du changement de paradigme en cours et de son impact sur les ressources médicales des établissements, publics en particulier ;
- Des **attentes prioritaires pour la reconnaissance du travail en période de PDESES**, visant l'amélioration de la rémunération des astreintes des praticiens hospitaliers¹², incluant notamment la reconnaissance de l'activité réalisée en télé médecine, et la revalorisation du travail de nuit ainsi que la prévisibilité et le respect des plannings s'agissant du personnel non médical. A contrario, la mission fait le constat d'une absence de consensus sur l'opportunité d'une meilleure reconnaissance de la lourdeur des gardes au risque d'exacerber des tensions entre établissements et/ou spécialités.

[11] Deux points de vigilance doivent par ailleurs être signalés :

[12] Les **modalités de réorganisation et de partage de la PDESES à envisager doivent être aussi polyvalentes que possible pour répondre aux spécificités des spécialités et des territoires**. Ce point a fait l'objet de nombreux échanges avec les parties prenantes qui éprouvent parfois des difficultés à se projeter vers des problématiques différentes de celles qu'elles connaissent dans leur environnement direct.

[13] Il existe des **risques importants à voir perdurer, en marge d'une PDESES consolidée, l'utilisation des gardes et astreintes pour palier à des difficultés d'attractivité** (reconnaissance de gardes quand des astreintes seraient suffisantes ou de lignes surnuméraires). Il en résulte, lorsque les gardes et astreintes sont effectivement réalisées, une consommation inutile de temps médical, quand la gestion de celui-ci n'a jamais été aussi précieuse, ainsi qu'une pénibilité accrue pour les praticiens concernés.

¹¹ L'enquête SOLEN Etablissements ne permet pas de documenter cette problématique. La mission considère toutefois que les témoignages recueillis auprès des acteurs, sans distinction des secteurs d'hospitalisation et positions institutionnelle (fédérations, conférences, responsables hospitaliers, organisations syndicales), sont suffisamment explicites et convergents pour être pris en compte

¹² Cette priorité doit être interprétée en lien avec la mesure de majoration du tarif des gardes en vigueur depuis l'été 2022 et qu'une majorité des acteurs paraît considérer comme acquise

Quatre principes structurants pour conduire la réflexion

[14] Les enseignements issus des travaux de terrains ont conduit la mission à définir quatre principes pour dessiner l'architecture d'une PDESES rénovée à même de faire face aux enjeux auxquelles elle sera confrontée au cours des prochaines années. Ces principes sont les suivants :

- **L'opportunité de profiter du renouvellement des schémas régionaux de la PDESES pour procéder à une profonde réorganisation du dispositif.** Sans aller jusqu'à parler de révolution copernicienne, il est essentiel d'amener les acteurs à se détacher des approches historiques, à tourner la page et à se projeter vers de nouvelles perspectives, plus inclusives, plus collectives et plus territoriales. Les acquis, dans de nombreux territoires, de la gestion de la pandémie doivent y aider.

La rénovation de l'organisation et du pilotage de la PDESES doit renforcer la confiance des acteurs dans l'équité de traitement et donc leur adhésion. Plus que d'une opportunité il s'agit dans les faits d'une impérieuse nécessité. Le scénario du statu quo exposerait la PDESES à des risques de défaut de plus en plus aigus, dans un contexte d'acceptabilité de moins en moins partagée par les praticiens des contraintes de permanence des soins : réduction progressive des équipes socles investies dans la PDESES, épuisement professionnel, amplification de la dés attractivité, effondrement subis de dispositifs de PDESES... ;

- **La nécessité de réunir les conditions d'une PDESES soutenable en considérant les enjeux démographiques autant que les enjeux de reconnaissance.** La mobilisation des ressources humaines requises constitue incontestablement le nouvel enjeu. Cela plaide en faveur d'organisations de PDESES les plus ajustées possible aux besoins des territoires, activité par activité, pour réduire les risques de redondances de dispositifs et de mobilisation excessive de ressources ; cela plaide en second lieu en faveur d'une PDESES mieux répartie en vertu du principe selon lequel plus la contrainte sera répartie collectivement, mieux elle sera acceptable individuellement ; cela plaide enfin en faveur d'organisations de PDESES plus partagées entre les acteurs en mesure de l'assurer au sein des territoires.

La mission relève que l'acuité de l'enjeu démographique interroge également les modalités d'organisation de la continuité des soins qui demeure un dispositif mis en œuvre quasi exclusivement à l'échelle de chaque établissement.

- **La définition d'un schéma de mobilisation de la PDESES qui ne repose ni sur une obligation généralisée et systématique ni sur le strict volontariat.** Lors de ses auditions la mission a entendu les tenants de ces deux options.

Si elle comprend l'objectif d'équité entre les modes d'exercice sous- jacent à la première hypothèse, elle émet de fortes réserves sur les risques qui lui sont associés : rejet massif de la part des professionnels y compris de ceux dont la mobilisation ne serait, dans les faits, pas nécessaire, complexité de sa mise en œuvre opérationnelle, toutes spécialités et territoires pris en compte.

Si elle comprend le parti pris de la responsabilisation individuelle sous-jacent à la seconde hypothèse, elle émet des réserves aussi fortes sur les risques qui lui sont associés : pari hasardeux, compte tenu de la manière dont les contraintes de PDSSES sont désormais perçues, de considérer qu'un traitement plus équitable et une meilleure valorisation de la permanence des soins permettraient l'engagement ou le réengagement de praticiens libéraux qui n'y participent pas aujourd'hui, à la hauteur des enjeux, dans tous les territoires et toutes les spécialités et où cela s'avèrerait nécessaire.

La mission entend aussi tenir compte de la demande d'une plus grande responsabilisation des acteurs exprimée par plusieurs des interlocuteurs rencontrés.

Un rééquilibrage est nécessaire et la mission formule pour cela plusieurs recommandations dont celle d'un schéma d'engagement gradué en 3 phases :

- La définition, par l'ARS dans le cadre du schéma cible, de l'organisation nécessaire et suffisante de la PDSSES à mettre en œuvre ;
- Le lancement d'appels à candidatures permettant aux acteurs d'indiquer la contribution qu'ils sont en mesure d'apporter pour répondre aux attendus du schéma cible, seuls ou dans le cadre de dispositifs partagés dans les territoires ;
- La possibilité donnée aux directeurs généraux d'ARS (DG ARS) de mobiliser, en tant que de besoin, les professionnels d'un territoire et d'une spécialité pour contribuer au fonctionnement de la PDSSES.

Le processus doit être responsabilisant, incitatif au développement d'organisations partagées et sécurisant vis à vis des professionnels impliqués.

- **Enfin, l'approche du sujet doit être globale et reposer sur la mobilisation de leviers pensés et mis en œuvre de manière complémentaire** : l'affirmation d'objectifs de politique publique, le dessin d'une nouvelle organisation systémique, la déclinaison opérationnelle des processus et l'amélioration de la reconnaissance de la contrainte de participation à la PDSSES.

C'est dans cette optique que la mission formule ses recommandations, consciente des risques d'une approche séquentielle des enjeux qui ne créeraient pas les conditions d'un véritable changement de paradigme. Cette approche globale constitue probablement aussi une condition *sine qua non* de l'adoption de mesures d'amélioration de la reconnaissance de la pénibilité de la PDSSES.

[15] **La mission ne méconnaît ni la sensibilité du sujet, ni les difficultés de formuler des propositions pouvant répondre aux besoins de territoires et de spécialités médicales d'une grande diversité. Elle considère également les risques auxquels exposerait le statu quo ou des réponses *a minima*. Consciente des attentes comme des inquiétudes, elle s'attache à formuler des recommandations qui lui sont apparues ambitieuses, équilibrées et acceptables par les différentes parties prenantes.**

Trois leviers pour consolider la PDSSES dans les territoires

[17] La première partie du rapport positionne la PDSSES au sein de l'offre de soins et présente un état des lieux réglementaire et opérationnel. Elle documente le sujet, grâce aux deux enquêtes SOLEN, par une analyse des schémas régionaux mis en œuvre par les ARS ; l'approche quantitative et qualitative des spécialités mobilisées, des modalités d'organisation et types d'établissements impliqués met notamment en exergue des déséquilibres et facteurs de fragilité.

[18] La sensibilité des enjeux démographiques conduit à formuler deux recommandations relatives à la mesure de l'évolution du temps médical disponible dans les établissements (Reco 1) et à l'opportunité d'envisager des organisations de continuité des soins territorialisées plus économes en ressources médicales (Reco 2).

[19] La **deuxième partie propose des modalités d'organisation et de pilotage de la PDSSES destinées à renforcer la confiance et l'adhésion des acteurs**. La mission considère nécessaire en premier lieu de prolonger d'une année les schémas régionaux actuels afin de préparer, avec les outils et le temps nécessaires, les prochains schémas et de mobiliser dans ce cadre les recommandations du présent rapport qui seront retenues (Reco 14). Les doctrines nationales d'organisation et de financement devraient être harmonisées pour renforcer l'équité de traitement entre les territoires et les acteurs (Reco 3 et 5), en incluant les sage-femmes si les conditions devaient être réunies (Reco 4). Dès lors qu'une ligne de PDSSES inscrite au schéma cible est mise en œuvre par un établissement, le financement équitable des indemnités de sujétions qu'il engage, quels que soient les régions et les secteurs d'hospitalisation, constituerait un principe fort de cohérence.

[20] Il est par ailleurs opportun d'outiller au mieux les DG ARS pour leur permettre d'arrêter avec les prochains schémas cibles l'organisation nécessaire et suffisante à viser en matière de PDSSES. Deux recommandations sont formulées dans ce but : la réalisation d'une enquête nationale à l'automne 2023 pour recueillir des données d'activités en période de permanence des soins et aux professionnels engagés dans la PDSSES (Reco 7) et la production de recommandations relatives à la gradation de la permanence des soins, incluant toutes les potentialités permises par la télémedecine, pour consolider les organisations et limiter la mobilisation de ressources médicales (Reco 8).

[21] Enfin, l'amélioration du suivi et du pilotage de la PDSSES nécessiterait un recueil automatisé de l'activité réalisée en période de PDSSES, dont les modalités sont à étudier avec l'ATIH (Reco 9) et l'enrichissement des données figurant dans les rapports sociaux des établissements d'informations relatives aux professionnels travaillant en période de PDSSES (Reco 10) ; les modalités d'un renforcement du suivi et de l'évaluation de la PDSSES à l'échelle régionale et territoriale (Reco 11) et nationale (Reco 12) sont également proposées.

[22] La **troisième partie propose de repenser la mise en œuvre de la PDSSES autour d'efforts mieux partagés dans les territoires, pour des organisations plus robustes et un fonctionnement plus soutenable**. Deux principes structurants sont proposés en préambule :

- Rétablir l'engagement dans la permanence des soins comme une valeur socle des professions de santé. La continuité du fonctionnement du système de santé ne peut reposer sur une base de plus en plus réduite de professionnels et sur un seul devoir moral. La mission recommande donc de prévoir non pas une obligation systématique de participation mais le principe d'une contribution des professionnels au fonctionnement de la PDSSES lorsque cela s'avère nécessaire (Reco 15). Des modifications législatives et réglementaires sont proposées en ce sens ;
- Fixer une fréquence maximale de participation, par praticien, aux gardes et astreintes dans le cadre de la PDSSES. Cette recommandation découle du postulat selon lequel mieux la contrainte sera répartie, moins elle sera lourde individuellement et plus elle sera supportable collectivement. Dès lors que l'Etat crée les conditions d'un meilleur partage de la charge de PDSSES entre les acteurs, il prend en contrepartie l'engagement que la fréquence de participation reste soutenable. C'est à l'aune de cet indicateur que le DG ARS pourrait établir des constats de carence de ressources dans les territoires et mobiliser, dans ce cas, les professionnels. Le DG ARS doit par ailleurs être doté du pouvoir de déroger à ces seuils en cas de risque majeur pour l'organisation des soins dans un territoire (Reco 16).

[23] De nouvelles modalités de désignation des structures investies de la PDSSES sont proposées. Conformément au schéma d'engagement gradué présenté précédemment, la mission recommande de faire procéder la participation à la PDSSES d'un acte positif des communautés hospitalières en réponse aux appels à candidatures lancés par les ARS. Cette démarche constituera un acte fort des acteurs, publics comme privés, qui pourront afficher chacun la contribution qu'ils sont prêts à apporter au fonctionnement de la PDSSES, seuls ou dans le cadre d'organisations partagées à l'échelle du territoire. Le DG d'ARS doit disposer des moyens lui permettant, en tant que de besoin, c'est-à-dire dans le cas où le processus d'appel à candidatures ne permettrait pas de répondre à l'ensemble des besoins définis dans le schéma cible, de mobiliser les praticiens d'un territoire pour consolider le fonctionnement de la PDSSES. Les dispositions juridiques ad hoc sont proposées par la mission (Reco 17). La mise en œuvre de ces nouvelles modalités de mobilisation renforcera l'engagement stratégique des ARS, elle sera également exigeante. L'outillage des agences sera dans ce cadre d'autant plus utile.

[24] Concernant spécifiquement les établissements publics de santé, la mission recommande d'élever l'organisation et la mise en œuvre de la PDSSES en une compétence relevant de droit du GHT. Cette recommandation garantira la complémentarité et la cohérence des réponses des GHT aux appels à candidatures, elle renforcera la mutualisation de la GRH médicale et permettra d'harmoniser les modalités de rémunération de la PDSSES entre les établissements parties aux GHT (Reco 18).

[25] Deux schémas permettent la mise en place d'organisations partagées dans les territoires :

- Le partage de lignes entre plusieurs structures (PDSSES alternée),
- La mutualisation des ressources sur un établissement chef de fil désigné par l'ARS impliquant la participation de praticiens non rattachés à l'établissement qu'il soit public ou privé (PDSSES mutualisée).

[26] La mission a entendu les préventions que le second modèle suscite auprès de certains acteurs. Elle considère toutefois qu'il est nécessaire de mettre ces deux typologies d'organisations à la disposition des acteurs pour répondre à des besoins différents selon les territoires et les

spécialités. Charge à eux de retenir l'organisation qui leur apparaîtra la plus adaptée. La mission considère également nécessaire pour sécuriser les professionnels d'identifier les prérequis et conditions d'accompagnement de la mise en œuvre d'organisations de PDES alternées ou mutualisées (Reco 20). Enfin, il convient de prévoir une procédure permettant d'examiner les cas où des praticiens appelés à contribuer au fonctionnement de la PDES se trouveraient en situation d'incompétence (Reco 19) ainsi que les conséquences à tirer en cas de non-respect de leurs obligations vis-à-vis de la PDES par les établissements ou les professionnels (Reco 21).

[27] La **quatrième partie présente des propositions visant à améliorer la reconnaissance des professionnels en période de PDES**. La prise en charge de ce volet a été délicate pour la mission pour plusieurs raisons : l'absence de cadrage budgétaire a priori des mesures susceptibles d'être financées dans les suites de la mission, - des attentes élevées exprimées pour résoudre un déficit de reconnaissance de la PDES et ses conséquences en matière d'attractivité, - la difficulté d'apprécier le juste niveau des revalorisations nécessaires/attendues comme en attestent certaines réactions suite à la mise en œuvre des accords du Ségur de la santé.

[28] Dans ces conditions la mission a retenu la méthode suivante :

- L'identification des mesures susceptibles d'améliorer la reconnaissance de la PDES en mentionnant pour chacune les effets attendus ;
- La réalisation de mesures d'impact financier pour les mesures qui n'appellent pas d'arbitrage entre plusieurs hypothèses ;
- La réalisation de jeux d'hypothèses (montants) et des mesures d'impact financier correspondantes pour les mesures qui appellent des arbitrages sur des montants d'indemnisation ;

Un étalement de la mise en œuvre des mesures est proposé, de 2023 à 2025, en lien avec les majorations exceptionnelles reconduites par le gouvernement depuis l'été 2022 et la mise en œuvre des futurs schémas de PDES visée pour juillet 2024.

[29] Cette approche permettra au ministère de procéder aux arbitrages et de conduire les concertations, en fonction des ressources budgétaires qui seront mobilisées pour accompagner la mise en œuvre d'un plan de consolidation de la PDES.

[30] Trois recommandations sont formulées en premier lieu pour faire converger les modalités d'indemnisation de la PDES entre les professionnels libéraux et salariés : l'harmonisation de l'indemnité de sujétion de gardes des praticiens libéraux avec celle des praticiens publics¹³ (Reco 22) ainsi que la rémunération du temps de travail des praticiens libéraux assurant des gardes en établissement public¹⁴. Cette mesure permettra de reconnaître le temps de travail effectivement presté en garde et assurera une équité de traitement (Reco 23). La simplification du processus de rémunération de la PDES des professionnels libéraux intervenant en établissements privés via un financement direct de ces derniers des lignes inscrites au schéma régional est aussi proposée (Reco 24).

¹³ 229 € vs 277 € par garde en l'état actuel, de la réglementation, hors majoration liées aux mesures d'urgence de l'été 2022

¹⁴ Lorsqu'ils interviennent en établissements privés, c'est le modèle de rémunération de droit commun qui s'applique via la facturation des actes en sus de la perception de l'indemnité de sujétion

[31] La mission recommande une revalorisation significative du montant de l'indemnité forfaitaire des astreintes publiques, dont la reconnaissance est beaucoup plus faible que pour les praticiens libéraux, et de réviser les modalités de forfaitisation pour mieux reconnaître le travail réalisé en astreinte (y compris dans le cadre de la télémedecine) (Reco 25). Ces mesures doivent être accompagnées d'un renforcement du suivi des astreintes forfaitisées pour assurer transparence et équité au sein des communauté hospitalières (Reco 25) et d'un rappel aux établissements de leurs obligations de suivi du temps de travail en astreinte (Reco 26).

[32] L'amélioration de la reconnaissance des gardes est un sujet délicat. Trois leviers ont été identifiés : la revalorisation de l'indemnité de sujétion de garde¹⁵, une meilleure valorisation du temps de travail additionnel et la reconnaissance d'une troisième plage de temps de travail de nuit. Ces options présentent des caractéristiques différentes (publics bénéficiaires, coûts, effets induits) (Reco 27). Les arbitrages qui pourraient être faits entre une ou plusieurs de ces options sont sensibles et lourds. Les enjeux budgétaires, juridiques et sociaux très importants et leurs effets sur le temps médical difficiles à appréhender ; dans l'hypothèse où l'option d'une revalorisation de l'indemnité de sujétion de garde serait retenue, par rapport à son niveau de base de 277 €, la mission recommande que cette revalorisation soit également appliquée aux praticiens libéraux.

[33] Concernant l'harmonisation de l'indemnisation de la PDES des personnels hospitaliers et universitaires, la mission recommande une harmonisation plus large incluant leurs obligations de service, la possibilité de réaliser du temps de travail additionnel et la rémunération de leurs gardes et astreintes aux tarifs communs. La mission ne méconnaît pas les préventions que cette mesure suscitera parmi certains des personnels concernés. Elle considère toutefois qu'elle ne remettrait pas en cause le caractère indissociable des missions hospitalières et universitaires auxquels les professionnels demeurent très attachés et qu'elle répondrait aux aspirations de nombreux personnels hospitaliers et universitaires (Reco 28).

[34] Enfin, plusieurs recommandations sont formulées pour améliorer la reconnaissance du travail de nuits et de week-end du personnel non médical. Deux priorités sont proposées visant à améliorer l'indemnisation du travail de nuit (Reco 30) et d'étendre aux samedis après-midi les modalités d'indemnisation du travail prévues pour les dimanches et les jours fériés (Reco 31) ; l'amélioration de l'indemnité du travail les dimanches et jours fériés pourrait être envisagée ultérieurement (Reco 32).

[35] Pour la première mesure, la mission recommande de privilégier une approche simple et lisible, en s'appuyant sur le principe selon lequel une même sujétion est indemnisée de la même manière quels que soient le grade et l'âge des agents (à l'instar de l'indemnisation de gardes comme des dimanches et jours fériés). La fixation d'un tarif unique est proposée pour indemniser une nuit travaillée, contre trois indemnités horaires actuellement.

[36] La seconde mesure améliorerait l'indemnisation des sujétions de week-end et alignerait le bornage horaire du personnel non médical avec celui des médecins.

¹⁵ Pour mémoire, les indemnités de gardes font l'objet en établissements publics d'une majoration de 50% depuis l'été 2022

[37] La mission recommande également de mettre à l'étude et d'expérimenter la mise en place d'astreintes de remplacement de week-end pour limiter les rappels inopinés des personnels (Reco 33) et de prévoir l'ouverture d'une concertation sur le fonctionnement et le régime des astreintes paramédicales (Reco 34).

[38] La mission s'est attachée à répondre aux différents attendus de la lettre de mission en définissant un nouveau paradigme pour la PDSES : **renforcement de l'équité entre les territoires et les acteurs, meilleur partage des sujétions et soutenabilité RH renforcée, amélioration de la reconnaissance de l'engagement des acteurs**¹⁶. **Des mesures de simplification administrative et de sécurisation juridique sont aussi proposées.**

[39] **Ces recommandations dessinent les contours d'un pacte d'engagement collectif pour une permanence des soins en établissements de santé durable qui pourrait être conclu au niveau national avec les principales parties prenantes**¹⁷, décliné au niveau régional à l'occasion de l'élaboration des futurs schémas régionaux de la PDSES et mis en œuvre par les établissements à l'échelle territoriale. Les objectifs poursuivis, les principes structurants, les modalités de fonctionnement, les engagements mutuels et les mesures d'accompagnement mobilisées en constitueraient l'architecte.

[40] Sans préjuger des décisions qui pourraient être prises à l'avenir concernant le financement des établissements de santé, la mission considère que, dès lors que les périmètres et règles de financement seront harmonisées au niveau national, et que les ARS seront mieux outillées pour définir des schémas cibles, **le maintien du financement de la PDSES dans le fond d'intervention régional ne serait pas problématique**. Cela présenterait une certaine logique au regard du rôle dévolu aux ARS dans la définition de l'organisation cible par filières d'activités, territoires, modalités (gardes ou astreintes) et en volume (nombre de lignes). **Sous les mêmes conditions, l'intégration de ce financement dans une éventuelle dotation de santé publique à la main des ARS pourrait être envisagée.**

¹⁶ Lorsque la mission considère avoir manqué de temps ou de ressources pour approfondir la dimension technique ou réglementaire de certains sujets, des réserves sont signalées dans le rapport

¹⁷ Outre le ministère et les ARS, les fédérations et les conférences hospitalières et les organisations syndicales

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Consolider les modalités d'organisation et de pilotage de la PDES pour renforcer la confiance et l'adhésion des acteurs en vue de l'élaboration des prochains schémas régionaux				
14	Reconduire pour une année les actuels schémas régionaux de la PDES afin de préparer, avec les outils et le temps nécessaires, les prochains schémas	1	SG MASS / ARS	06/23
3	Consolider et harmoniser les règles relatives aux périmètres des spécialités et aux modalités d'organisation dans le cadre d'une nouvelle circulaire consacrée à la PDES	1	DGOS	09/23
5	Redéfinir des modalités de financement équitables et stables des indemnités du sujétion de gardes et astreintes engagées par les établissements	1	DGOS / SG MASS	09/23
4	Réunir, dans la perspective des prochains schémas régionaux, les conditions de l'intégration des sage-femmes à la PDES	2	DGOS	09/23
6	Prendre en compte dans les travaux sur l'évolution des modalités de financement des établissements de santé l'impact des prises en charge non programmées sur l'organisation et sur les coûts des activités, et en particulier un mécanisme financier à l'attention des établissements dépositaires de la PDES destiné à garantir une capacité d'accueil en aval	2	DGOS	T3 23
7	Réaliser pendant un mois au cours de l'automne 2023 une enquête nationale de recueil des données d'activités en période de permanence des soins ainsi que des informations relatives aux praticiens engagés dans le fonctionnement des gardes et des astreintes	1	DGOS/ATIH	06/23
9	Etudier avec l'ATIH la possibilité de compléter les données recueillies dans les systèmes d'informations hospitaliers permettant un suivi de l'activité réalisée dans les établissements de santé en période de PDES	2	ATIH/DGOS	T1 24

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
8	Missionner sans délais les conseils nationaux professionnels de médecins pour la production de recommandations relatives à la gradation de la permanence des soins, incluant toutes les potentialités permises par la télé-médecine, pour consolider les organisations et limiter la mobilisation de ressources médicales	1	DGOS	06/23
10	Enrichir les données figurant dans le rapport social unique des établissements de santé d'informations relatives aux ressources humaines, médicales ou non, travaillant la nuit, le week-end et les jours fériés	2	DGOS	T3/24
11	Renforcer le suivi et l'évaluation réguliers de la PDSSES dans le cadre d'une nouvelle gouvernance à l'échelle régionale et territoriale	2	ARS	T3/24
12	Réaliser une synthèse nationale des prochains schémas régionaux et mettre en place, sous le pilotage de la DGOS, un suivi de paramètres transversaux de fonctionnement de la PDSSES permettant d'anticiper les réponses à apporter aux difficultés émergentes	3	DGOS	25
13	Renforcer l'information des parties prenantes sur les règles d'organisation, de mise en œuvre et de financement de la PDSSES dans la perspective des prochains schémas régionaux	1	ARS	12/23
Une PDSSES mieux partagée, plus robustes et plus soutenable dans les territoires				
15	Eriger l'engagement dans le fonctionnement de la permanence des soins en valeur socle, prévoir les conditions dans lesquelles les établissements et les praticiens pourront être appelés y contribuer dans un territoire et compléter en ce sens le code de la santé publique	1	DGOS	06/23
16	Fixer réglementairement une fréquence maximale de participation, par praticien, aux gardes et astreintes dans le cadre de la PDSSES afin de renforcer l'acceptabilité à la soutenabilité de la participation à la PDSSES ; doter le DG ARS du pouvoir de déroger à ces fréquences en cas de risque majeur pour l'organisation des soins dans un territoire	1	DGOS	09/23

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
17	Refonder le processus de désignation des structures reconnues pour faire fonctionner la PDES dans les territoires : - en impliquant les acteurs via une procédure d'appels à candidatures, - en encourageant les organisations partagées ou mutualisées, - en donnant au DG d'ARS la possibilité, en tant que de besoin, de mobiliser les praticiens d'un territoire pour contribuer au fonctionnement de la PDES	1	DGOS/ARS	09/23
20	Engager sans délai une mission sur l'identification des prérequis et conditions d'accompagnement à la mise en œuvre de PDES partagées (alternée ou mutualisée) entre établissements et professionnels d'un même territoire	1	DGOS	06/23
18	Elever l'organisation et la mise en œuvre de la PDES au sein des établissements publics de santé en une compétence relevant de droit du GHT	1	DGOS	06/23
19	Prévoir un critère permettant de délimiter le territoire d'implication des professionnels dans le fonctionnement de la PDES et une procédure d'examen des cas où des praticiens se trouveraient en situation d'incompétence pour contribuer au fonctionnement de la PDES	1	DGOS / CNOM	09/23
21	Prévoir les conséquences à tirer en cas de non-respect de leurs obligations par les établissements et les professionnels	2	DGOS / CNAM	T1/24
Améliorer la reconnaissance des professionnels participant à la PDES				
22	Aligner le montant de l'indemnité de gardes des praticiens libéraux avec celle des praticiens publics et maintenir cet alignement dans la durée	1	DGOS / CNAM	07/23
23	Rémunérer le temps de travail des praticiens libéraux réalisant des gardes en établissement public à des conditions équivalentes de valorisation de celles reconnues aux praticiens hospitaliers	2	DGOS	07/24

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
24	Etudier, dans la perspective des prochains schémas régionaux, les modalités d'une simplification du circuit d'indemnisation des professionnels libéraux participant à la PDES en établissements privés via un financement direct de ces derniers	3	DGOS/CNAM	T1/24
25	Revaloriser sensiblement les conditions de rémunération des astreintes, dans un objectif de convergence avec celles des praticiens libéraux, en augmentant le montant de l'indemnité forfaitaire et en généralisant le dispositif des astreintes forfaitisées selon des modalités de mise en œuvre harmonisées et consolidées	1	DGOS	07/24
26	Rappeler aux établissements leurs obligations en matière de contrôle du temps de travail réalisé en astreinte et organiser un suivi, au minimum annuel, en commission médicale de groupement, en lien avec le suivi des astreintes forfaitisées	2	DGOS	T1/24
27	Mieux reconnaître les sujétions de gardes en s'appuyant sur un ou plusieurs des trois leviers que constituent la revalorisation de l'indemnité de sujétion, une meilleure valorisation du temps de travail additionnel et la reconnaissance d'une troisième plage de temps de travail de nuit	1	DGOS	09/23 07/24 ou 07/25
28	Fixer les obligations de services hebdomadaires des professionnels enseignants et hospitaliers à 10 demi-journées, comptabiliser dans leurs obligations de service le temps de travail réalisé en gardes et en astreintes, leur ouvrir la possibilité de déclarer du temps de travail additionnel et rémunérer leurs gardes et astreintes aux tarifs communs	1	DGOS / MESRI	07/24
29	Intégrer dans la réglementation le principe, applicable aux praticiens salariés comme libéraux, d'une dispense de participation à la PDES à compter de 60 ans, sauf demande expresse du praticien ou dérogation décidée par le DGARS	2	DGOS / CNAM	07/24

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Améliorer la reconnaissance du travail la nuit, le week-end et les jours fériés du personnel non médical				
30	Améliorer la reconnaissance du travail de nuit avec la création d'une indemnité forfaitaire versée pour toute période comprenant 9h de travail de nuit ; prévoir la possibilité de fractionnement de l'indemnité si seule une partie de nuit doit être indemnisée selon les cycles de travail	1	DGOS/DGAFP	09/23
31	Etendre aux samedis après-midi les modalités d'indemnisation du travail prévues pour les dimanches et les jours fériés	2	DGOS / DGAFP	07/24
32	Améliorer la reconnaissance du travail les dimanches et jours fériés par une augmentation de l'indemnité forfaitaire dédiée ; application le cas échéant aux samedis après-midi	3	DGOS / DGAFP	07/25
33	Définir les conditions de la mise en place d'astreintes de remplacement de week-end permettant de limiter les rappels inopinés des personnels et organiser une expérimentation nationale	1	DGOS	09/23
34	Prévoir l'ouverture d'une concertation sur le régime des astreintes paramédicales et sur leur fonctionnement	2	DGOS	24
Autres recommandations relatives au temps médical				
1	Réaliser une enquête nationale pour mesurer l'évolution du temps médical dans les établissements de santé	2	DGOS	24
2	Définir d'ici à la fin de l'année 2023 les conditions de la mise en place d'organisations de continuité des soins territoriales plus économes en ressources médicales et organiser une expérimentation nationale à compter du début de l'année 2024	1	DGOS	09/23

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	15
RAPPORT	23
1 LA PDSSES, UN DISPOSITIF AU CŒUR DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE EXPOSE A D'IMPORTANTES FACTEURS DE RISQUES, DANS UN CONTEXTE DE TENSIONS CROISSANTES SUR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE	24
1.1.1 <i>Un dispositif pluriel par construction.....</i>	<i>25</i>
1.1.2 <i>Des articulations étroites avec la PDSA, les soins non programmés, les services d'urgences et la continuité des soins au sein des établissements de santé.....</i>	<i>26</i>
1.1.3 <i>Une interdépendance avec l'organisation et la gradation de l'offre de soins, dans le cadre en particulier des autorisations d'activités et d'équipements.....</i>	<i>27</i>
1.1.4 <i>La performance de la PDSSES dépendante d'autres facteurs clefs du fonctionnement du système de santé : le capacitaire, les transports sanitaires et la télé expertise.....</i>	<i>28</i>
1.2 UNE REPARTITION DESEQUILIBREE DES SUJETIONS QUI TROUVE EN PARTIE SON ORIGINE DANS LES FONDEMENTS JURIDIQUES DE LA PDSSES	30
1.2.1 <i>Des différences de traitement entre acteurs inscrites au cœur de la réglementation</i>	<i>30</i>
1.2.2 <i>Un cadrage national laissant d'importantes marges de manœuvre aux ARS.....</i>	<i>32</i>
1.2.3 <i>Des sujétions de PDSSES réparties de manière très variable, conséquence de facteurs médicaux structurels mais également de positions d'acteurs</i>	<i>35</i>
1.3 L'IMPACT CROISSANT DE LA PDSSES SUR LES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES FRAGILISE LA PERENNITE ET LA SOUTENABILITE DES ORGANISATIONS.....	40
1.3.1 <i>Un dispositif consommateur de ressources médicales, des incidences fortes sur le temps et les conditions de travail des praticiens.....</i>	<i>40</i>
1.3.2 <i>Des évolutions sociétales difficiles à objectiver mais manifestement profondes qui affectent l'engagement des professionnels dans la PDSSES</i>	<i>41</i>
1.3.3 <i>Une gestion optimale des compétence médicales de plus en plus incontournable dans un contexte de rareté croissante</i>	<i>44</i>
1.4 LE STATU QUO, UNE OPTION RISQUEE QUI OBLIGE A ENVISAGER DES EVOLUTIONS AMBITIEUSES DE LA PDSSES	45
1.4.1 <i>Les risques du scénario fil de l'eau, y compris accompagné de mesures de revalorisation financières</i>	<i>45</i>
1.4.2 <i>Définir les contours d'un pacte d'engagement pour une nouvelle ambition collective de la permanence des soins en établissements de santé.....</i>	<i>45</i>
2 DES MODALITES D'ORGANISATION ET DE PILOTAGE DE LA PDSSES RENOVEES POUR RENFORCER L'ADHESION DES ACTEURS	46
2.1 UNIFORMISER LES DOCTRINES NATIONALES DE LA PDSSES POUR RENFORCER L'EQUITE DE TRAITEMENT ENTRE LES TERRITOIRES ET LES ACTEURS	47
2.1.1 <i>Harmoniser les règles relatives aux périmètres des spécialités et aux modalités d'organisation de la PDSSES</i>	<i>47</i>
2.1.2 <i>Mettre à l'étude l'intégration des sage-femmes dans la PDSSES au regard du rôle qu'elles assurent au sein de la filière périnatale.....</i>	<i>50</i>
2.2 FINANCER DE MANIERE EQUITABLE LES INDEMNITES DE SUJETIONS ENGAGEES AU TITRE DE LA PDSSES, UNE PRIORITE	51
2.2.1 <i>Le financement des indemnités de sujétions à garantir</i>	<i>51</i>
2.2.2 <i>Des demandes visant à une prise en compte plus large des coûts engagés pour la PDSSES</i>	<i>51</i>

2.2.3	<i>La question du canal de financement</i>	52
2.3	DEFINIR, PAR LE SCHEMA CIBLE, L'ORGANISATION NECESSAIRE ET SUFFISANTE A VISER EN MATIERE DE PDSSES	53
2.3.1	<i>Dans l'attente de la production automatisée d'indicateurs, réaliser une enquête nationale pour avoir une connaissance précise de l'activité assurée par les établissements en période de PDSSES</i>	54
2.3.2	<i>Missionner sans délais les conseils nationaux professionnels des spécialités les plus concernées pour la production de recommandations relatives à la structuration de la permanence des soins</i>	55
2.4	AMELIORER LE SUIVI ET LE PILOTAGE STRUCTURELS DE LA PDSSES	55
2.4.1	<i>Créer les conditions d'un suivi automatisé de l'activité réalisée en période de PDSSES</i>	55
2.4.2	<i>Enrichir les données figurant dans les rapports sociaux des établissements d'information relatives aux professionnels travaillant en période de PDSSES</i>	56
2.4.3	<i>Améliorer le suivi et l'évaluation réguliers de la PDSSES dans le cadre d'une gouvernance renouvelée</i>	57
2.4.4	<i>Renforcer, à l'occasion de l'élaboration des prochains schémas régionaux, l'information des parties prenantes sur le fonctionnement de la PDSSES</i>	58
2.5	PROLONGER D'UNE ANNEE LES SCHEMAS REGIONAUX ACTUELS AFIN DE PREPARER, AVEC LE TEMPS ET LES OUTILS NECESSAIRES, LES PROCHAINS SCHEMAS	59
3	REPENSER LA MISE EN ŒUVRE DE LA PDSSES AUTOUR D'EFFORTS MIEUX PARTAGES DANS LES TERRITOIRES, POUR DES ORGANISATIONS PLUS ROBUSTES ET UN FONCTIONNEMENT PLUS SOUTENABLE	59
3.1	DEUX PRINCIPES STRUCTURANTS POUR LE FONCTIONNEMENT FUTUR DE LA PDSSES	60
3.1.1	<i>Eriger l'engagement dans le fonctionnement de la permanence des soins en valeur socle de la profession auquel les praticiens pourront être appelés à contribuer dans un territoire</i>	60
3.1.2	<i>Fixer réglementairement une fréquence maximale de participation, par praticien, aux gardes et astreintes dans le cadre de la PDSSES</i>	62
3.2	DE NOUVELLES MODALITES DE DESIGNATION DES STRUCTURES CHARGEES DE METTRE EN ŒUVRE LA PDSSES QUI LAISSENT UNE LARGE PLACE A LA RESPONSABILISATION ET A LA SOLIDARITE DES ACTEURS DANS LES TERRITOIRES	65
3.2.1	<i>Faire procéder la participation à la PDSSES d'un acte positif des communautés hospitalières dans le cadre de réponses à des appels à candidatures lancés par les ARS</i>	65
3.2.2	<i>Un processus de désignation des établissements par l'ARS en plusieurs étapes selon les réponses aux appels à candidatures</i>	65
3.2.3	<i>Elever l'organisation et la mise en œuvre de la PDSSES au sein des établissements publics en compétence relevant du GHT</i>	67
3.3	DES DISPOSITIONS JURIDIQUES ET OPERATIONNELLE A PRECISER POUR ACCOMPAGNER LA MISE EN ŒUVRE DES EVOLUTIONS STRUCTURELLES	68
3.3.1	<i>Des conditions opérationnelles claires de partage de la permanence des soins, facteur clef de réussite</i>	68
3.3.2	<i>Réunir les conditions opérationnelles d'un partage réussi de la PDSSES</i>	73
3.3.3	<i>La nécessité d'envisager les conséquences à tirer en cas de non-respect de leurs obligations par les établissements ou les praticiens</i>	73
4	ACCOMPAGNER LES MESURES STRUCTURELLES D'UNE MEILLEURE RECONNAISSANCE DES SUJETIONS DE PDSSES ASSUMÉES PAR LES PROFESSIONNELS	74
4.1	FAIRE CONVERGER LES MODALITES DE REMUNERATION DE LA PDSSES ENTRE LES PROFESSIONNELS LIBERAUX ET SALARIES	75

4.1.1	<i>Harmoniser l'indemnité de sujétion de gardes des praticiens libéraux avec celle des praticiens publics.....</i>	75
4.1.2	<i>Rémunérer le temps de travail des praticiens libéraux assurant des gardes ou astreintes en établissement public.....</i>	76
4.1.3	<i>Simplifier la rémunération des professionnels libéraux intervenant dans la PDSSES.....</i>	77
4.2	AMELIORER SIGNIFICATIVEMENT LES CONDITIONS DE REMUNERATION DES ASTREINTES A L'HOPITAL PUBLIC, UNE PRIORITE.....	78
4.2.1	<i>La reconnaissance actuelle du travail en astreinte à l'hôpital : complexité et insuffisances ...</i>	79
4.2.2	<i>L'amélioration de la reconnaissance du travail en astreinte, un objectif atteignable... ..</i>	80
4.2.3	<i>... sous strictes conditions de suivi</i>	83
4.3	MIEUX RECONNAITRE LES SUJETIONS DE GARDES, UN ARBITRAGE DELICAT A REALISER ENTRE TROIS LEVIERS	83
4.3.1	<i>La revalorisation de l'indemnité de sujétion de garde.....</i>	84
4.3.2	<i>Une meilleure valorisation du temps de travail additionnel</i>	85
4.3.3	<i>La reconnaissance d'une troisième plage de temps de travail de nuit.....</i>	86
4.4	HARMONISER LES MODALITES DE DECOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL ET DE REMUNERATION DES GARDES ET ASTREINTES DES PERSONNELS ENSEIGNANTS ET HOSPITALIERS ET PRATICIENS HOSPITALIERS	90
4.5	PRENDRE EN COMPTE LA LOURDEUR DES GARDES ET ASTREINTES, UN OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEIGNABLE	92
4.5.1	<i>La modulation de la rémunération en fonction de la pénibilité des lignes, une dimension renforcée pour les astreintes qui ne fait pas consensus pour les gardes</i>	92
4.5.2	<i>Une meilleure prise en compte de la pénibilité des gardes et des astreintes souhaitable en fin de carrière</i>	94
4.6	LES PROBLEMATIQUES PARTICULIERES SOULEVEES PAR LA RECONNAISSANCE DU TRAVAIL HORS DES HORAIRES DE SEMAINE ET DE JOUR DU PERSONNEL NON MEDICAL.....	94
4.6.1	<i>Améliorer l'indemnisation du travail de nuit tout en la rendant plus tangible pour les agents</i>	95
4.6.2	<i>Intégrer le samedi après-midi dans les périodes donnant lieu à une indemnisation particulière</i>	97
4.6.3	<i>Améliorer l'indemnisation du travail des dimanches et jours fériés</i>	98
4.6.4	<i>Palier aux difficultés en périodes de tensions saisonnières.....</i>	99
4.6.5	<i>Lancer une expérimentation pour la mise en place d'astreintes de remplacement de week-end</i>	99
4.6.6	<i>Prévoir l'ouverture d'une concertation sur le fonctionnement et sur le régime des astreintes paramédicales.....</i>	100
5	UN CHANGEMENT DE PARADIGME A CONCRETISER	100
	LISTE DES ANNEXES.....	105
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	106
	SIGLES UTILISES	123
	LETTRE DE MISSION	127

RAPPORT

Introduction

[41] Par lettre du 30 janvier 2023, le ministre de la Santé et de la prévention a saisi l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une **mission relative à la permanence des soins en établissements de santé** (PDSES).

[42] L'IGAS avait été saisie en janvier 2020 par la ministre des Solidarités et de la santé d'une mission relative à l'évaluation de la PDSES. Cette mission, fortement perturbée par la pandémie de COVID-19, a fait l'objet d'un **rapport d'étape remis en mars 2021** au ministre en charge de la santé qui a constitué une aide précieuse pour la mission.

[43] **La lettre du 30 janvier 2023 demande à ce que ces travaux soient approfondis, en lien avec le discours du Président de la République qui appelait à une répartition plus juste et coopérative des obligations de PDSES¹⁸, dans les directions suivantes : la simplification de l'organisation du temps de travail et l'évolution de sa rémunération en période de PDSES ; le renforcement de la solidarité territoriale, incluant les établissements privés ; une meilleure reconnaissance des sujétions en période de PDSES, y compris pour le personnel non-médical lorsqu'il exerce au titre de la continuité des soins.**

[44] **Les travaux réalisés par la mission précédente relevaient les fragilités du fonctionnement de la PDSES.** La pression que la pandémie a fait peser sur les ressources humaines hospitalières, les tensions sociales persistantes ainsi que les inquiétudes croissantes exprimées concernant l'attractivité de l'exercice à l'hôpital n'auront contribué à atténuer ni l'acuité de ces constats ni la sensibilité des enjeux associés.

[45] **La situation observée à l'abord de l'été 2022 a conduit le ministère de la santé à confier à F Braun, alors président de SAMU Urgences de France, une « mission flash sur les urgences et les soins non programmés »,** mission elle-même suivie d'une « mission d'évaluation des mesures pour les soins urgents non programmés » réalisée par l'IGAS. Des mesures d'urgence de majoration exceptionnelle des indemnités de garde du personnel médical (+50 %) et du travail de nuit du personnel non médical (+100 %) ont été mises en œuvre dans le secteur public dans les suites de ces rapports pour la période estivale¹⁹ ; ces mesures ont été prorogées jusqu'à ce que des décisions soient prises dans les suites de la présente mission.

¹⁸ Discours prononcé le 6 janvier 2023

¹⁹ Ces mesures représentent des engagements financiers importants évalués par la DGOS à 392 M€ en année pleine pour la majoration du tarif des gardes médicales et 280 M€ pour la majoration de l'indemnité de travail de nuit

[46] Pour mener ses travaux, la mission s'est appuyée sur trois leviers :

- **Des auditions et réunions de travail**, près de 80, auprès d'une très grande variété d'acteurs, près de 300 personnes au total, à l'échelle nationale, représentants du champ politique et institutionnel (cabinets ministériels, administrations centrales, autorités, agences et ordres du champ sanitaire), professionnel (fédérations et conférences hospitalières) et syndical (des personnels médicaux salariés et libéraux, et non médicaux) ;
- **Quatre déplacements** en régions²⁰ permettant de rencontrer des représentants des ARS en charge de l'organisation de la PDSSES, de CHU de la région et de panels d'établissements du champ de l'hospitalisation publique et privée à but lucratif ou non (panels d'établissements composés par les ARS)²¹ ;
- **Deux enquêtes SOLEN** réalisées à destination des ARS pour l'une et d'un panel d'établissements de santé pour l'autre. Ces enquêtes étaient destinées à documenter le sujet sur le plan du dimensionnement des organisations de PDSSES mises en œuvre (poids des spécialités, des modes d'organisation (gardes, astreintes organisations mixtes), part respective des catégories d'établissements) et de leur impact en matière RH. Ces enquêtes ont été administrées avec l'appui du pôle Data de l'IGAS.

[47] En dépit des fortes contraintes de délais imposées pour l'organisation des auditions et des déplacements, la mission tient à souligner la réactivité et la disponibilité manifestée par la grande majorité des acteurs qui témoignent de l'intérêt et des attentes suscités par le sujet.

[48] **Au terme de ses travaux, la mission fait le constat que la PDSSES, un dispositif au cœur du fonctionnement du système de santé, est exposé à d'importants facteurs de risques (partie 1) qui appellent une rénovation des modalités d'organisation et de pilotage afin de renforcer l'adhésion des acteurs (partie 2) permettant de repenser profondément sa mise en œuvre autour d'effort mieux partagés dans les territoires, pour des organisations plus robustes et un fonctionnement plus soutenable (partie 3). La perspective d'organisations de PDSSES plus compactes, à l'activité plus dense et mieux partagée, appelle une meilleure reconnaissance des sujétions supportées par les professionnels (partie 4).**

1 La PDSSES, un dispositif au cœur du fonctionnement du système de santé exposé à d'importants facteurs de risques, dans un contexte de tensions croissantes sur la démographie médicale

[49] Depuis la loi du 21 juillet 2009, la PDSSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de « nouveaux patients » dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements de santé « la nuit (...), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés ». La PDSSES se distingue à la fois de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), de l'organisation des

²⁰ Auvergne-Rhône Alpes, Hauts-de-France, Ile-de-France, Nouvelle Aquitaine

²¹ Les contraintes de délai inhérents à la mission n'ont pas permis, ce que la mission aurait souhaité, d'organiser plus de déplacements et de consacrer plus de temps à chaque déplacement

services d'urgences (SU) et de la continuité des soins, en permettant la réalisation de soins spécialisés en aval des SU ou en accès direct en lien avec la régulation médicale.

[50] **Ce sont l'ensemble des gardes et d'astreintes reconnues dans les schémas régionaux de la PDSSES arrêtés par les agences régionales de santé (ARS), leur mise en œuvre par les établissements de santé et la mobilisation des ressources humaines médicales afférentes qui constituent globalement le dispositif de PDSSES.**

Le rapport d'étape de mars 2020, une ressource précieuse

Il a largement documenté l'historique de la PDSSES sur le plan à la fois juridique (la loi HPST et ses suites réglementaires), politique (les objectifs de rationalisation attendus des ARS dans le cadre d'une territorialisation de la PDSSES) et budgétaire (les modalités de financement via le fond d'intervention régional (FIR)).

Toutes les parties prenantes n'ayant pu être rencontrées, le rapport n'avait pas été rendu public, il figure en annexes 1 et 2. Des références y sont régulièrement faites lorsque cela facilite l'éclairage des rappels réglementaires et la remise en perspective des enjeux.

Le renvoi aux annexes permet d'alléger la première partie du rapport en recourant à des présentations synthétiques des dispositifs et problématiques rencontrées, au bénéfice des enseignements et éléments de contexte plus récents recueillis par la mission dans le cadre de ses travaux.

1.1.1 Un dispositif pluriel par construction

[51] La permanence des soins en établissements de santé, si elle se conjugue au singulier en tant qu'objectif de politique sanitaire, se décline en autant d'organisations que de spécialités médicales et de territoires : la gradation, les modalités opérationnelles, les ressources mobilisées diffèrent fortement selon les spécialités.

[52] Deux approches doivent s'intégrer de manière complémentaire : la **logique verticale**, qui organise la gradation des dispositifs selon les niveaux de recours requis, et la **logique horizontale**, qui mobilise les ressources soignantes et les plateaux techniques à l'échelle des territoires. C'est ce qui fait de la PDSSES un dispositif pluriel par construction.

[53] Deux grilles de lectures étaient proposées dans le rapport d'étape pour appréhender les critères de mise en œuvre de la PDSSES (voir 1.1.4 et 3.1.3.3 du rapport d'étape) :

- **L'approche, d'inspiration réglementaire et budgétaire, inscrite dans la circulaire DGOS du 1^{er} août 2011²², qui distingue :**
 - Les lignes de gardes ou d'astreintes mises en place en raison d'une obligation réglementaire attachée à une activité de soins (réanimations, obstétrique, chirurgie cardiaque, activités interventionnelles en neurologie...),

²² Circulaire DGOS /R5 n°2011-311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins

- Celles ne résultant pas de telles obligations mais « pouvant également nécessiter l'organisation d'une PDSSES » (gastroentérologie, pneumologie, chirurgies vasculaire, orthopédique, urologique...),
- Des lignes correspondant aux spécialités médico-techniques (biologie, radiologie et imagerie médicale, pharmacie) dont certaines pouvaient le cas échéant être reconnues et indemnisées au titre de la PDSSES « selon les marges de manœuvre régionales disponibles au niveau régional »,
- **L'approche par la segmentation des activités inscrite dans une logique de gradation des soins et de filières** plus ou moins formalisées, inspirée par l'analyse des schémas régionaux de la PDSSES en vigueur, qui distingue²³ :
 - Les activités organisées en proximité²⁴ (filiale périnatale de premier niveau, chirurgies viscérale et orthopédique, cardiologie, anesthésie réanimation, radiologie...),
 - Les activités dites de référence territoriale que l'on retrouve principalement au niveau des établissements supports de GHT (soins critiques, unités neurovasculaires, chirurgies spécialisées (urologie, vasculaire...), cardiologie interventionnelle, endoscopies...)
 - Les activités de recours régional, hautement spécialisées, assurées par un nombre limité d'établissements, essentiellement les CHU (réanimation pédiatrique, radiologie interventionnelle, unités neurovasculaires de recours, infectiologie, chirurgies très spécialisées (pédiatrique, thoracique, cardiaque), grands brûlés (recours interrégional...)).

La mission considère que la seconde approche permet d'appréhender les enjeux de la PDSSES de manière beaucoup plus directement liée à l'organisation des soins et des prises en charge.

1.1.2 Des articulations étroites avec la PDSA, les soins non programmés, les services d'urgences et la continuité des soins au sein des établissements de santé

[54] La permanence des soins ambulatoires et la permanence des soins en établissement de santé contribuent à assurer la continuité de la prise en charge des demandes de soins non programmées entre la ville et l'hôpital. Comme présenté dans la circulaire du 1^{er} août 2011, les champs respectifs de la PDSA et de la PDSSES ne relèvent ni des mêmes logiques ni des mêmes acteurs : la PDSA a pour objet de répondre à des besoins de soins non programmés relevant de la médecine de ville aux horaires de fermeture des cabinets médicaux ; une meilleure régulation de la PDSA est attendue du déploiement du service d'accès aux soins (SAS). Elle est assurée par les médecins libéraux effecteurs et des centres de santé. Elle peut être effectuée dans les points fixes de garde que sont les maisons médicales de garde. L'un des enjeux est d'assurer l'égal accès aux soins de premier recours aux heures de fermeture des cabinets libéraux.

²³ Des lignes médico-techniques sont déployées aux différents niveaux de gradation

²⁴ La prise en charge des activités de PDSSES de proximité est assurée y compris dans des CHU au sein de leur bassin de vie

[55] Le point d'articulation se situe dans les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, SU), qui assurent la coordination entre la ville et l'hôpital :

- D'une part en amont des services de médecine d'urgence pour organiser l'entrée des patients dans le système de soins ;
- D'autre part en aval de ces services pour l'orientation des patients lorsque leur état requiert une prise en charge dans un établissement de santé et notamment par un plateau technique ;
- Il convient par ailleurs de faciliter l'accueil de personnes présentant des difficultés spécifiques et de veiller à améliorer les modalités d'information des structures médico-sociales sur les structures hospitalières participant à la PDSSES. Il est important d'identifier parmi elles les structures et filières spécifiques de prise en charge (par exemple prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en urgence).

[56] Le fonctionnement des services d'urgences et de la PDSSES est étroitement imbriqué :

- Les lignes de PDSSES servent d'aval pour certains patients des SU. L'activité des lignes de PDSSES est fortement dépendante du niveau d'activité des SU, ce qui est pris en compte dans l'attribution de lignes par les ARS. Le souci de désengorger les SU a d'ailleurs conduit certaines ARS à autoriser des lignes de PDSSES en médecine polyvalente, interne ou gériatrique, qui relèvent ailleurs de la continuité ;
- Les médecins de permanence sont sollicités par ceux des urgences pour des avis spécialisés et ils décident souvent ensemble des interventions à réaliser en PDSSES ou susceptibles d'être différées au lendemain.

[57] De même, les gardes et astreintes, mises en œuvre par les établissements pour assurer le suivi médical la nuit, le week-end et les jours fériés des patients pris en charge dans le cadre de l'activité de jour relèvent de ce qui est appelé la continuité des soins. Ce distinguo entre permanence et continuité des soins n'est pas toujours très lisible dans les faits; lorsqu'une ligne de PDSSES est créée dans un établissement, les praticiens prennent en charge de nouveaux patients comme ils assurent le suivi des patients hospitalisés. L'organisation mise en place répond alors à une double vocation.

1.1.3 Une interdépendance avec l'organisation et la gradation de l'offre de soins, dans le cadre en particulier des autorisations d'activités et d'équipements

[58] Le régime réglementaire d'autorisation des activités de soins et des équipements de matériels lourds fixe pour chaque activité concernée les conditions de fonctionnement qui peuvent comprendre des obligations de gardes ou d'astreintes et entraîner, le cas échéant, l'accueil de nouveaux patients en période de PDSSES.

[59] Ces activités réglementées étaient listées dans l'annexe 1 de la circulaire du 1^{er} août 2011 qui précisait les activités comportant des obligations de continuité ou de permanence des soins. L'inscription d'une obligation de permanence des soins relevant d'une autorisation n'emportait

pas automatiquement la reconnaissance de la mission de service public de PDSES et du financement correspondant²⁵. Des possibilités de mutualisation territoriale étaient prévues.

[60] La réforme des autorisations²⁶ entrée en vigueur le 1^{er} juin 2023 apporte quelques modifications concernant la PDSES (voir annexe 3) :

- Les obligations de PDSES pour certaines activités : neuroradiologie (distinction entre les différents types de prise en charge ; thrombectomie notamment), radiologie interventionnelle (astreinte ou garde), IRM et scanner et équipements d'imagerie en coupes (sur proposition du DGARS), soins critiques adultes en déclinant la réanimation et les soins intensifs polyvalents ou de spécialités ;
- De nouvelles mutualisations possibles : IRM, scanner, radiologie interventionnelle.

[61] **Il existe une étroite interdépendance entre la permanence des soins en établissements de santé et la gradation des soins.** Si le régime des autorisations crée des obligations en matière de permanence des soins, à contrario, l'impossibilité d'assumer ces obligations de permanence des soins met en cause la capacité à poursuivre les activités autorisées concernées. Ceci est particulièrement vrai pour les activités de soins critiques.

1.1.4 La performance de la PDSES dépendante d'autres facteurs clefs du fonctionnement du système de santé : le capacitaire, les transports sanitaires et la télé expertise

1.1.4.1 Les capacités d'accueil

[62] Pour que la PDSES fonctionne de manière satisfaisante, il convient que les établissements désignés assument leur engagement en matière d'accueil de patients qui se présentent, sont orientés par la régulation ou adressés dans le cadre de transferts inter établissements après échange entre les équipes médicales. La diminution du nombre de lits de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, en raison en particulier du développement de l'ambulatoire, impacte de manière importante les capacités d'accueil en aval des urgences. Ces enjeux capacitaires, inégalement présents selon les spécialités et les territoires, pèsent sur le fonctionnement de la PDSES au travers des refus de transferts.

[63] L'absence **de fluidité en aval des urgences** a été signalée par plusieurs interlocuteurs comme un indicateur de dysfonctionnement de la PDSES (ligne reconnue mais prises en charge bloquées), à l'origine de tensions entre équipes médicales²⁷. L'ARS Ile-de-France avait instauré un registre des refus et des fonctionnements non conformes en permanence des soins. En 2021 un taux de refus de 32 % était enregistré²⁸.

²⁵ Annexe 1 du guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins

²⁶ Ordonnance 2021-583 du 12 mai 2021

²⁷ Le manque de fluidité est parfois à rechercher dans un blocage observé au niveau de l'aval de l'aval des urgences

²⁸ Annexe 1 Rapport d'étape 2021

[64] **La sensibilité des disponibilités capacitaires est d'autant plus grande que l'organisation de la PDSSES est rationalisée à l'échelle du territoire et que les possibilités d'orientation alternative sont limitées.** Ce paramètre doit faire l'objet d'un suivi attentif dans le cadre des modalités de pilotage et d'évaluation de la PDSSES.

1.1.4.2 Les transports sanitaires

[65] **La mise en place d'organisations de PDSSES graduées nécessite également de s'appuyer sur une organisation performante de transports sanitaires** afin de pouvoir organiser le transfert des patients vers des plateaux techniques adaptés à leur état. En période de PDSSES, la mobilisation des transports est déclenchée par les centres de régulation médicale selon le degré d'urgence et la configuration géographique (médicalisé ou non, terrestre, hélicoptère).

[66] Aux dires d'acteurs, l'organisation des transports sanitaires ne semble pas faire obstacle au fonctionnement gradué de la PDSSES bien que des tensions soient rencontrées dans certains territoires concernant la disponibilité des ambulances privées non médicalisées pour assurer les transferts inter-établissements en nuit profonde²⁹. La réforme récente des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde vise à réorganiser la réponse des entreprises de transport sanitaire privées aux demandes de transport sanitaire urgent dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU)³⁰.

[67] Comme pour les questions capacitaires, la **possibilité de mobiliser les transports sanitaires prend une importance renforcée dans le cadre d'organisations de PDSSES plus territorialisées.** Elle devra faire l'objet d'une attention particulière de la part des instances territoriale et régionale de suivi de la PDSSES.

1.1.4.3 La télémédecine

[68] La télémédecine se définit comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients³¹.

[69] **La télémédecine permet de répondre à des problématiques spécifiques rencontrées en période de PDS. Elle ouvre la possibilité de développer une approche plus partagée et sécurisée des compétences mobilisées ;** elle permet de rompre une forme d'isolement des professionnels exerçant dans certains établissements ; elle contribue à limiter les transferts inopportuns.

²⁹ Annexe 1 Rapport d'étape 2021

³⁰ Décret 2022-631 du 22 avril 2022

³¹ Article L6316-1 du CSP

[70] **Historiquement, la télémedecine a principalement été déployée dans les filières de prise en charge neurovasculaire et en radiologie.** Dans la filière neurovasculaire, qui nécessite des compétences techniques rares et concentrées sur quelques établissements, cela a permis, avec une bonne coordination entre les centres de régulation, l'imagerie et la neurologie pour identifier les patients nécessitant un traitement en urgence, d'éviter des déplacements consommateurs de ressources.

[71] **La télémedecine gagnerait à s'étendre en période de permanence des soins à d'autres spécialités,** médicales ou chirurgicales, y compris pour les personnes accueillies en établissements médico-sociaux. Son déploiement, selon les possibilités identifiées, pourrait permettre de réorganiser certains dispositifs autour de lignes de PDSES territoriales, une astreinte voire une garde de référence territoriale, plutôt que plusieurs astreintes de proximité par exemple. **Dès lors qu'il est correctement protocolisé, ce mode d'organisation renforce le niveau des compétences mobilisées et permet une meilleure utilisation des ressources médicales.**

1.2 Une répartition déséquilibrée des sujétions qui trouve en partie son origine dans les fondements juridiques de la PDSES

1.2.1 Des différences de traitement entre acteurs inscrites au cœur de la réglementation

1.2.1.1 Etablissements et praticiens inégalement exposés aux obligations de la PDSES

[72] **L'exposition des praticiens aux exigences de la permanence des soins est très différente selon les secteurs d'hospitalisation dans lesquels ils travaillent, obligatoire pour les uns, volontaire pour les autres :**

- Pour les établissements de santé publics, la participation au service public hospitalier impose aux praticiens qui y exercent une obligation d'assurer la continuité et la permanence des soins. Cette obligation trouve une traduction dans les statuts qui les régissent³².
- Les praticiens exerçant dans les établissements privés d'hospitalisation à but non lucratif dépendent de la convention collective nationale 51 (CCN 51) qui précise qu'ils peuvent être appelés à assurer, en sus de la durée normale du travail, des gardes ou astreintes dans l'établissement³³.
- Pour les médecins libéraux qui interviennent en établissements privés à but lucratif (ex OQN), les lois et règlements ne prévoient pas d'obligation formelle. L'article 77 du Code

³² L'article R6152-28 concernant par exemple les praticiens hospitaliers prévoit que « Les médecins et odontologistes régis par la présente section ont la responsabilité médicale de la continuité des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement. Les pharmaciens régis par la présente section ont la responsabilité de l'organisation de la permanence pharmaceutique ». Si la rédaction n'est pas des plus explicite, sa portée ne semble pas porter à débat au sein de la communauté hospitalière. Une clarification serait toutefois opportune

³³ Article M.05.02 CCN 51

déontologie médicale (R.4127-77 du code de la santé publique) établit bien qu'« *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent* ». Toutefois, ce devoir ne correspond plus à une obligation individuelle depuis 2002³⁴.

1.2.1.2 Des conditions d'indemnisation marquées par des différences notables entre praticiens salariés et libéraux

[73] Ces éléments font l'objet d'une présentation détaillées dans le rapport d'étape (partie 1.4) et dans ses annexes. Seuls des éléments généraux sont repris ci-après pour mettre en évidence les disparités les plus caractérisées.

Rappel sur les modalités de rémunération différentes entre les praticiens publics et libéraux

Le revenu des praticiens en période de PDSSES est constitué de l'indemnisation de la sujétion, de garde ou d'astreinte, et de la rémunération de leur activité. Cette dernière diffère entre les professionnels salariés (salaire) et les professionnels libéraux (tarification des actes réalisés). Dans un cas la rémunération est fixe (quote-part du salaire ou temps de travail additionnel) et variable dans l'autre (fonction de l'activité enregistrée au cours de la garde ou de l'astreinte). Il n'entraîne pas dans le champ de la mission de réinterroger ces modes de rémunération.

[74] **L'organisation et l'indemnisation des gardes et des astreintes médicales dans les établissements publics de santé sont principalement régies par l'arrêté du 30 avril 2003³⁵**, arrêté qui a été régulièrement actualisé. L'indemnité de sujétion garde des praticiens hospitaliers s'élève à 277,19 €. Un tarif particulier est prévu à 496,43 € pour les professionnels enseignants et hospitaliers (voir 4.4 pour les explications de cette différence tarifaire). Concernant l'indemnité de sujétion d'astreintes, il existe deux montants (43,86 € pour l'astreinte opérationnelle et 31,99 € pour l'astreinte de sécurité) ainsi que la possibilité de forfaitiser leur rémunération sur la base de la fréquence et du temps d'intervention. Enfin, les modalités de rémunération diffèrent en fonction de l'existence ou non d'un schéma territorial de la PDSSES³⁶.

[75] **L'indemnisation des gardes et astreintes des médecins salariés des établissements de santé à but non lucratif est de principe régi par la CCN 51** ; il existe toutefois une autonomie permettant aux établissements de modifier le niveau de l'indemnisation ce qui leur offre une souplesse dont ne bénéficient pas les deux autres secteurs ;

³⁴ L'article R 6315-4 stipule ainsi, pour la PDSA, que « Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat »

³⁵ Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

³⁶ Dès qu'un schéma territorial de la PDSSES était adopté au sein d'un GHT, les modalités d'indemnisation des sujétions d'astreinte et du temps de travail additionnel des praticiens sont, de droit, les plus avantageuses pour les praticiens

[76] **L'indemnisation des médecins libéraux mettant en œuvre la PDESES dans les établissements de santé privés à but lucratif est encadrée par l'arrêté du 18 juin 2013**³⁷. Les forfaits relatifs aux astreintes ont fait l'objet d'une revalorisation par arrêté du 31 août 2021. L'indemnité sujétion garde de référence s'élève à 229 €, l'indemnité de sujétion d'astreinte à 180 €, décomposé en tarifs différents pour la soirée (60 €) et la nuit profonde et le samedi après-midi (120 €).

1.2.2 Un cadrage national laissant d'importantes marges de manœuvre aux ARS

1.2.2.1 La réforme de la PDESES dans le cadre de la loi HPST : une logique de rationalisation des organisations et de leur financement

[77] L'historique du financement de la PDESES est développé dans le rapport d'étape (partie 1.1) et ses annexes : le régime en vigueur d'avant la loi HPST, les principes posés à la loi HPST, la création d'une mission d'intérêt général puis d'une mission de service public relative à la PDESES.

[78] Depuis une dizaine d'années, le financement de la PDESES est assuré par le FIR mis en œuvre à compter du 1er mars 2012 par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012³⁸. Dans le prolongement de la création de la mission d'intérêt général PDSH puis PDESES, l'intégration du financement de la PDESES au FIR, dans le cadre d'enveloppes très largement fongibles confiées aux ARS, visait à faciliter l'atteinte d'objectifs ambitieux de rationalisation qui leur étaient fixées.

[79] **Le financement de la PDESES vise à couvrir l'indemnisation des médecins des établissements participant aux lignes de gardes et d'astreintes reconnues par l'ARS**, selon des modalités différentes entre établissements publics et privés à but non lucratif et les établissements privés³⁹. Le cadre juridique et les instructions données aux directeurs généraux des ARS (DG ARS) ne requièrent pas que les financements alloués couvrent la totalité du coût pour les établissements des ressources médicales mobilisées pour la mise en œuvre de la PDESES, ni a fortiori l'ensemble des coûts induits par celle-ci. L'article R6111-49 du CSP ouvre par ailleurs la possibilité d'un financement par le FIR pour cette participation à la PDESES, mais n'empêche pas, en lui-même, une obligation de financement à ce titre⁴⁰.

³⁷ Arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé.

³⁸ Selon le ministère de la santé, le FIR a été créé « avec pour ambition de regrouper au sein d'une même enveloppe, globale et fongible asymétriquement, des crédits auparavant dispersés. Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, le FIR vise à redonner aux agences régionales de santé (ARS), par une plus grande souplesse de gestion, de nouvelles marges de manœuvre dans l'allocation des crédits et à leur offrir des leviers renforcés au service d'une stratégie régionale de santé transversale, déclinant les objectifs nationaux de santé et favorisant les innovations au sein des territoires. Le fonds doit permettre aux ARS d'optimiser les dépenses, l'objectif étant de passer d'une logique de moyens et de financements fléchés à une logique d'objectifs et de résultats ». Cf. les rapports d'activité du FIR au Parlement pour les années 2012 à 2019 ; Cf. également les circulaires ou instructions annuelles relatives aux modalités de mise en œuvre du FIR depuis 2012.

³⁹ La PDESES (comme la PDSA) est financée au titre de sa « mission 3 » dédiée à « la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire

⁴⁰ « La participation des établissements (...) peut être prise en charge financièrement par le fonds d'intervention régional. (...)

Les ministres de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :

1.2.2.2 Une doctrine ministérielle souple et très stable depuis une dizaine d'années

[80] Le gouvernement a précisé les objectifs et modalités de cette « remise à plat » de la PDSES par voie de circulaires, dont une qui fait référence, la circulaire DGOS /R5 n°2011-311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins.

[81] Soulignant le fait que les SROS-PRS devaient être conçus en cohérence avec le resserrement continu de la contrainte financière, ce guide méthodologique a identifié la PDSES comme l'un des « enjeux » ayant un caractère organisationnel pour l'ensemble de l'offre de soins », un des « leviers incontournables pour améliorer » celle-ci. Selon ce guide, la réorganisation de la PDSES constituait « l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins ».

[82] Ce document très structurant définissait la PDSES dont le champ n'était pas - et n'est toujours pas aujourd'hui – arrêté au niveau législatif ou réglementaire ; précisait les principaux enjeux - en termes d'amélioration de l'accès aux soins, de qualité de la prise en charge et d'efficience - attachés à la réorganisation de la PDSES, et les principales orientations retenues au niveau national ; détaillait la démarche d'élaboration du « schéma-cible » de la PDSES par les ARS ; présentait les conditions d'attribution de l'ensemble des « missions de service public », dont la PDSES, aux établissements.

[83] La mission relève trois points qui auront fortement pesé sur la mise en œuvre de la PDSES depuis la diffusion de cette circulaire :

- **Le prisme financier** qui l'animait et qui a pu être à l'origine d'incompréhensions des acteurs, du secteur privé notamment, suite à la suppression de lignes de permanence sans modification substantielle de l'environnement sanitaire ;
- **La souplesse**, pour le moins surprenante, avec laquelle les spécialités éligibles à la PDSES sont mentionnées. A titre d'illustration, parmi les spécialités médico-techniques, dont il est indiqué qu'elles « ne relèvent pas directement des schémas cibles » et qu'elles « pourront le cas échéant être « indemnisées », selon les marges de manœuvre financières disponibles au niveau régional », l'imagerie est la 6^{ème} spécialité la plus représentée dans les actuels schémas régionaux de la PDSES avec 407 lignes de gardes et d'astreintes (voir 1.2.3)⁴¹ ;
- **L'absence de levier véritablement efficace à la disposition des DG ARS** pour faire face aux situations de fragilité, voire de carence, en matière de PDSES.

1° La nature des charges couvertes par le fonds d'intervention régional au titre du premier alinéa, qui peut être différente en fonction des catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et des types de services ;

2° Les conditions d'indemnisation des médecins mentionnés au deuxième alinéa »

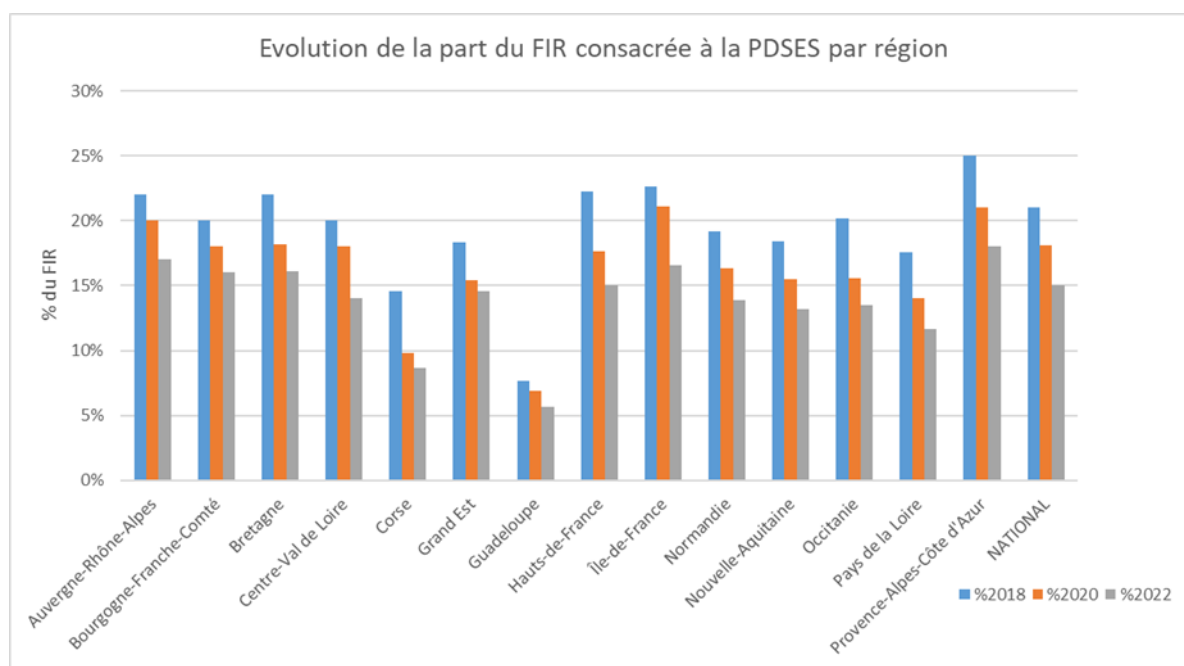
41 Annexe 1 Précisions complémentaires 6. « Les spécialités médico-techniques nécessaires à toute continuité des soins (biologie, radiologie et imagerie médicale, pharmacie), si elles ne relèvent pas à ce titre directement des schémas cibles de permanence des soins régionaux peuvent néanmoins s'inscrire dans la même logique de rationalisation et de mutualisation inter-établissements en cohérence avec les schémas cibles de PDSES retenus. Les lignes de gardes et/ou d'astreintes correspondantes pourront le cas échéant être « indemnisées », selon les marges de manœuvre financières disponibles au niveau régional »

1.2.2.3 L'hétérogénéité des doctrines régionales affecte la lisibilité et l'adhésion des acteurs à la mise en œuvre de la PDSES

[84] La mission de 2020 avait fait le constat, confirmé par la présente mission, de la relative l'hétérogénéité des modalités selon lesquelles la PDSES est mise en œuvre dans les régions. Cette situation est à l'origine d'incompréhensions de la part des acteurs dont certains stigmatisent volontiers des incohérences ou des inégalités de traitement. **L'hétérogénéité porte sur les spécialités reconnues ou non dans les schémas** (la gériatrie, la médecine polyvalente ou la psychiatrie notamment) **ainsi que sur les niveaux de financement** (prise en compte du surcout des gardes en CHU, financement partiel de certaines lignes voire arrêt de financement, niveau de valorisation des lignes d'astreintes, reconnaissance de lignes de gardes d'internes).

[85] La part du FIR consacrée à la PDSES est variable selon les régions. Si la majorité des régions, hors Corse et Guadeloupe, consacraient autour de 20 % du FIR au financement de la PDSES en 2018, l'écart entre les Pays de la Loire (17,7 %) et PACA (25 %) était tout de même de 7,3 % (42 %). La baisse de la part relative s'explique par une augmentation globale du montant du FIR, et ne reflète pas une baisse des financements accordés à la PDSES qui restent globalement stables⁴².

Tableau 1 : Evolution par région de la part du FIR consacrée à la PDSES de 2018 à 2022



Source : Enquête Solen ARS Mission IGAS 2023

[86] **De fait, s'il n'est pas contestable qu'il revient à l'ARS, en tant que régulateur, de définir l'architecture et l'armement du schéma régional adapté au territoire, il l'est plus que la mise en œuvre d'une mission aussi importante que la PDSES permette des possibilités d'interprétation dans le choix des spécialités qui la constituent et les modalités et niveaux de son financement.**

⁴² Schéma 6 et 7 de l'annexe 4, enquête Solen ARS

1.2.3 Des sujétions de PDSES réparties de manière très variable, conséquence de facteurs médicaux structurels mais également de positions d'acteurs

[87] Confrontée à l'absence structurelle de données pour analyser dans le détail le poids et la répartition de gardes et astreintes relevant de la PDSES la mission a réalisé deux enquêtes SOLEN, l'une à l'attention des ARS, l'autre auprès d'un panel d'établissements choisis par les ARS. **Ces enquêtes ont été administrées et analysées en collaboration étroite avec le pôle Data de l'IGAS dont l'appui a été précieux.**

[88] Les résultats de l'enquête diffusée à l'ensemble des ARS apportent un éclairage précieux sur les schémas régionaux de la PDSES mis en œuvre par les ARS dont les principaux enseignements sont présentés ci-après et de manière plus complète dans l'annexes 4.

1.2.3.1 Une connaissance enfin précise des lignes de gardes et d'astreintes inscrites aux schémas régionaux de la PDSES

[89] **6535 lignes de PDSES ont été recensées dans les 14 ARS ayant répondu à l'enquête** : 30 % des lignes de gardes (2004), 58 % de lignes d'astreinte (3796), 12 % de lignes « mixtes » (½ gardes, ½ astreintes, ou astreintes de semaine gardes de week-end) (736). La répartition par modalités est très différente selon les catégories de spécialités, les gardes sont concentrées sur très peu de spécialités, tandis que les astreintes couvrent beaucoup plus de spécialités.

[90] Le tableau 2 présente la photographie de la répartition des schémas par spécialités et modalités d'organisation. Au regard de l'intérêt des informations contenues, la mission fait le choix d'insérer ce tableau in extenso dans le rapport.

Tableau 2 : Répartition par spécialité des lignes de garde, d'astreintes et d'organisations mixtes reconnues aux schémas régionaux de la PDES

Spécialité	Gardes	%gardes	Astreintes	% ast.	Autres	%autres	TOTAL	% TOTAL
Anesthésie Réanimation	426	21%	365,25	10%	77	10%	868,25	13,3%
Gynéco-obsétrique	239	12%	254	7%	4	1%	497	7,6%
Soins critiques adultes	423	21%	55	1%	19	3%	497	7,6%
Chirurgie digestive	52	3%	315,5	8%	93	13%	460,5	7,0%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	45	2%	225,1	6%	144	20%	414,1	6,3%
Imagerie non interventionnelle	95,5	5%	276,25	7%	36	5%	407,75	6,2%
Pédiatrie générale	112	6%	220	6%	11	1%	343	5,2%
Soins critiques cardiologiques	246	12%	30	1%	21	3%	297	4,5%
Soins critiques pédiatriques et néonataux	139	7%	110	3%	0	0%	249	3,8%
Cardiologie interventionnelle	0	0%	201	5%	1	0%	202	3,1%
Chirurgie urologique	4	0%	152,7	4%	35	5%	191,7	2,9%
Médecine interne	3	0%	135,5	4%	43	6%	181,5	2,8%
Biologie	22	1%	116	3%	41	6%	179	2,7%
Endoscopie digestive/gastro	6	0%	124	3%	26	4%	156	2,4%
Autres spécialités	34	2%	85	2%	26	4%	145	2,2%
Activités Neurologie vasculaires	51	3%	84,5	2%	5	1%	140,5	2,1%
Chirurgie ORL	1	0%	112	3%	15	2%	128	2,0%
Chirurgie vasculaire	1	0%	117,9	3%	8	1%	126,9	1,9%
Chirurgie ophtalmologique	4	0%	85	2%	28	4%	117	1,8%
Chirurgie pédiatrique	17	1%	79	2%	9	1%	105	1,6%
Imagerie Interventionnelle	5,5	0%	76	2%	8	1%	89,5	1,4%
Pharmacie	3	0%	67	2%	19	3%	89	1,4%
Chirurgie cardiaque	2	0%	67	2%	4	1%	73	1,1%
Psychiatrie	17,5	1%	51	1%	2	0%	70,5	1,1%
Dialyse / Néphrologie	11	1%	43	1%	15	2%	69	1,1%
Endoscopie bronchique	3	0%	63	2%	2	0%	68	1,0%
Neurologie	10	0%	52	1%	3	0%	65	1,0%
Hépto-gastro-entérologie	2	0%	54	1%	5	1%	61	0,9%
Onco-hématologie	21	1%	34	1%	4	1%	59	0,9%
Chirurgie de la main	0	0%	41	1%	15	2%	56	0,9%
Chirurgie thoracique	1	0%	36	1%	1	0%	38	0,6%
Chirurgie maxillo-faciale	1	0%	29	1%	2	0%	32	0,5%
Maladies infectieuses	0	0%	25	1%	3	0%	28	0,4%
Geriatric	1	0%	4	0%	9	1%	14	0,2%
Grands brûlés	5	0%	7	0%	0	0%	12	0,2%
Chirurgie dentaire	0	0%	2	0%	2	0%	4	0,1%
Chirurgie bariatrique	0	0%	1	0%	0	0%	1	0,0%
Greffes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Radiothérapie	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Total	2003,5		3795,7		736,0		6535,2	

Source : Enquête SOLEN ARS 2023

1.2.3.2 Une pression pesant sur un socle d'une dizaine de spécialités dont certaines très fortement exposées aux impératifs de PDSSES

[91] **Sur les 40 spécialités proposées dans l'enquête, quatre (anesthésie-réanimation, soins critiques adultes, soins critiques en cardiologie et gynécologie-obstétrique) concentrent à elles seules 66 % des lignes de gardes inscrites aux schémas.** Les 10 spécialités les plus importantes concentrent 90 % des lignes de gardes, tandis que 14 spécialités n'ont aucune ligne de garde financée au titre de la PDSSES.

[92] **La répartition entre spécialités est plus équilibrée pour les astreintes.** Les 10 spécialités les plus représentées ne concentrent que 60 % des lignes d'astreintes avec une représentation importante de spécialités chirurgicales (digestive, orthopédique, urologique, vasculaire).

[93] **L'anesthésie-réanimation est de très loin la spécialité la plus sollicitée, toutes modalités prises en compte, avec 868 lignes, soit 13,3 % du nombre total de lignes des schémas et 75 % de plus que les spécialités suivantes (soins critiques adultes et gynécologie-obstétrique, 497 lignes).**

[94] Enfin, si les organisations mixtes de PDSSES sont utilisées par la plupart des spécialités, elles concernent plus particulièrement des activités de chirurgie : chirurgie orthopédique, digestive, urologique et ophtalmique⁴³.

1.2.3.3 La prépondérance des établissements support de GHT directement corrélée à la gradation des organisations de PDSSES

[95] **La place des établissements support de GHT est prédominante dans la répartition des gardes reconnues dans les schémas (70 %) et plus équilibrée dans celle des astreintes (47 %) (voir tableaux 2 et 3 de l'annexe 4)⁴⁴.**

- La répartition des gardes : 40 % en CHU, 30 % en CH support de GHT, 30 % dans les autres établissements publics ou privés.

Les CHU concentrent 52 % des lignes en Pays de Loire, 51 % en Bourgogne-Franche Comté et 49 % en Ile-de -France. On observera qu'en PACA 61 % des gardes sont assurées en dehors des établissements support de GHT (CHU ou CH) quand en Normandie, Pays de la Loire et Bretagne cette proportion est de 20 % ou moins.

- La répartition des astreintes : 23 % en CHU, 24 % en CH support de GHT, 53 % dans les autres établissements publics ou privés.

Les Pays de la Loire et la Bretagne figurent encore parmi les régions où les lignes d'astreintes sont les moins assurées hors de établissements supports de GHT (légèrement supérieur au tiers). A contrario, cette proportion est nettement supérieure à la moyenne nationale en PACA (61 %) et surtout en Ile-de-France (66 %).

⁴³ Voir schémas 1, 2 et 3 de l'annexe 4

⁴⁴ L'analyse des régions Corse et Guadeloupe paraît devoir être détachée compte tenu des spécificités de leur offre de soins

1.2.3.4 Une contribution inégale de l'hospitalisation privée selon les régions et les spécialités

[96] Les tableaux 5 et 6 de l'annexe 4 permettent de mesurer la part respective assurée par les trois secteurs de l'hospitalisation dans la répartition des gardes et des astreintes :

- Répartition des gardes : 82 % dans le secteur public, 13 % dans le secteur privé à but lucratif et 5 % dans le privé à but non lucratif.

La part des gardes reconnues au secteur privé lucratif est supérieure à 20 % dans les régions Occitanie (27 %), PACA, Normandie et la Guadeloupe. En revanche, cette part est comprise entre 7 et 10 % en Bretagne (7 %), Bourgogne-Franche-Comté (7 %), Hauts de France et Ile de France. On observera par ailleurs que si le secteur privé non lucratif est très peu présent, il occupe toutefois une part plus importante en PACA (10 %).

- Répartition des astreintes : 77 % dans le secteur public, 18 % dans le secteur privé à but lucratif et 5 % dans le privé à but non lucratif ;

La part du secteur privé lucratif est plus importante dans les astreintes (18 %) que pour les gardes (13 %), en lien avec les spécialités dans lesquelles il est le plus représenté. En revanche, la part du secteur privé non lucratif est identique (5 %).

[97] **L'analyse par spécialités apporte un éclairage complémentaire sur le positionnement privilégié des établissements privés** (voir tableaux 7, 8 et 9 de l'annexe 4).

[98] Dans le secteur privé non lucratif, quatre spécialités (anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, soins critiques adultes et pédiatriques-néonataux) concentrent 73 % des lignes de gardes. Il est intéressant de noter que la réanimation pédiatrique, activité de recours, représente 10 % des lignes de gardes pour le secteur. Concernant les astreintes, la chirurgie digestive, la médecine polyvalente et les chirurgies orthopédique, activités de proximité, sont peu ou pas représentées dans le secteur.

[99] Dans le secteur privé à but lucratif, les quatre spécialités les plus représentées (anesthésie-réanimation, soins critiques cardiologiques, soins critiques adultes et gynécologie-obstétrique) mobilisent 84 % des lignes de gardes. Toutes modalités prises en compte, la part des lignes reconnues dans ces établissements est plus importantes en anesthésie-réanimation (21 % des lignes contre 13 % toutes catégories d'établissements prises en compte, chirurgie digestive (11,9 % vs 7 %), orthopédique (10,3 % vs 6,3), soins critiques cardiologique (6,5 vs 4,5 %), cardiologie interventionnelle (4,9 % vs 3,3 %) ou encore chirurgie urologique (4,8 % vs 2,9 %). A contrario, ces établissements sont très peu représentés dans les activités neurovasculaires (0,4 % vs 2,1 %), l'imagerie interventionnelle (0,1 % vs 1,4 %) ou encore les endoscopie (digestives ((1,1 % vs 2,4 %) ou bronchiques (0 % vs 1 %)).

1.2.3.5 Les ambivalences anciennes des acteurs vis-à-vis de la PDES expliquent en partie la charge qu'ils supportent aujourd'hui

[100] Le rapport d'étape insistait sur le fait que le poids des établissements de santé privés dans la PDES ne reflétait pas leur place dans l'offre de soins (partie 2). **Dans un contexte de rationalisation budgétaire, le dispositif mis en œuvre en application de la loi HPST n'a pas réussi**

à faire de la PDSSES une mission de service public plus largement répartie. Les éléments présentés en partie 1.2.3.4 montrent par ailleurs que la contribution consacrée ou reconnue au secteur privé dans le fonctionnement de la PDSSES est plus particulièrement concentrée sur certaines activités.

[101] **Au cours de ces dix dernières années, le rapport à la PDSSES entretenu par les acteurs était teinté de fortes ambivalences. Seule la revendication d'une plus grande harmonisation des règles entre les régions faisait consensus.**

[102] **Pendant de nombreuses années, les acteurs publics ont revendiqué une pleine reconnaissance dans les schémas régionaux, pour des motifs à la fois identitaire (la mission de service public), de file active et de préservation de financements** tout en réclamant une meilleure couverture financière des coûts de la PDSSES. Dans le même temps, ils pointaient l'impact défavorable de la PDSSES sur les conditions de travail et l'attractivité de l'exercice public et regrettaient le manque d'implication du secteur privé était déploré. **Au fil du temps, le discours s'est rééquilibré en lien avec la mise en évidence du caractère de plus en plus désincitatif des contraintes de participation à la PDSSES.**

[103] **De leur côté, les représentants du secteur privé s'estiment traités de façon inégalitaire, compte tenu de leur contribution aux besoins de santé.** Y compris dans des régions où ils sont davantage présents dans la PDSSES, ils pointent des doctrines de financement défavorables (en région Occitanie par exemple où le PRS 2 prévoit des reconnaissances financières partielles de lignes (demi ou tiers d'enveloppe) aux établissements privés ayant une faible activité en PDSSES sans prise en compte suffisante de leur localisation dans des zones isolées).

[104] **Cependant, si la fédération et des directions d'établissements revendiquent une plus juste place dans l'attribution des lignes de PDSSES, nombre de praticiens libéraux ne sont pas demandeurs d'y participer,** certains ayant quitté le secteur public notamment pour échapper à cette charge. La relation contractuelle qui les lie ferait obstacle à un engagement plus fort dans la PDSSES. La mission relève que cela ne semble pas être bloquant dans le cas des activités autorisées comprenant des obligations de permanence des soins, une clause contractuelle la stipulant. Les limites pour les libéraux du modèle économique de la PDSSES sont également mises en avant : la faiblesse des indemnités de sujétions, l'absence d'honoraires si aucun acte n'est réalisé au cours de la garde ou de l'astreinte⁴⁵, les conséquences sur l'activité le lendemain d'une garde ou d'une astreinte. La PDSSES perturbe le modèle d'activité largement programmée sur lequel reposent les cliniques.

[105] **La mission a pu constater au cours de ses auditions que les représentations et récriminations mutuelles restent profondément ancrées chez les acteurs et qu'elles pèsent d'un poids important sur la manière dont ils appréhendent le fonctionnement actuel et futur de la PDSSES. Les conditions devront être créées pour dépasser ces antagonismes et envisager de nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement de la permanence des soins plus inclusives et collaboratives.**

⁴⁵ Cet argument est souvent mis en avant concernant par exemple les astreintes d'ophtalmologie peu attractives pour les praticiens libéraux qui sont pourtant les plus nombreux

1.3 L'impact croissant de la PDSSES sur les ressources humaines médicales fragilise la pérennité et la soutenabilité des organisations

[106] **Les ressources humaines médicales constituent la clef de voute du fonctionnement de la PDSSES.** L'augmentation de la contrainte représentée par la participation aux gardes et aux astreintes fragilise une situation déjà précaire.

1.3.1 Un dispositif consommateur de ressources médicales, des incidences fortes sur le temps et les conditions de travail des praticiens

[107] La participation aux gardes et astreintes entraîne un impact important sur les organisations, le temps et les conditions de travail des praticiens. Le rapport d'étape développe de manière détaillée ces différents aspects dans sa partie 4, et plus particulièrement 4.2. Seuls les éléments les plus saillants sont rappelés ci-dessous pour éclairer les constats faits par la mission.

1.3.1.1 L'impact sur le temps de travail

[108] La garde est un dispositif consommateur de temps médical. Le fonctionnement d'une ligne complète, 365 jours par an, mobilise, uniquement pour couvrir les périodes de PDSSES, de 2,2 à 2,3 ETP⁴⁶ de praticien en tenant compte du temps de formation et de l'absentéisme. **Chaque ligne de garde mise en œuvre ne coûte pas que les indemnités de sujétions, elle mobilise aussi un volume significatif de temps médical, qui doit être rémunéré, mais qui vient surtout en déduction du temps disponible pour les activités de jour⁴⁷.** Dans un contexte de tension croissante sur les ressources médicales, cette dimension est essentielle. Les organisations de travail doivent par ailleurs tenir compte du repos de sécurité à observer au lendemain de chaque garde.

[109] L'impact des astreintes sur les organisations et le temps de travail est aléatoire, il dépend de l'activité enregistrée. Le temps d'astreinte au domicile n'est pas comptabilisé comme du temps de travail, y compris les sollicitations téléphoniques. Seuls les déplacements et le temps d'intervention sur le site hospitalier font l'objet d'un décompte. Cela a une incidence sur le décompte du temps de travail des praticiens mais également sur l'organisation de travail le lendemain d'une astreinte compte tenu de la nécessité d'observer un repos de sécurité à compter du dernier déplacement effectué.

[110] Le choix est parfois fait, pour mieux s'adapter à la réalité du besoin médical et réduire l'impact sur le temps médical, de mettre en place des dispositifs hybride (garde en 1ère partie de nuit-astreinte en nuit profonde ; astreinte de semaine-garde de week-end) ou partiel (astreinte de week-end).

⁴⁶ Voir annexe 1, Rapport d'étape 2021 : Une semaine de garde = 17 plages de temps de travail, 900 sur une année, jours fériés inclus ; les obligations de service d'un praticien hospitalier sont de 416 plages par an

⁴⁷ L'organisation des activités médicales doit par ailleurs intégrer le respect du repos de sécurité

1.3.1.2 L'impact sur les conditions de travail des praticiens

[111] **Plusieurs facteurs liés à la participation aux gardes influent sur les conditions de travail des praticiens : 1/ la pénibilité** liée à l'alternance du travail de jour et de nuit ; **2/ la fréquence**, l'impact individuel est d'autant plus important que le nombre de praticiens qui participent à une ligne de garde est réduit (le rapport entre le nombre de lignes de gardes et d'astreintes à assurer et le nombre de praticiens disponibles pour y participer constitue un marqueur fort de soutenabilité) ; **3/ l'intensité** de l'activité à prendre en charge au cours de la garde et la possibilité ou non de disposer de temps de repos ; **4/ l'âge**, la pénibilité ressentie pouvant évoluer pour des raisons liées à l'âge et à la récurrence de la sujétion au long de la carrière⁴⁸.

[112] **L'impact des astreintes sur les conditions de travail est double : 1/ le caractère aléatoire et parfois répété des sollicitations** (situation des sollicitations téléphoniques en nuit profonde qui entraînent des ruptures successives du cycle de sommeil) ; **2/ l'empiètement sur la vie personnelle**, facteur régulièrement mis en avant par les praticiens, leurs plus jeunes générations en particulier, pour justifier d'une pénibilité ressentie de manière plus forte. Le système de la garde est parfois présenté comme plus acceptable car plus clair (présence sur le site hospitalier, temps de travail décompté et rémunéré, repos de sécurité organisé).

[113] Concernant les organisations hybrides, elles semblent perçues de manière variable. Cohérente pour certains, elles présentent des limites pour d'autres (mobilisation du temps social utile (soirée), moindre rémunération qu'une garde, fatigue liée à un retour tardif au domicile).

1.3.2 Des évolutions sociétales difficiles à objectiver mais manifestement profondes qui affectent l'engagement des professionnels dans la PDSSES

[114] La mission aborde le traitement de cette question avec un certain inconfort. Elle n'est pas en mesure de documenter de manière robuste sur le plan méthodologique les évolutions dont elle se fait l'écho ci-après. Pour autant, **les témoignages nombreux et concordants recueillis au cours des auditions auprès d'une grande diversité d'acteurs de l'hospitalisation publique comme privée (représentants institutionnels, directeurs d'établissements, organisations syndicales, praticiens de différentes générations) dessinent une situation que, sans pouvoir l'objectiver, il paraît difficile de ne pas considérer. Les éléments présentés doivent donc être considérés comme des dires d'acteurs que la mission assume de rapporter.**

[115] La mission a été marquée par les évolutions sociétales profondes qui semblent affecter le rapport des praticiens à leur exercice avec des conséquences à envisager sur l'organisation et le fonctionnement des activités, en particulier de permanence des soins.

⁴⁸ Le rapport d'étape relevait que si la pénibilité des gardes de nuit est traditionnellement mise en avant, les plus jeunes praticiens rencontrés ont également fait valoir que les gardes de week-end représentaient une contrainte forte pour leur vie personnelle et sociale

[116] Ces évolutions peuvent être rassemblées autour des deux problématiques suivantes :

- **Une acceptabilité de plus en plus difficile des contraintes associées au fonctionnement de la PDES.**

Les témoignages recueillis indiquent une accélération du processus de dés-attractivité de la participation à la permanence des soins depuis la mission de 2020. Cela peut se traduire par des demandes d'allègement des sujétions (limiter à deux par mois la fréquence des gardes au cours des stages d'internes, introduction de la notion de repos de sécurité pré-garde, limitation de la participation à la PDES à compter de 45 ans...) ou par des décisions plus radicales d'orientations de carrière au profit d'exercices non soumis à une obligation de PDES (recentrage sur certaines activités (chirurgie gynécologie plutôt que gynécologie-obstétrique), départ de l'hôpital public).

Cette situation représente une menace sérieuse pour la stabilité et la soutenabilité des organisations de PDES. Sa pénibilité est d'autant plus fortement ressentie qu'elle pèse sur un petit nombre de professionnels. Lorsque les équipes se réduisent le risque augmente d'atteindre le point de bascule.

- **De nouveaux arbitrages faits par les professionnels entre la recherche d'effets revenus et d'effets temps.**

Il semble que les évolutions en cours ne concernent pas que la problématique de la PDES, elles témoignent de la recherche de nouveaux équilibres entre l'engagement professionnel et les activités personnelles. Elles se traduisent notamment par des décisions de réductions d'activité en cours de carrière (limitation ou arrêt du temps de travail additionnel, passage de 100 à 90 ou 80 %) comme par des demandes de recrutement initial sur des postes à 90 ou 80 % ; Ces situations conduisent à considérer qu'un certain nombre de professionnels, dont la proportion est difficile à apprécier, réalisent de nouveaux arbitrages entre la recherche d'effets revenus et d'effets temps. **Revendication traditionnelle, l'augmentation des revenus ne semble plus constituer l'attente première, à tout le moins plus la seule.** Des directeurs d'établissement relatent des décisions de réduction de quotité de temps de travail consécutives à des revalorisations salariales. **Cette situation interroge par ailleurs directement les leviers à mobiliser pour répondre à l'enjeu de consolidation de la PDES, une amélioration de la reconnaissance pouvant entraîner une diminution du temps médical disponible.**

[117] Ces sujets sont extrêmement difficiles à documenter. A la fois parce qu'ils dépendent d'une somme de décisions individuelles dont il est compliqué de simuler l'impact collectif ; en raison du fait que la gestion des plans de gardes et d'astreintes comme celle du temps de travail des praticiens sont totalement déconcentrées au niveau des établissements. Ce qui rend le système en quelque sorte aveugle vis-à-vis des évolutions. Et ce qui n'est pas sans représenter de risques, qui dépassent la seule problématique de la PDES

[118] La mission recommande donc la réalisation d'une enquête France entière pour mesurer l'évolution du temps de travail médical disponible par spécialités dans les établissements de santé, au minimum au cours des cinq dernières années (nombre de postes, quotité de temps de travail, temps de travail additionnel...).

Recommandation n°1 Réaliser une enquête nationale pour mesurer l'évolution du temps médical dans les établissements de de santé

1.3.2.1 De nombreux exemples d'organisations fragiles ou exposées à un risque de dégradation exponentiel

[119] Les travaux de terrains comme l'exploitation des enquêtes SOLEN donnent à voir des organisations de PDSSES fragilisées pour les spécialités les plus exposées aux contraintes de la PDSSES (anesthésie-réanimation, médecine intensive de la réanimation, gynécologie obstétrique, pédiatrie, gastro-entérologie, psychiatrie)⁴⁹. La fragilité des lignes de gardes dont les ARS se font l'écho est due à la fois au déficit de ressources humaines dans les territoires ainsi qu'à la dépendance parfois forte aux prestations d'intérim⁵⁰.

Exemples d'organisations de PDSSES fragilisées relatés par les ARS

Des craintes sont exposées concernant les maternités de niveau 1, en région Auvergne Rhône Alpes par exemple. En région Grand Est, l'insuffisance affecte de 30 à 70 % des lignes dans certains territoires. En Hauts-de-France, la majorité des spécialités serait concernée par la faiblesse des ressources médicales permettant de faire tourner de façon soutenable les lignes de PDSSES. En Nouvelle Aquitaine, des cas de rupture de PDSSES sont déjà identifiés, en gastro-entérologie en Charentes Maritimes, en pneumologie ou chirurgies maxillo-faciale et orthopédique dans les Pyrénées atlantiques. En Occitanie, la quasi-totalité des établissements des zones urbaines de taille moyenne ou des zones rurales connaissent des difficultés régulières à assurer l'effectivité des lignes de PDSSES. En Bourgogne Franche Comté, les tensions RH rendent difficile le fonctionnement de la PDSSES et la conjoncture oblige à envisager des coopérations fortes public/privé.

[120] La mission a par ailleurs pris connaissance de situations dont la précarité ne peut qu'interroger, telle qu'une maternité de niveau 1 dans laquelle la permanence des soins repose sur 2 gynécologues obstétriciens ou celle d'un centre hospitalier dans lequel la PDSSES en orthopédie traumatologie n'est assurée que par 2 chirurgiens, renforcés par un troisième en période hivernale, pour assurer la traumatologie des stations de sports d'hiver avoisinantes. **Au-delà du risque (dépassé) d'atteinte du point de bascule, le constat doit être fait que ces organisations, qui dépendent de praticiens surinvestis, ne sont pas soutenables par la contrainte de disponibilité qu'elles imposent aux praticiens concernés.**

⁴⁹ La question de l'imagerie médicale est peu citée quand elle constituait un point de sensibilité majeur lors de la mission de 2020, signe qu'un cap a été franchi en matière organisationnelle (délégation de prestation par télé-médecine).

⁵⁰ Les travaux de terrains de la mission ont été réalisés alors que les ARS se préparaient à l'échéance du 3 avril à partir de laquelle les mesures d'encadrement renforcé de l'intérim médical s'appliquaient

1.3.3 Une gestion optimale des compétence médicales de plus en plus incontournable dans un contexte de rareté croissante

[121] **La rareté croissante des ressources plaide en faveur d'organisations de PDSES les plus ajustées possible, activités par activités, aux besoins des territoires** (voir la partie 2.3 relative aux schémas cible). Elle impose aussi de limiter tous risques de redondances de dispositifs qui perdureraient en marge des dispositifs de PDSES reconnus par les ARS du fait de la volonté de certains établissements de préserver leurs intérêts. Ces situations sont extrêmement préjudiciables, elles mobilisent des ressources médicales quand le besoin n'a pas été consacré par le schéma, ce que notre système de santé ne peut plus se permettre.

[122] **En dépit du consensus observé autour des évolutions sociétales en cours, la mission a été surprise de constater les difficultés de certains acteurs à prendre la mesure de l'acuité des enjeux démographiques, à percevoir l'intérêt des organisations partagées. L'amélioration de la reconnaissance financière reste perçu comme le levier de résolution des difficultés rencontrées.**

[123] L'ARS Occitanie a partagé avec la mission un paradoxe qui a émergé des travaux préparatoires du PRS 3 : alors que la démographie des professions de santé n'a jamais été aussi contrainte et que les sujétions liées à la PDSES apparaissent comme une des causes du « désamour » pour ces professions, les demandes de lignes n'ont jamais été aussi nombreuses et la démarche de mutualisation aussi difficiles à porter. Cela constitue un point de vigilance majeur.

[124] Au-delà des développements relatifs à la PDSES, **la mission considère que cette situation interroge également les enjeux et modalités de la continuité des soins**. Si la gestion optimale des compétences médicales est indispensable dans le cadre de la PDSES, celle des ressources mobilisées dans le cadre de la continuité des soins l'est tout autant. Plus encore que pour la permanence, pour laquelle les notions de référence territoriale et de recours régional sont intégrées, la continuité reste un dispositif de proximité organisé par chaque établissement, consommateur de ressources et facteur de fragilisation.

[125] C'est pourquoi la mission propose d'**étudier, dans les spécialités et territoires où cela serait possible, la mise en place de dispositifs de « continuité de soins territoriale » plus économes en ressources humaines médicales**. Il s'agit d'initier une sortie du schéma dans lequel la continuité des soins est aujourd'hui enfermée, plus encore que la PDSES, celui des murs de l'établissement. L'ARS Normandie fait mention de tensions sur le volet continuité des soins en médecine et en SSR dans les établissements de proximité dont les effectifs ne permettent qu'avec d'énormes difficultés d'assurer les astreintes nécessaires.

[126] L'ANAP pourrait se voir confier, en lien avec les conseils nationaux professionnels, la mission d'identifier les conditions de la mise en place d'organisations de continuité des soins territoriales plus économes en ressources médicales et de proposer un projet de cahier des charges en vue d'une expérimentation nationale à lancer en 2024.

Recommandation n°2 Définir d'ici à la fin de l'année 2023 les conditions de la mise en place d'organisations de continuité des soins territoriales plus économes en ressources médicales et organiser une expérimentation nationale à compter du début de l'année 2024

1.4 Le statu quo, une option risquée qui oblige à envisager des évolutions ambitieuses de la PDSSES

[127] La mission n'a pas été alertée au cours de ses auditions sur des dysfonctionnements structurels majeurs de la permanence des soins, ce qui confirme le constat fait par la mission de 2020. Elle a en revanche identifié des facteurs de fragilité importants, dont l'acuité est renforcée depuis 2020, susceptibles de compromettre la stabilité et la pérennité des organisations de PDSSES au cours des prochaines années.

1.4.1 Les risques du scénario fil de l'eau, y compris accompagné de mesures de revalorisation financières

[128] **Au regard des constats présentés dans les précédentes parties, la situation générale et les perspectives, y compris de court terme, apparaissent préoccupantes et le statu quo comme une option risquée.** Il exposerait certains territoires et/ou activités à des situations de défaut préjudiciables en termes de sécurité des soins et d'égalité d'accès au système de santé. Il risquerait de surcroît d'accélérer le désengagement vis-à-vis de l'hôpital public. Les risques de fragilité seront par ailleurs incertains et difficilement maîtrisables dans le contexte de montée en puissance progressive des mesures renforçant l'encadrement de l'intérim médical en vigueur, pour les nouveaux contrats, depuis le 3 avril 2023.

[129] Il est aussi hasardeux de considérer que des mesures de revalorisation financières pourraient être suffisamment incitatives pour envisager, dans les rapports entre acteurs et les conditions réglementaires actuelles, un rééquilibrage de la contribution des acteurs et un réinvestissement massif dans le fonctionnement de la PDSSES.

1.4.2 Définir les contours d'un pacte d'engagement pour une nouvelle ambition collective de la permanence des soins en établissements de santé

[130] **La mission ne méconnaît ni la sensibilité du sujet, ni les difficultés de formuler des propositions pouvant répondre aux besoins de territoires et de spécialités médicales d'une grande diversité. Consciente des attentes comme des inquiétudes, elle s'attache à formuler des recommandations qui lui sont apparues ambitieuses, équilibrées et acceptables par les différentes parties prenantes.**

[131] Des aspirations fortes sont exprimées par les acteurs : une pénibilité allégée et une meilleure reconnaissance de la PDSSES. L'allègement de la pénibilité par une diminution de l'intensité des lignes paraît un objectif peu réaliste, elle impliquerait d'augmenter le nombre de lignes de PDSSES et donc les ressources humaines mobilisées pour les faire fonctionner.

[132] **Ce sont les voies d'une permanence des soins mieux partagée entre professionnels qui doivent être recherchées. Cela dessine la perspective d'organisations de PDSSES plus compactes, à l'activité plus dense, associées à une fréquence de participation moins soutenue et à des sujétions mieux reconnues.** Dans une logique de droits et devoirs renforcée vis-à-vis de la permanence des soins.

[133] Les 6 objectifs suivants pourraient permettre d'y parvenir :

- Réaffirmer la participation à la permanence des soins comme une valeur socle indissociable de l'exercice médical ;
- Garantir des modalités d'élaboration et de mise en œuvre de la PDSSES qui assurent un traitement équitable entre les acteurs ;
- S'adapter au contexte démographique pour mettre en place des organisations durables et soutenables sur le plan des ressources humaines, en créant les conditions d'un élargissement des professionnels contribuant au fonctionnement d'une PDSSES mieux partagé ;
- Privilégier une approche plus impliquante des parties prenantes dans les territoires ;
- Conforter les ARS dans leurs missions de régulation pour mobiliser les acteurs et mettre en œuvre les organisations de PDSSES nécessaires et suffisantes ;
- Améliorer la reconnaissance des sujétions de gardes et d'astreintes.

Point de vigilance sur les risques associés à la persistance d'une utilisation détournée des gardes et astreintes à d'autres fins que la permanence ou continuité des soins

La mission IGAS de 2020 avait identifié que le recours aux gardes ou astreintes pouvait être utilisé par certains établissements pour palier à des difficultés d'attractivité (mise en place de gardes à la place d'astreintes, surarmement d'organisations de continuité des soins). Sans pouvoir documenter l'importance de ces pratiques, les travaux de terrain de la présente mission ne permettent pas de conclure qu'elles auraient cessé. Cette utilisation détournée des gardes et astreintes est porteuse d'effets délétères : elle réduit le temps médical disponible et accroît inutilement la pénibilité d'exercice des professionnels concernés.

La mission formule plusieurs recommandations qui pourraient limiter ce risque de dévoiement (nombre minimum de praticiens pour faire fonctionner une ligne de garde ou d'astreinte, organisation et fonctionnement de la PDSSES inscrite au nombre des compétences de droit des GHT).

Elle invite également à ce qu'une réflexion soit engagée pour identifier un dispositif permettant de palier aux difficultés les plus aigües rencontrées pour recruter des praticiens dans des territoires en grandes difficultés.

2 Des modalités d'organisation et de pilotage de la PDSSES renouvelées pour renforcer l'adhésion des acteurs

[134] Pour accompagner le changement de paradigme de la PDSSES, il convient en premier lieu de redéfinir des modalités d'organisation et de pilotage de nature à renforcer la confiance et l'adhésion des acteurs et de tendre vers la mobilisation optimale des compétences médicales requises pour couvrir les besoins de PDSSES.

2.1 Uniformiser les doctrines nationales de la PDSES pour renforcer l'équité de traitement entre les territoires et les acteurs

[135] L'essentiel des dispositions définissant les concepts et modalités de mise en œuvre de la PDSES figure dans la circulaire DGOS du 1^{er} août 2011. Ces références sont anciennes, certains partis pris de l'époque peuvent être réinterrogés dans le contexte du système de santé actuel, au regard de difficultés d'interprétation, de l'hétérogénéité des pratiques développées et des limites mises en évidence.

[136] Autant la mission considère que le rôle du directeur général ARS est central, et doit être renforcé pour définir, en concertation avec les acteurs du territoire, l'architecture du schéma régional de PDSES, autant il lui semble **nécessaire que ces travaux s'appuient sur un socle réglementaire et de doctrines commun à l'échelle nationale garant de la lisibilité, de l'homogénéité et de l'équité inter régionale dans la mise en œuvre de la PDSES.**

2.1.1 Harmoniser les règles relatives aux périmètres des spécialités et aux modalités d'organisation de la PDSES

[137] Les questions d'interprétation et l'hétérogénéité de pratiques relevées par le rapport d'étape et la présente mission invitent à consolider, en prévision de l'élaboration de la prochaine génération de schémas régionaux, la notion de permanence des soins en établissements de santé, son périmètre ainsi que ses modalités d'organisation. Ceci afin de limiter les difficultés d'interprétation, les motifs d'incompréhension comme les sentiments d'iniquité que de acteurs ont exprimés.

[138] Cette démarche doit résulter d'un travail animé par la DGOS, en lien étroit avec les ARS, avant d'être concerté avec les acteurs de la PDSES. **Elle doit être initiée dès la fin de l'été de manière à ce que les conclusions qui en résulteront soient incluses dans une circulaire fondatrice de la PDSES à diffuser d'ici à la fin de l'année 2023 aux ARS.** Elle pourrait notamment porter sur les aspects suivants :

- **La clarification de la notion de « nouveau patient »** qui distingue par définition la PDSES de la continuité des soins.

Des interprétations différentes sont faites de cette notion entre patients non pris en charge dans un établissement au moment où ils s'y présentent et patients non connus de l'établissement. Cette question ne devrait pas faire débat, l'esprit de la PDSES tel qu'elle a été mise en œuvre depuis sa création relevant de la première conception. Il semble que certains centres de lutte contre le cancer qui ont souhaité faire reconnaître une organisation socle de PDSES pour des patients suivis mais dont l'état de santé se dégrade et qui nécessitent d'être prise en charge en urgence se sont vu opposer le fait qu'il ne s'agirait pas de « nouveaux patients ». Cette interprétation ne paraît pas conforme, elle ne se pose pas s'agissant de l'admission de parturientes aux urgences obstétricales. Sans préjuger des organisations à mettre en place pour prendre en charge ce type de situations, la portée de

la notion de « nouveau patient » devrait être clarifiée⁵¹. La diffusion de la circulaire pourrait aussi être l'occasion de clarifier les obligations des établissements vis-à-vis du suivi des patients en période post hospitalisation, chirurgicale en particulier⁵², dans une logique de responsabilisation des acteurs chargés de la prise en charge et d'optimisation de la gestion du temps médical.

- **Les spécialités constitutives de la PDSSES.** La construction retenue dans l'annexe I de la circulaire du 1^{er} août 2011 pour définir les spécialités qui sont ou non constitutives de la PDSSES (voir 1.1.1 et 1.2.2.2) est largement déterminée par les considérations de financement, avec un rapport difficilement lisible à la gradation des organisations de PDSSES.

[139] Elle distingue ainsi :

1/ des spécialités relevant des activités réglementées qui ne sont pas concernées par les obligations de permanence des soins ;

2/ des activités qui bien que réglementées et comportant des obligations de permanence médicale, ne sont pas financées de ces obligations lorsque les titulaires d'autorisation ne sont pas retenus pour assurer la mission de PDSSES. La circulaire, si elle présentait la mutualisation comme un objectif à développer, n'en précisait pas les modalités possibles ;

3/une liste « non exhaustive » de spécialités pouvant nécessiter l'organisation d'une PDSSES⁵³, éventuellement mutualisée qui pourront éventuellement être complétées à la lumière du diagnostic des besoins régionaux ;

4/ enfin, les spécialités médico-techniques nécessaires à toute continuité des soins (biologie, radiologie et imagerie médicale, pharmacie), qui si elles ne relèvent pas à ce titre directement de la PDSSES peuvent néanmoins s'inscrire dans la même logique de rationalisation et de mutualisation inter-établissements en cohérence avec les schémas cibles de PDSSES. Les lignes de gardes et/ou d'astreintes correspondantes pourront le cas échéant être « indemnisées », selon les marges de manœuvre financières disponibles au niveau régional ».

[140] Cette approche montre des limites importantes en termes de structuration des organisations de PDSSES. L'organisation des filières de soins fait que des disciplines sont par construction constitutives de la permanence des soins, ce que l'analyse des schémas régionaux met en évidence. Plus de trente spécialités/activités sont structurellement inscrites dans les schémas ; la circulaire pourrait reconnaître sans conditionnel ni prudences excessives⁵⁴ dès lors

⁵¹ A noter que le traitement du cancer est mentionné dans la circulaire du 1^{er} août 2011 parmi « les spécialités relevant des activités réglementées (qui) ne sont pas concernées par les obligations de permanence des soins »

⁵² La question des risques de reprises chirurgicales prend une acuité plus forte avec le développement de l'ambulatoire et la réduction des durées moyennes de séjour

⁵³ Spécialités médicales non visées dans les activités réglementées : neurologie ; gastroentérologie ; pneumologie ; hématologie clinique. Spécialités chirurgicales non visées dans les activités réglementées : chirurgie vasculaire et thoracique ; chirurgie viscérale et digestive ; chirurgie orthopédique et traumatologique ; chirurgie infantile ; ophtalmologie ; urologie.

⁵⁴ L'exemple des spécialités présentées comme pouvant « le cas échéant être « indemnisées », selon les marges de manœuvre financières disponibles au niveau régional » est particulièrement révélateur : 89 lignes

que le principe sera rappelé que le dimensionnement des schémas doit être proportionné. Quelques questions de doctrines nécessiteront encore d'être tranchées, il s'agit :

- Des spécialités ponctuellement reconnues dans les schémas telles que la gériatrie, la médecine polyvalente et la chirurgie dentaire⁵⁵ ;
- De la psychiatrie qui se voit reconnaître 70,5 lignes, dont 51 astreintes alors que formellement cette spécialité n'entre pas dans le champ de la PDSSES (périmètre MCO), en dehors des services d'urgence. Le mode de financement particulier de cette activité suffit-il à justifier son exclusion de l'organisation de la PDSSES ?

[141] Fort de l'acquis des deux premières générations de schémas régionaux et des propositions qui émaneront des travaux sollicités des conseils nationaux professionnels (Cf recommandation 8), **la réécriture de la circulaire ministérielle devrait être l'occasion de redéfinir le périmètre de la PDSSES de manière plus directe, en l'accrochant à une logique de gradation des activités et plus cohérente s'agissant des activités réglementées concernées par les obligations de permanence des soins.** Cette démarche sera l'occasion de clarifier la problématique de la place des CLCC et de la psychiatrie en adaptant le cas échéant les dispositions réglementaires qui limitent le cadre de la PDSSES aux activités MCO.

- Parmi les éléments de doctrine sur lesquels l'attention de la mission a été attirée, en particulier par les représentants de l'hospitalisation privée, figure l'opportunité de systématiser la reconnaissance d'un noyau dur de lignes en aval de chaque SU (astreintes d'anesthésie, d'imagerie et de chirurgies orthopédique et viscérale par exemple). La mission se montre réservée sur l'idée d'imposer ce principe d'organisation dans la circulaire considérant que l'impact mécanique d'une telle règle serait fort en termes de mobilisation de ressources médicales en aval des SU de faible activité. Il reste préférable de laisser les ARS juger de la nécessité de ces reconnaissances au regard notamment de l'activité⁵⁶ et de la possibilité de prévoir d'autres modalités de prise en charge en aval des urgences, en s'appuyant notamment sur les transports sanitaires.
- Enfin, cette démarche pourrait être l'occasion de **consolider les différentes typologies d'organisations envisageables de la PDSSES**, en gardes, astreintes, organisations mixtes (demi-garde/demi-astreinte, astreinte de semaine/garde de week-end, possibilité de saisonnalisation des organisations selon les contextes locaux ou épidémiques) ainsi que les **modalités de mise en œuvre des organisations partagées** (alternées ou mutualisées (Cf. recommandation 20)).

sont reconnues à la pharmacie, 179 à la biologie et 407,75 à l'imagerie non interventionnelle, ce qui laisse à supposer un rôle central tenu par ces activités dans le fonctionnement de la PDSSES

⁵⁵ Le cas de la chirurgie dentaire, 4 lignes reconnues, peut être considéré à part compte tenu de la très forte prévalence de l'exercice en ville pour cette activité dont la permanence devrait plus logiquement relever de la PDSA

⁵⁶ Il est à noter que l'enquête SOLEN ARS montre que la part des lignes de PDS financées dans le secteur privé lucratif est dans plusieurs régions assez sensiblement supérieure à leur part d'urgences prises en charge (voir schéma 5 annexe 4)

Recommandation n°3 Consolider et harmoniser les règles relatives aux périmètres des spécialités et aux modalités d'organisation dans le cadre d'une nouvelle circulaire consacrée à la PDESES

2.1.2 Mettre à l'étude l'intégration des sage-femmes dans la PDESES au regard du rôle qu'elles assurent au sein de la filière périnatale

[142] Les sage-femmes forment une profession médicale à compétences définie dont le champ d'intervention est posé par les articles L4151-1 et suivants du CSP. Dotées d'un pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription, elles assurent un rôle central dans la surveillance et le suivi médical de la grossesse, y compris la prise en charge des urgences obstétricales (et également gynécologiques), la réalisation d'actes d'échographies, la surveillance du travail et de l'accouchement.

[143] **Les sage-femmes ne font pas partie, dans les textes en vigueur, des professions impliquées dans le fonctionnement de la PDESES. Leur rôle est pourtant essentiel au fonctionnement de la filière périnatale** (prise en charge aux urgences gynéco-obstétricales, réalisation d'échographies, rôle en salles de naissance...) qui connaît des difficultés liées notamment aux tensions rencontrées sur les effectifs de gynécologues obstétriciens (désaffectation pour les modes d'exercice comportant des sujétions de PDESES (obstétrique) au profit de la chirurgie gynécologique par exemple). S'il n'est pas envisageable à iso compétences qu'elles puissent se substituer aux gynécologues obstétriciens, l'organisation de la PDESES périnatale pourrait toutefois être renforcée par l'inclusion des sages femmes (organisations pluridisciplinaires de PDESES, articulation d'astreintes et de gardes médicales et maïeutiques)⁵⁷.

[144] La nouvelle rédaction de l'article L. 1110-4-1 du CSP issue de la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé implique les sages femmes⁵⁸. L'élargissement du champ de la PDESES aux sages femmes s'inscrirait en cohérence avec cette évolution de la législation, y compris concernant les sages femmes libérales qui trouveraient un intérêt professionnel à maintenir une activité obstétricale. Cela implique toutefois que les conditions opérationnelles soient définies, de même que certaines dispositions statutaires et indemnitaires, s'agissant des sage-femmes salariées comme libérales afin que leurs conditions d'intervention soient sécurisées et attractives.

[145] L'hypothèse d'une intégration des sages femmes dans le champ de la PDESES a été perçue positivement par les acteurs interrogés par la mission. Cette dernière n'a toutefois pas été en mesure d'explorer autant que nécessaire cette possibilité apparue au cours de ses travaux. Au regard de l'intérêt qu'elle semble représenter, la mission recommande que l'extension du champ

⁵⁷ Le rapport d'activité 2021 du conseil national de l'ordre des sage-femmes fait état de 23 541 sages femmes en exercice se répartissant selon les modes d'exercice en 14 801 salariés hospitaliers (sans précision secteur hospitalisation), 5471 libéraux exclusif, 2458 mixtes et 1811 autres salariés

⁵⁸ La loi n°2023-379 du 19 mai 2023 dispose que « *Les usagers du système de santé bénéficient de la permanence des soins dans les conditions prévues au présent code. Les établissements de santé (...) ainsi que les médecins (...), les sages femmes (...) sont responsables collectivement de la permanence des soins mentionnés aux articles L. 6111-1-3 et 6314-1* ».

de la PDSES aux sage-femmes soit instruite en vue d'une intégration potentielle dans la prochaine génération de schémas régionaux.

Recommandation n°4 Réunir, dans la perspective des prochains schémas régionaux, les conditions de l'intégration des sage-femmes à la PDSES

2.2 Financer de manière équitable les indemnités de sujétions engagées au titre de la PDSES, une priorité

2.2.1 Le financement des indemnités de sujétions à garantir

[146] Dès lors que la PDSES est considérée comme une composante essentielle au fonctionnement du système de santé la nuit et le week-end et que de nouvelles modalités sont mises en œuvre pour renforcer l'engagement des acteurs, le financement des indemnités de sujétions de gardes et d'astreintes doit être garanti aux établissements. Cette garantie doit concerner l'ensemble des lignes inscrites aux schémas des ARS, reconnues et mises en œuvre par les établissements, aux mêmes conditions financières quels que soient les régions et les secteurs d'hospitalisation. Il s'agit d'un principe de cohérence qui assurera la lisibilité et la stabilité des financements et contribuera à renforcer la confiance et l'adhésion des acteurs.

[147] Cela implique que les montants de financement des lignes de garde et d'astreintes soient définis en amont de la mise en œuvre des prochains schémas et communiqués aux parties prenantes. Cela implique également que dans l'hypothèse où la recommandation 28 ne serait pas mise en œuvre, un montant spécifique soit défini pour les gardes réalisées par les personnels universitaires et hospitaliers. Concernant le financement des astreintes, dont la forfaitisation pourrait être renforcée (Cf. recommandation 25), un financement au réel ne paraît pas réaliste au regard de la charge administrative induite ; la mission préconise la définition d'un montant forfaitaire tenant compte d'une répartition équilibrée entre les forfaits d'astreintes prévus.

Recommandation n°5 Redéfinir des modalités de financement équitables et stables des indemnités du sujétion de gardes et astreintes engagées par les établissements

2.2.2 Des demandes visant à une prise en compte plus large des coûts engagés pour la PDSES

[148] Depuis la mise en place du financement en vigueur de la PDSES, le parti a été retenu de couvrir, autant que possible, les indemnités de sujétion payées aux praticiens. Au-delà d'une plus grande équité des financements alloués et d'une augmentation des indemnités de gardes et d'astreintes, les acteurs réclament régulièrement une couverture plus large des coûts engagés pour assurer cette mission.

[149] Il n'était pas attendu que la mission propose un modèle de financement alternatif de la PDSES, ce qui nécessiterait par ailleurs des investigations dépassant le temps et les ressources dont elle disposait. Elle peut toutefois partager, en lien avec les travaux conduits sur la réforme du financement des établissements de santé, quelques constats dans l'hypothèse où le gouvernement entendrait ultérieurement explorer des pistes en ce sens.

[150] Il convient de distinguer les principales charges spécifiquement supportées par les établissements porteurs de lignes de PDSES, autres que les indemnités de sujétion et les dispositifs faisant l'objet d'un financement propre (les services d'urgences par exemple), et d'apprécier la capacité à les évaluer. La mission identifie les principaux enjeux suivants :

- Concernant les dépenses de ressources humaines, les charges de personnel médical et non médical doivent être distinguées.

Les établissements réclament de longue date la compensation du temps médical mobilisé des praticiens de garde au motif que la ressource dédiée à cette mission vient en déduction du temps médical disponible pour assurer les activités de jour (à plus forte raison en situation de respect, de mieux en mieux observé, du repos de sécurité).

L'analyse semble plus complexe s'agissant du personnel non médical. Un lien doit pouvoir être assez facilement fait entre les postes de travail ou les astreintes, la nuit et de week-end, de MERM, d'IADE, d'IBODE et de techniciens de laboratoire mobilisés en appui de gardes ou d'astreintes de radiologues, d'anesthésistes, de chirurgiens et de biologistes participant à la PDSES. L'identification d'autres ressources soignantes, infirmières non spécialisées ou aides-soignantes, participant du fonctionnement de la continuité des soins et/ou de la PDSES, apparaît beaucoup plus délicate et nécessiterait des travaux d'objectivation approfondis.

- Concernant les charges de structures, elles ne semblent pas constituer un enjeu majeur dans un contexte où la PDSES est mise en œuvre dans des établissements dont le fonctionnement est en tout état de cause assuré au titre de la continuité des soins. Leur individualisation nécessiterait aussi des travaux approfondis.

- Enfin, la mission s'est interrogée au détour de ses travaux sur l'opportunité de prévoir un mécanisme financier à l'attention des établissements dépositaires de la PDSES, de référence territoriale et de recours régional a minima, destiné à garantir une capacité d'accueil en aval. Dans la perspective d'une PDSES plus territorialisée, il sera en effet important de prévenir les risques de refus d'accueil/ de transferts par défaut de capacité d'accueil. L'enjeu du capacitaire dépasse assurément celui de la PDSES mais il n'y est pas totalement étranger.

Au-delà du financement de la PDSES *stricto-sensu*, l'impact des prises en charge non programmées sur l'organisation et sur les coûts des activités pourrait être pris en compte dans les travaux en cours sur l'évolution des modalités de financement des établissements de santé.

Recommandation n°6 Prendre en compte dans les travaux sur l'évolution des modalités de financement des établissements de santé l'impact des prises en charge non programmées sur l'organisation et sur les coûts des activités, et en particulier un mécanisme financier à l'attention des établissements dépositaires de la PDSES destiné à garantir une capacité d'accueil en aval

2.2.3 La question du canal de financement

[151] La mission considère que la priorité réside, à court terme, dans l'harmonisation des critères et modalités recommandée au 2.2.1.

[152] Dès lors que les périmètres et règles de financement seront harmonisées au niveau national, et que les ARS seront mieux outillées pour définir des schémas cibles, le maintien du financement de la PDSES dans le FIR ne serait pas problématique. Cela présenterait une certaine logique au

regard du rôle dévolu aux ARS dans la définition de l'organisation cible par filières d'activités, territoires, modalités (gardes ou astreintes) et en volume (nombre de lignes). Sous les mêmes conditions, l'intégration de ce financement dans une éventuelle dotation de santé publique à la main des ARS pourrait être envisagée.

2.3 Définir, par le schéma cible, l'organisation nécessaire et suffisante à viser en matière de PDSES

[153] Ce qui peut apparaître comme un truisme constitue en réalité l'une des pierres angulaires de la nouvelle organisation de la PDSES. Le poids croissant de la contrainte démographique impose, plus que jamais, la définition par le schéma cible de l'organisation nécessaire et suffisante à viser dans chaque région et pour chaque territoire. Il doit constituer pour les acteurs la référence à décliner dans les territoires et autour de laquelle se mobiliser.

[154] Ce document sera très structurant : par l'articulation qu'il opérera entre les logiques verticale (gradation des dispositifs par spécialités) et horizontale (appui sur les plateaux techniques et sur les communautés à l'échelle des territoires) ; par le calibrage des organisations qu'il définira pour répondre aux besoins (répartition territoriale, modalités requises (gardes ou astreintes) et volumétrie (nombre de lignes prévues) ; par la mobilisation des ressources humaines médicales qui en découlera pour assurer la PDSES.

[155] La définition de l'organisation nécessaire du schéma est une condition sine qua none d'une réponse complète et sécurisante aux besoins du territoire en période de PDSES.

[156] La définition de l'organisation suffisante du schéma doit prémunir contre les risques d'une mobilisation surabondante de ressources médicales, au-delà de ce qui est strictement nécessaire. Cette préoccupation doit guider l'élaboration des schémas, elle implique également que ne subsistent plus d'organisations redondantes de gardes et d'astreintes, non reconnues dans les schémas mais maintenues en activité par certains établissements pour faire office de PDSES. Ces situations sont triplement préjudiciables : elles introduisent de la confusion sur les limites des dispositifs de PDSES, elles suscitent des récriminations, non légitimes, de sous financement, enfin elles mobilisent des ressources médicales alors que le besoin n'a pas été consacré par le schéma.

[157] La mission est convaincue que le système ne peut plus assumer de tels effets de bord, elle insiste par conséquent sur l'importance du caractère nécessaire et suffisant auquel devront répondre les prochains schémas cibles de la PDSES.

[158] Plusieurs conditions ont été identifiées pour préparer cette démarche.

[159] Il sera nécessaire de se détacher des logiques antérieures d'attribution des lignes de gardes et d'astreintes, de leur répartition historique et des situations considérées comme acquises. Dans de nombreux cas de figure la répartition est probablement très pertinente et devrait le rester ; cela ne sera toutefois pas le cas partout, les organisations partagées ou territorialisées étant encore trop rares. La mission a fait le constat dans le cadre de ses travaux de terrain que la mutualisation reste encore aujourd'hui un exercice compliqué pour les acteurs, très peu de retours d'expériences probantes ont été partagés par les acteurs. D'où la nécessité d'aborder le prochain exercice dans une posture très ouverte.

[160] **Le temps d'élaboration des schémas cible sera par ailleurs essentiel.** Les conditions doivent être réunies pour que les ARS disposent du plus d'informations possible pour éclairer leurs travaux et concerter. Au-delà des nouvelles instructions qui seront communiquées par le ministère, deux initiatives doivent être prises pour objectiver la réalité de l'activité de PDSSES et aider les ARS à élaborer les schémas les plus pertinents.

2.3.1 Dans l'attente de la production automatisée d'indicateurs, réaliser une enquête nationale pour avoir une connaissance précise de l'activité assurée par les établissements en période de PDSSES

[161] La circulaire DGOS du 24 février 2011⁵⁹ indiquait que la réalisation d'un diagnostic des besoins et des ressources médicales disponibles constituait un préalable essentiel à l'élaboration des schémas cibles. Elle prévoyait pour cela la réalisation, dans toutes les régions et tous les établissements, d'une enquête pour établir « *un état des lieux exhaustif des lignes de garde et astreinte et disposer d'une estimation la plus précise possible du volume d'activité réalisé pendant les périodes de PDSSES* ». Cette enquête a été réalisée, avec l'appui de l'ATIH, au cours du 1^{er} semestre 2011.

[162] **La mission considère qu'une enquête de même nature devrait être réalisée.** Elle visera à recueillir des données d'activités permettant d'évaluer, par filières et territoires, l'activité de prise en charge de nouveaux patients en période de PDSSES, en nature et en volume, ainsi que les éventuelles difficultés de transferts rencontrées. Elle permettra de recueillir auprès des établissements des informations utiles sur les ressources humaines mobilisées pour faire fonctionner la PDSSES et d'identifier les situations de fragilité. L'enquête devra être réalisée sur une période suffisamment longue pour pouvoir lisser les variations et être considérée comme représentative. Le recueil des données pourrait être organisé pendant un mois, au cours d'une période la moins affectée possible par les problématiques saisonnières (vacances, épidémies). La fenêtre de la mi-septembre à la mi-octobre pourrait être retenue de manière que les résultats puissent être analysés pour la fin novembre. Comme en 2011, cette démarche devra être conduite en collaboration étroite avec l'ATIH.

[163] Ce type d'enquête devrait être réalisée à l'échelle nationale au minimum une fois tous les cinq ans en amont de l'élaboration des schémas cibles. Cela ne fait pas obstacle à ce que des enquêtes soient réalisées en cours de période, à l'initiative des ARS notamment, de portée générale ou ciblée sur des territoires ou des filières suscitant des préoccupations particulières.

Recommandation n°7 Réaliser pendant un mois au cours de l'automne 2023 une enquête nationale de recueil des données d'activités en période de permanence des soins ainsi que des informations relatives aux praticiens engagés dans le fonctionnement des gardes et des astreintes

[164] En parallèle à cette enquête, le diagnostic régional pourrait être enrichi par des travaux en régions impliquant les centres de régulation médicale qui disposent d'une connaissance souvent très précise et opérationnelle du fonctionnement de la PDSSES, ainsi que par des travaux portant sur l'offre disponible en matière de transports sanitaires et sur son fonctionnement.

⁵⁹ Circulaire ensuite remplacée par celle du 1^{er} août 2011

2.3.2 Missionner sans délais les conseils nationaux professionnels des spécialités les plus concernées pour la production de recommandations relatives à la structuration de la permanence des soins

[165] Il s'agit de mettre à la disposition des ARS des *guide lines* utiles à l'élaboration des schémas cibles. Ces recommandations pourraient porter sur la gradation générale du dispositif de PDSES selon les spécialités, les principales conditions matérielles et les compétences requises pour la prise en charge à partir d'un certain niveau de recours. **Il sera aussi très précieux d'identifier toutes les potentialités désormais permises par la télémedecine, les prérequis et conditions d'accompagnement, pour structurer les organisations de permanence des soins dans une approche plus rationnelle en termes de mobilisation de ressources humaines.** Si les activités d'imagerie⁶⁰ ou de neurologie sont souvent mis en avant comme des exemples en la matière, cette dimension doit être prise en compte pour toutes les spécialités/filières d'activités exposées à la PDSES⁶¹ pour lesquelles cela est possible, y compris le cas échéant dans des spécialités chirurgicales en phase diagnostic, préalablement à des décisions de transferts.

[166] Cette démarche doit être initiée sans délai pour que les recommandations, produites d'ici à la fin novembre 2023 au plus tard, puissent être mises à la disposition des ARS en amont de l'élaboration des schémas cibles. Afin de lui préserver un caractère très opérationnel, la démarche devra être cadrée par un cahier des charges précis et compact, définissant les objectifs poursuivis et les attendus en termes de format de restitution. Pour s'assurer du respect du calendrier comme de la cohérence des productions finales, il pourrait être utile que la DGOS mette en œuvre une coordination de ces travaux assurée par exemple par la fédération des spécialités médicales ou l'ANAP. La haute autorité de santé, contactée par la mission, a indiqué ne pas être en mesure de contribuer activement à une telle démarche, encore moins d'en assurer la coordination.

Recommandation n°8 Missionner sans délais les conseils nationaux professionnels de médecins pour la production de recommandations relatives à la gradation de la permanence des soins, incluant toutes les potentialités permises par la télémedecine, pour consolider les organisations et limiter la mobilisation de ressources médicales

2.4 Améliorer le suivi et le pilotage structurels de la PDSES

2.4.1 Créer les conditions d'un suivi automatisé de l'activité réalisée en période de PDSES

[167] Les acteurs sont largement démunis d'informations concernant l'activité en période de PDSES pour s'assurer du caractère nécessaire et suffisant des organisations, identifier les évolutions et anticiper d'éventuelles adaptations nécessaires des schémas. En l'état actuel, le pilotage repose essentiellement sur le suivi des événements indésirables graves associés à la PDSES et sur l'organisation d'enquêtes ad hoc Deux enquêtes SOLEN ont été nécessaires dans le cadre

⁶⁰ Voir l'exemple du PIMM basco-landais (partie 3.3.1.1) mais également les nombreuses situations de sous-traitance à des prestataires externes selon des conditions plus ou moins maîtrisées par les établissements

⁶¹ Les activités soumises à autorisation comprenant des obligations de PDSE pourraient a priori ne pas être concernées par cette consultation eu égard aux dispositions réglementaires qui les encadrent

de la présente mission pour documenter le sujet. Chaque enquête représente une charge de conception et d'exploitation mais également une charge d'administration pour ceux auxquels elles sont adressées. Il est souhaitable qu'un process de suivi automatisé de l'activité réalisée en période de PDSSES soit mis en place ; il s'agit d'un enjeu majeur pour la connaissance et le pilotage des dispositifs en région.

[168] Aussi la mission recommande d'étudier avec l'ATIH la possibilité de compléter les données suivies dans les systèmes d'informations hospitaliers, dont le PMSI, afin d'identifier l'activité réalisée dans les établissements de santé en période de PDSSES, en distinguant si possible la nuit (soirée et nuit profonde) et le week-end (samedi après-midi et dimanche) / les jours fériés.

Recommandation n°9 Etudier avec l'ATIH la possibilité de compléter les données recueillies dans les systèmes d'informations hospitaliers permettant un suivi de l'activité réalisée dans les établissements de santé en période de PDSSES

2.4.2 Enrichir les données figurant dans les rapports sociaux des établissements d'information relatives aux professionnels travaillant en période de PDSSES

[169] Le même constat de vacuité a été fait concernant les informations relatives aux professionnels, médicaux ou non, exerçant dans les établissements de santé la nuit et le week-end. Les questions liées aux sujétions de nuit ou de week-end (impact sur les conditions de travail et sur la conciliation des vies professionnelle et privée, mesure du partage des sujétions, difficultés potentielles d'attractivité) prennent une importance croissante. Cela invite à enrichir le rapport social unique des établissements de santé de quelques indicateurs dont l'analyse sera utile tant au niveau local qu'au niveau national.

[170] Une concertation pourrait être engagée en vue de définir les indicateurs les plus pertinents (en nombre limité) à retenir pour éclairer cette problématique.

- Il pourrait s'agir, concernant le personnel médical, du nombre et du pourcentage de praticiens de l'établissement réalisant des gardes ou des astreintes, de la répartition par décile du nombre de gardes et d'astreintes réalisées par an, du nombre moyen de praticiens mobilisés par ligne de garde et par ligne d'astreinte⁶² ;
- Il pourrait s'agir, concernant le personnel non médical, du nombre et du pourcentage d'agents de l'établissement travaillant la nuit, en distinguant les principaux cycles de travail, de la répartition par décile du nombre de nuits réalisées par an et des mêmes indicateurs portant sur les week-end/jours fériés⁶³.

[171] Dans les deux cas, un indicateur commun relatif à la répartition par tranches d'âges des professionnels travaillant de nuit semblerait également pertinent.

Recommandation n°10 Enrichir les données figurant dans le rapport social unique des établissements de santé d'informations relatives aux ressources humaines, médicales ou non, travaillant la nuit, le week-end et les jours fériés

⁶² L'opportunité de croiser ces indicateurs avec un critère de champs disciplinaires pourra être discutée (anesthésie réanimation/ spécialités médicales/spécialités chirurgicales et spécialités médico-techniques)

⁶³ L'opportunité de croiser ces indicateurs avec les catégories professionnelles pourra être discutée

2.4.3 Améliorer le suivi et l'évaluation réguliers de la PDSES dans le cadre d'une gouvernance renouvelée

[172] **La mission a fait le constat que le suivi des dispositifs de PDSES était hétérogène et irrégulier au niveau régional et quasi inexistant au niveau national.** Les interventions correctrices interviennent souvent en urgence, lorsque qu'une organisation présente des signes de fragilité avancée voire s'effondre dans un territoire. Les tensions démographiques comme les orientations recommandées vers des organisations plus partagées et territorialisées appellent un suivi plus régulier que des points de situation tous les cinq ans (enquêtes d'activité) et des interventions correctrices tardives. Le système recèle sur ce plan des marges de progression sans que cela n'implique des procédures trop lourdes pour les acteurs.

2.4.3.1 S'assurer à l'échelle régionale de la bonne mise en œuvre du schéma

[173] **Le niveau régional est celui qui offre la vision la plus globale du fonctionnement de la PDSES,** sur l'ensemble des filières et des niveaux de gradation, de la proximité au recours régional. C'est également le niveau de conception du schéma cible. **L'échelon régional doit constituer le pivot du monitoring du système, dans le cadre d'un comité de suivi régional de la PDSES⁶⁴ rassemblant l'ensemble des parties prenantes⁶⁵.** Ce comité pourrait se réunir au minimum une fois par an, sauf nécessité particulière. Cette fréquence paraît suffisante dès lors que des indicateurs de suivi auront été définis et les réunions seront préparées à l'échelle départementale.

2.4.3.2 Identifier et corriger à l'échelle territoriale les difficultés de fonctionnement par un dialogue renforcé entre les opérateurs

[174] **Le niveau territorial est celui qui offre le plus de proximité entre les acteurs chargés de mettre en œuvre la PDSES au quotidien.** C'est à cette échelle, dans le cadre de comités de suivi territoriaux de la PDSES, que doit se mettre en œuvre le suivi et la vérification du respect par chaque opérateur de ses obligations vis-à-vis de la PDSES ainsi que l'identification des signaux faibles de dysfonctionnements et la nécessité d'évolutions du schéma qui pourraient résulter. Ces comités territoriaux doivent se réunir sous l'autorité des délégations départementales de l'ARS, porteuses d'une responsabilité transversale, et rassembler des représentants du ou des GHT inscrits dans le département, de l'hospitalisation privée à but lucratif et non lucratif, de la régulation médicale, du conseil de l'ordre des médecins et de la PDSA. La fréquence des réunions ne doit pas nécessairement être beaucoup plus importante que pour le comité de suivi régional, une à deux fois par an. La création de cette communauté professionnelle contribuera, en lien avec le suivi assuré au sein des établissements, à faciliter et à fluidifier les échanges au quotidien et à mettre rapidement en œuvre des ajustements ponctuels nécessaires.

⁶⁴ Si les commissions régionales paritaires ont à connaître du fonctionnement de la permanence des soins et des questions de démographie médicale, leur composition (représentation des praticiens publics) ne permet pas d'en faire l'instance de suivi

⁶⁵ Représentations des fédérations de l'hospitalisation, des CHU, de l'ordre des médecins, des UFR de médecine, des centres de régulation médicale, de la PDSA, des usagers...

[175] Les informations remontées par les comités de suivi territoriaux de la PDESSE permettront d'alimenter les indicateurs de suivi de la PDESSE en vue des réunions du comité de suivi régional.

Recommandation n°11 Renforcer le suivi et l'évaluation réguliers de la PDESSE dans le cadre d'une gouvernance renouvelée à l'échelle régionale et territoriale

2.4.3.3 Veiller à l'échelle nationale aux interactions possibles entre le fonctionnement de la PDESSE et du système de santé plus généralement

[176] L'administration centrale assume une responsabilité générale dans l'organisation de la PDESSE mise en œuvre par les ARS. Cette responsabilité s'exprime essentiellement tous les cinq ans à l'occasion du renouvellement des PRS. Sans s'impliquer à un niveau d'opérationnalité de la mise en œuvre qui ne relève pas de sa responsabilité, la DGOS se doit pourtant d'assurer une supervision transversale du fonctionnement de la PDESSE afin de connaître, via une synthèse nationale des schémas régionaux, les principales caractéristiques des organisations en place : mobilisation des spécialités médicales, contribution des secteurs de l'hospitalisation, modalités retenues (gardes, astreintes, hybride, organisations partagées, utilisation de la télé expertise,...), paramètres RH. La mission a été frappée par l'absence de documentation minimum du sujet au niveau central. Ces informations seraient pourtant nécessaires dans le cadre du dialogue entretenu avec les représentants professionnels (fédérations et conférences hospitalières) et professionnels (organisations syndicales). Une supervision du sujet pourrait par ailleurs permettre de détecter des signaux d'évolutions de fonds que le suivi assuré par chaque ARS ne permet pas toujours d'identifier et de faire le lien entre les enjeux soulevés par le fonctionnement de la PDESSE et l'élaboration de politiques publiques ou de la mise en œuvre de dispositifs nationaux portés.

[177] Au-delà de la synthèse des schémas régionaux qui sera à réaliser après publication de la nouvelle génération de schémas, cette supervision pourrait s'organiser de manière pragmatique dans le cadre de l'animation du comité technique spécialisé réunissant les directeurs de l'offre de soins des ARS.

Recommandation n°12 Réaliser une synthèse nationale des prochains schémas régionaux et mettre en place, sous le pilotage de la DGOS, un suivi de paramètres transversaux de fonctionnement de la PDESSE permettant d'anticiper les réponses à apporter aux difficultés émergentes

2.4.4 Renforcer, à l'occasion de l'élaboration des prochains schémas régionaux, l'information des parties prenantes sur le fonctionnement de la PDESSE

[178] **La mission a fait le constat d'une connaissance souvent très approximative par les acteurs des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement de la PDESSE.** La complexité de la réglementation, l'hétérogénéité des conditions de mise en œuvre comme la sensibilité des enjeux associés peuvent expliquer cette appropriation insuffisante des concepts et des cadres qui a toutefois des conséquences préjudiciables sur le rapport entretenu à la PDESSE (manque de lisibilité, sentiment d'iniquité, désinvestissement).

[179] La redéfinition à l'échelle nationale des règles destinées à renforcer l'équité de traitement, la confiance et l'engagement des acteurs doit être complétée à l'échelle régionale d'initiatives améliorant leur connaissance et leur compréhension du dispositif : périmètre, financement, processus d'élaboration du schéma cible et d'attribution des lignes à l'issue des appels à candidatures, engagement des établissements investis de responsabilités de PDES. **Ce qui aurait été nécessaire dans le cadre une procédure courante de renouvellement des schémas régionaux devient indispensable pour amener les acteurs à se détacher des précédentes procédures d'attribution de la PDES, à se projeter vers de nouvelles perspectives et à s'approprier les nouvelles modalités proposées.**

Recommandation n°13 Renforcer l'information des parties prenantes sur les règles d'organisation, de mise en œuvre et de financement de la PDES dans la perspective des prochains schémas régionaux

2.5 Prolonger d'une année les schémas régionaux actuels afin de préparer, avec le temps et les outils nécessaires, les prochains schémas

[180] Pour être publiés au plus tard le 1^{er} novembre 2023, les PRS III, comprenant un volet dédié à l'organisation de la PDES, doivent être mis en concertation dans le courant de l'été. Ce calendrier, déjà extrêmement contraignant pour mettre en œuvre une démarche courante de renouvellement des schémas régionaux, est incompatible avec la mise en œuvre des recommandations du présent rapport (modification de bases législatives et réglementaires, enquêtes d'activité, production de recommandations de la part des CNP, mise en œuvre de la procédure d'appels à candidatures...).

[181] Aussi, la mission recommande de reconduire pour une année les actuels schémas régionaux de la PDES afin de préparer, avec le temps et les outils nécessaires, les prochains schémas. Cette réflexion a d'ailleurs été initiée par de nombreuses ARS au regard des éléments de contexte, rappelés ci-dessus, auxquels elles sont confrontées.

Recommandation n°14 Reconduire pour une année les actuels schémas régionaux de la PDES afin de préparer, avec les outils et le temps nécessaires, les prochains schémas

3 Repenser la mise en œuvre de la PDES autour d'efforts mieux partagés dans les territoires, pour des organisations plus robustes et un fonctionnement plus soutenable

[182] De nouveaux principes d'organisation et de pilotage de la permanence des soins posés il convient de réunir les conditions de la mobilisation des acteurs pour atteindre les objectifs des schémas cible. La voie de passage est étroite. Le constat a été fait que les principes généraux énoncés par la circulaire de 2011 n'ont pas permis de développer des organisations de PDES réparties de manière équilibrée ou mutualisée entre acteurs ; l'acuité des fragilités démographiques s'est en outre considérablement renforcée au cours des dernières années.

[183] **La mission a entendu l'attente de certains acteurs réclamant le rétablissement unilatéral d'une obligation de participation à la permanence des soins qui s'imposerait à tout médecin sans considération de son mode d'exercice ni du besoin effectif de chaque territoire.** La portée symbolique d'une telle approche serait forte, plus potentiellement que sa portée opérationnelle. La mission considère les réactions d'opposition qu'une approche impérative pourrait susciter auprès d'une partie du corps médical et les difficultés opérationnelles qu'elle pourrait soulever.

[184] **La mission a également entendu la conviction exprimée par d'autres acteurs selon laquelle un traitement plus équitable et une meilleure valorisation de la permanence des soins permettraient l'engagement ou le réengagement de praticiens libéraux qui aujourd'hui ne participent pas à la PDSES.** La convergence des modalités d'indemnisation et leur amélioration sont souhaitables, la mission formule des recommandations en ce sens. Elle considère toutefois que ces mesures ne seront pas suffisantes pour garantir le réengagement ; elles pourraient susciter un intérêt relatif auprès d'une partie du corps médical compte tenu de la manière dont les contraintes de PDSES sont désormais perçues et de la part souvent faible que représente les indemnités de sujétions dans les revenus annuels des professionnels concernés.

[185] **Enfin, la mission a entendu l'attente, exprimée par de nombreux interlocuteurs des différents secteurs de l'hospitalisation, d'une approche plus responsabilisante qui ne procède pas d'une vision purement descendante de l'organisation** (en dépit du rôle de régulateur de l'ARS qui n'est pas contesté). La reconnaissance d'une capacité d'initiative est réclamée. La proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels enregistrée le 28 avril 2023 par la présidence de l'Assemblée nationale traduit cette même aspiration à la responsabilisation des acteurs.

[186] **La mission s'attache dans cette troisième partie à formuler un schéma de mobilisation qui tiennent compte de ces éléments d'analyse et permette, en application des schémas cibles, la mise en œuvre d'organisations de PDSES mieux partagés dans les territoires, plus robustes, gages d'un fonctionnement plus soutenable pour les professionnels.**

3.1 Deux principes structurants pour le fonctionnement futur de la PDSES

3.1.1 Eriger l'engagement dans le fonctionnement de la permanence des soins en valeur socle de la profession auquel les praticiens pourront être appelés à contribuer dans un territoire

[187] **Les obligations déontologiques sont insécables, elles ne peuvent s'appréhender de manière variable selon les conditions d'exercice ou les périodes de la journée ou de la semaine.** La mission n'adhère pas à l'analyse portée par certains acteurs selon laquelle si la continuité des soins constituerait une obligation déontologique pour les praticiens, la PDSES constituerait une obligation régalienne. Si l'organisation de la PDSES peut effectivement être considérée comme une obligation régalienne, son fonctionnement ne peut que reposer sur la mobilisation des praticiens. Le suivi des patients pris en charge ou l'accueil de nouveaux patients en période de PDS sont essentiels à la qualité de l'offre de soins, ces missions ne peuvent plus être assurées de manière subsidiaire par les seuls professionnels qui acceptent encore de s'en charger. Cette sujétion doit être partagée par tous, le code de déontologie médicale est sans ambiguïté.

Code de déontologie médicale

ARTICLE R.4127-47

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Article R.4127-77 du code de la santé publique

Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent

[188] Les constats, mentionnés au 1.3.2, partagés par de très nombreux acteurs sont porteurs d'un risque de désinvestissement croissant vis-à-vis de la permanence des soins en faveur de modes d'exercice qui ne comprendraient pas de sujétions de PDSES. **Il est dans ces conditions vital d'arrêter ce qui peut être perçu comme un cycle de désengagement et de poser des paroles fortes pour inverser les paradigmes.** Il s'agit d'une des caractéristiques des professions soignantes, qui ne sont toutefois pas les seules à devoir assurer une continuité de fonctionnement, 24 heures sur 24, 365 jours par an 365, sous forme de permanence sur place ou d'astreintes à domicile, pour permettre à notre société de fonctionner.

[189] **Le fonctionnement du système de santé la nuit et le week-end ne peut être l'affaire que de ceux qui accepteront d'y contribuer, aux risques qu'ils soient de moins nombreux, que la charge leur soit de plus en plus pénible et que les organisations n'en soient que plus fragilisées.** Aussi est-il indispensable de rétablir, par une parole forte, un principe de participation au fonctionnement de la PDSES, lorsque cela est nécessaire, comme une valeur commune des professions de santé. Les médecins ont démontré pendant la crise du Covid une remarquable capacité d'engagement. Quel que soit leur mode d'exercice, les médecins sont rémunérés via un système qui assure, par la solidarité nationale, la solvabilisation de la consommation de soins, quelle que soit la situation financière des patients. Il en résulte un ensemble de droits et de devoirs. La mission a constaté lors de ses auditions, une aspiration claire, exprimée notamment par des représentants syndicaux libéraux, à l'équité et à la solidarité entre professionnels dans une logique de droits et de devoirs, des patients, des praticiens, de l'Etat, incluant y compris la PDSES.

[190] **Il est nécessaire d'inscrire dans le droit les dispositions qui traduiront ces intentions et réduiront les trappes à engagement.** Dans l'esprit des propos introductifs à la troisième partie, la mission propose que le principe de la participation à la PDSES soit prévu et mis en œuvre, non de manière systématique, mais lorsque la situation l'exige. Il s'agit d'inscrire dans le code de la santé la possibilité d'une contribution au fonctionnement de la PDSES ainsi que les conditions de son activation. Des modifications législatives et réglementaires sont nécessaires pour concrétiser cette orientation sous l'angle à la fois collectif (établissements) et individuel (professionnels).

[191] La loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé comprend une nouvelle rédaction de l'article L. 1110-4-1 du CSP qui peut être considérée comme la disposition de principe engageant les professionnels de santé cités vis-à-vis de la permanence des soins ; elle affiche une égale ambition entre les modes d'exercice par le renvoi fait aux articles L. 6111 1 3 et L. 6314 1. La nouvelle rédaction de l'article L. 1110-4-1 ouvre l'opportunité de faire de

l'article L. 6111 1 3 un article plus spécifiquement dédié à la PDES. L'annexe 6 présente les propositions de modifications législatives et réglementaires à mettre en œuvre dans le cadre des recommandations formulées par la mission.

[192] **L'examen au parlement, prévu à compter du mois de juin 2023, de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels offrir l'opportunité d'introduire les modifications législatives requises.**

[193] **Concernant les établissements**, outre l'inscription dans leurs CPOM, il convient par ailleurs de compléter les textes relatifs aux établissements de santé et les autres titulaires de d'autorisations par une disposition, transversale de préférence pour éviter de devoir la décliner activité par activité, prévoyant qu'ils peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer ou à contribuer à la PDES. Cette disposition, prise au titre des « conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique » prévues par l'article L 6122-7 (régime des autorisations) concernera tous les établissements, publics comme privés ; elle s'inscrit dans une logique de droits et devoirs portée par la réforme.

[194] **Concernant les professionnels**, outre les praticiens libéraux dont les contrats les liants aux établissements privés devront être modifiés, la réforme concernera aussi les praticiens salariés des EPS et ESPIC susceptibles de participer à la PDES hors de leur établissement d'affectation. Cela impliquera de compléter les dispositions statutaires relatives à la permanence des soins.

Recommandation n°15 Eriger l'engagement dans le fonctionnement de la permanence des soins en valeur socle, prévoir les conditions dans lesquelles les établissements et les praticiens pourront être appelés à y contribuer dans un territoire et compléter en ce sens le code de la santé publique

3.1.2 Fixer réglementairement une fréquence maximale de participation, par praticien, aux gardes et astreintes dans le cadre de la PDES

[195] Les constats faits par la mission, en termes d'acceptabilité de la contrainte, d'impact sur la santé ou sur les conditions de travail, de fragilité des organisations, plaident en faveur d'une **réduction du nombre de ligne par la territorialisation de la PDES et d'une diminution de la fréquence de participation aux sujétions de PDES et d'un élargissement du socle des praticiens susceptibles d'y participer. Mieux la contrainte sera répartie, moins elle sera lourde individuellement et plus elle sera supportable collectivement. L'Etat crée des conditions d'un meilleur partage de la charge de permanence des soins entre les acteurs au sein des territoires, en contrepartie il prend un engagement fort pour que cette charge reste soutenable en fixant une fréquence maximale de participation, par praticien, aux gardes et astreintes dans le cadre de la PDES et/ou un nombre minimum de praticiens par tableau de gardes et d'astreintes pour reconnaître une ligne PDES.**

[196] Outre des recommandations inscrites dans certaines commissions d'organisation de la permanence des soins (COPS) d'établissements, il existe des dispositions partielles de cette nature dans la réglementation actuelle, concernant la participation aux gardes ou astreintes des praticiens hospitaliers⁶⁶, des professionnels enseignants et hospitaliers⁶⁷ et des internes⁶⁸.

[197] Des positions exprimées par les parties prenantes rencontrées, il ressort que les seuils minimums à viser se situent autour de quatre à cinq gardes par mois (y compris les nuits de week-end et dimanche) et d'une semaine et d'un week-end d'astreinte par mois ou d'une nuit par semaine et d'un week-end par mois (ce qui est sensiblement équivalent). La correspondance en nombres minimum de praticiens nécessaires se situe entre huit et neuf praticiens pour une ligne de garde et de quatre à six pour une ligne d'astreinte pour assurer ces lignes de manière pérenne et acceptable. Le calcul des effectifs disponibles devra être réalisé sur la base non pas des praticiens d'un service/territoire mais des praticiens effectivement en mesure de participer à la PDES, c'est à dire déduction faite des praticiens bénéficiant d'une dispense de participation pour des raisons, de maternité, d'âge ou médicale.

[198] **La mission est consciente des inquiétudes que cette mesure peut susciter auprès de certains acteurs ; elles sont fondées sur la crainte que son application ne conduise à la suspension de lignes de PDES, en se référant souvent aux ressources aujourd'hui disponibles. Il s'agit d'un sujet sensible mais essentiel pour l'acceptabilité de la contrainte et surtout pour la soutenabilité des dispositifs de PDES⁶⁹.**

⁶⁶ Article 10 de l'arrêté du 14 septembre 2001 « *Un même praticien ne peut, sauf nécessité impérieuse de service et à titre exceptionnel, être mis dans l'obligation d'assurer une participation supérieure à une nuit par semaine sous forme de permanence à l'hôpital ; trois nuits par semaine sous forme d'astreinte à domicile, un dimanche ou jour férié par mois sous forme de permanence à l'hôpital ; deux dimanches ou jours fériés par mois sous forme d'astreinte à domicile* »

Article 10 de l'arrêté du 30 avril 2003 « *Un même praticien ne peut, sauf nécessité impérieuse de service et à titre exceptionnel, être mis dans l'obligation d'assurer une participation supérieure à : une nuit par semaine, sous forme de permanence sur place, ou trois nuits par semaine, sous forme d'astreinte à domicile, ou deux demi-nuits suivies de deux demi-astreintes par semaine, un dimanche ou jour férié par mois, sous forme de permanence sur place, ou deux dimanches ou jours fériés par mois, sous forme d'astreinte à domicile* »

⁶⁷ Article 10 de l'arrêté du 30 avril 2003 : « *un même praticien ne peut être de permanence sur place pendant plus de vingt-quatre heures consécutives. Un même praticien ne peut, sauf nécessité impérieuse de service et à titre exceptionnel, être mis dans l'obligation d'assurer une participation supérieure à une nuit par semaine, sous forme de permanence sur place, ou trois nuits par semaine, sous forme d'astreinte à domicile, ou deux demi-nuits suivies de deux demi-astreintes par semaine, un dimanche ou jour férié par mois, sous forme de permanence sur place, ou deux dimanches ou jours fériés par mois, sous forme d'astreinte à domicile* »

⁶⁸ Article 3 de l'arrêté du 10 septembre 2002 modifié « *La permanence des soins peut être assurée uniquement par des internes lorsque au moins six internes figurent régulièrement au tableau des gardes. Dans le cas contraire, le tableau de garde des internes est complété par un tableau de garde médicale* »

⁶⁹ Concernant la continuité des soins, bien que les mutualisations doivent être encouragées, la fixation d'un seuil réglementaire ne semble pas souhaitable à ce stade. Les contextes médicaux ne sont pas totalement comparables (patients connus vs nouveaux patients), avec les effets qui en découlent sur la lourdeur des gardes et astreintes ; ces dispositifs ne sont par ailleurs pas du tout maîtrisés par les ARS. Une recommandation pourrait toutefois être envisagée afin d'inciter les dispositions organisationnelles, dans le cadre de mutualisation notamment, afin de respecter ou de rapprocher de ces seuils dans le cadre de leurs organisations de continuité des soins

Les points suivants permettent d'éclairer les conditions de mise en œuvre de cette mesure :

- **La soutenabilité des lignes de PDSES ne peut être considérée comme assurée lorsqu'elles reposent sur un nombre très faible de praticiens** (exemples cités de lignes de gardes reposant sur trois praticiens, de lignes d'astreintes reposant sur deux praticiens). Dans ces cas de figure la fragilisation ne provient pas de l'application d'un seuil mais est intrinsèque à l'organisation elle-même, dont la sécurité dans la durée est nécessairement questionnée ;
- Dans le cadre d'organisations de PDSES alternées entre deux ou plus d'établissements, le seuil de praticiens nécessaire dans chaque établissement sera réduit en proportion du nombre d'établissements impliqués dans le fonctionnement de la ligne (voir 3.3.1.1) ;
- **L'adoption de la disposition proposée doit être envisagée en lien avec la démarche visant à élargir, dès lors que cela sera nécessaire, le socle des praticiens du territoire appelés à contribuer à la permanence des soins.** Il ne s'agit pas de raisonner à effectifs constants, ces deux leviers sont envisagés et doivent être mis en œuvre simultanément ;
- **Le DG ARS devra être doté d'un pouvoir de dérogation** en cas de risque d'effondrement d'une PDSES dans un territoire sans alternative possible. Cela sera prévu dans la réécriture des articles R 6111- 41 et suivants du CSP ;
- Le suivi cette disposition fera l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la gouvernance régionale et territoriale de la PDSES (recommandation 11) ;
- L'enquête nationale de recueil des données d'activité (recommandation 7), permettra de compléter les données de ressources humaines disponibles et de réaliser des simulations en situation réelle au sein des territoires.

[199] **Cette mesure déterminera la capacité des DG ARS à mobiliser, en tant que de besoin, des praticiens dans un territoire. Elle constitue un indicateur objectif permettant de d'établir si un établissement est seul en mesure de faire fonctionner une ligne de garde ou d'astreinte ou si le concours des praticiens du territoire est nécessaire.** En ce sens, plus les seuils retenus seront bas, plus le dispositif sera faiblement sécurisant mais moins il sera incitatif aux partages ; plus ils seront élevés, plus ils apparaîtront exigeants mais plus ils créeront les conditions d'un meilleur équilibre du partage de la charge.

Recommandation n°16 Fixer réglementairement une fréquence maximale de participation, par praticien, aux gardes et astreintes dans le cadre de la PDSES afin de renforcer l'acceptabilité à la soutenabilité de la participation à la PDSES ; doter le DG ARS du pouvoir de déroger à ces fréquences en cas de risque majeur pour l'organisation des soins dans un territoire

3.2 De nouvelles modalités de désignation des structures chargées de mettre en œuvre la PDES qui laissent une large place à la responsabilisation et à la solidarité des acteurs dans les territoires

3.2.1 Faire procéder la participation à la PDES d'un acte positif des communautés hospitalières dans le cadre de réponses à des appels à candidatures lancés par les ARS

[200] Dès lors que les organisations de PDES nécessaires dans un territoire seront arrêtées (les schémas cible) et que les conditions de soutenabilité seront fixées (nombre de professionnels requis par ligne), la mission recommande d'**adopter une logique différente de celle, très largement descendante, qui prévalait jusqu'à présent pour désigner les établissements investis de responsabilités de PDES. Les établissements seront invités à faire part, par un acte positif, de la contribution qu'ils sont en mesure d'apporter au fonctionnement de la PDES et des ressources dont ils disposent pour cela. Leur engagement s'inscrira dans le cadre de réponses à des appels à candidatures lancés par les ARS**⁷⁰ pour atteindre les objectifs du schéma cible. Cette démarche incitera à se détacher des modes de répartition antérieurs ; elle responsabilisera les acteurs du territoire, publics comme privés, qui seront invités à proposer, dès leurs réponses initiales, des organisations partagées⁷¹.

[201] **Les engagements respectifs devront être clairement posés dans le cadre du contrat pluriannuel objectifs et de moyens des établissements** : mise en œuvre effective et continue des lignes de PDES attribuées, prise en charge en patients, ressources mobilisées, financements alloués, participation aux instances territoriales de suivi, devoir d'alerte en cas de fragilisation des organisations de PDES. Une attention particulière devra être apportée à la sécurisation du capacitaire au sein des filières de PDES pour prévenir les risques de refus de prises en charge.

[202] **Ces appels à candidatures devront être conçus de manière simple, selon un cahier des charges concerté au niveau national, pour limiter la charge administrative** des établissements et des ARS ; ils ne seront en outre organisés, hors situation exceptionnelle, que tous les 5 ans à l'occasion de l'élaboration des schémas régionaux de PDES.

3.2.2 Un processus de désignation des établissements par l'ARS en plusieurs étapes selon les réponses aux appels à candidatures

[203] Le processus de traitement des réponses aux appels à candidature et de désignation des établissements attributaires de lignes de PDES s'organiserait selon les étapes suivantes :

⁷⁰ La procédure d'appel à candidature proposée n'est pas comparable à celle actuellement prévue par l'article R 6111-42 du CSP qui n'intervient que lorsque le DG ARS constate, après confrontation des besoins, que la mission de PDES n'est pas assurée.

⁷¹ Concernant la réponse apportée aux appels à candidatures par les établissements publics de santé, des dispositions particulières sont proposées au 3.2.3

- Après analyse des candidatures reçues, le DG d'ARS peut décider, pour chaque organisation de PDSSES (ligne(s) de garde ou d'astreinte prévue(s) dans un territoire par le schéma cible), de :
 - Désigner un établissement chef de fil répondant au cahier des charges de l'appel à candidatures (ce qui inclus les ressources médicales requises) ;
 - Désigner deux ou plus établissements co-chef de fil répondant au cahier des charges dans le cadre d'une organisation alternée ;
 - Pré désigner un établissement chef de fil répondant partiellement au cahier des charges (insuffisance de ressources médicales) et lancer un appel à la solidarité territoriale auprès des praticiens dans la spécialité et le territoire concernés ;
 - Engager une concertation avec les établissements du territoire en cas de carence de l'appel à candidatures initiales.

- En cas de carence persistante à l'issue de l'appel à la solidarité territoriale, le directeur général de l'ARS décide de :
 - Désigner un établissement chef de file répondant au cahier des charges, renforcé par des ressources du territoire (mobilisation spontanée) ;
 - Prendre une décision d'inscription des praticiens de la spécialité et du territoire au tableau de garde ou d'astreinte de l'établissement désigné chef de file (mobilisation d'office) ;
 - Désigner un établissement non-candidat comme chef de file de la PDSSES territoriale, renforcé le cas échéant par des ressources du territoire ;
 - Acter une situation de carence et engager un ré examen du schéma régional afin d'envisager de nouvelles modalités d'organisation de la PDSSES pour les lignes en défaut.

[204] La réorganisation du processus d'attribution des lignes de PDSSES nécessite une réécriture générale des articles R 6111- 41 et suivants du CSP pour décliner les différentes étapes de la procédure et donner au DG d'ARS des leviers juridiques lui permettant, en tant que de besoin de mobiliser des praticiens du territoire pour remplir les objectifs du schéma cible (Cf. annexe 6). **L'approche proposée repose sur une responsabilisation initiale forte des acteurs ; elle positionne également les ARS comme régulateurs du dispositif, elle renforcera l'engagement stratégique de ces dernières, et sera pour cela exigeante. L'outillage des agences sera dans ce cadre d'autant plus utile** (voir recommandations 8 et 20).

Recommandation n°17 Refonder le processus de désignation des structures reconnues pour faire fonctionner la PDSSES dans les territoires : - en impliquant les acteurs via une procédure d'appels à candidatures, - en encourageant les organisations partagées ou mutualisées, - en donnant au DG d'ARS la possibilité, en tant que de besoin, de mobiliser les praticiens d'un territoire pour contribuer au fonctionnement de la PDSSES

3.2.3 Elever l'organisation et la mise en œuvre de la PDSES au sein des établissements publics en compétence relevant du GHT

[205] **Le fonctionnement de la PDSES est extrêmement structurant pour les activités des établissements. Il était attendu à ce titre qu'elle constitue une des dimensions dont les établissements publics se saisiraient dans le cadre de l'élaboration de leur projets médicaux partagés.** Le décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) précise que le projet médical partagé, qui définit la stratégie médicale du GHT, comprend notamment « 4° *les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par un procédé de télésanté, portant sur a) La permanence et la continuité des soins définies par le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau du groupement hospitalier de territoire en cohérence avec le volet régional de la permanence des soins mentionné à l'article R. 6111-41* ».

[206] Des dispositions réglementaires avaient par ailleurs été introduites en 2016⁷² et 2017⁷³ pour améliorer la rémunération du temps de travail additionnel et des sujétions de gardes et d'astreintes dès que le schéma territorial de la PDSES aura été adopté.

[207] **Plus de 6 ans après l'instauration de ces mesures, la mission fait le constat que la PDSES est encore très peu intégrée au sein des GHT.** Ce constat est corroboré par l'exploitation de l'enquête SOLEN Etablissements : 80 % des établissements supports de GHT répondant ont déclarés ne pas disposer de schéma territorial de la permanence des soins.

[208] Dans ce contexte, la mission recommande d'**élever l'organisation et la mise en œuvre de la PDSES au sein des établissements publics au rang des compétences relevant de droit du GHT prévues à l'article L 6132-3 du CSP.**

[209] **La réponse à l'appel à candidature de l'ARS fera l'objet d'une réponse commune pour les établissements parties du GHT, transmise au DGARS par le directeur de l'établissement support du GHT et le président de la commission médicale de groupement, après consultation de cette dernière.** L'établissement support de GHT se verra confier la mission d'organiser et de gérer la PDSES reconnue par l'ARS aux établissements membres du groupement, entraînant des responsabilités organisationnelles, juridiques et budgétaires afférentes.

[210] Ce processus impliquera un partage préalable entre les établissements du groupement du diagnostic, des besoins, des possibilités de mutualisation et des ressources disponibles. Il doit **permettre au GHT, dans le cadre d'une stratégie collective, d'assumer sa part de PDSES dans le territoire, adossée à un véritable schéma territorial de la PDSES ; la mutualisation des ressources humaines médicales en sera renforcée et les modalités de rémunérations de la PDSES sur le territoire, en particulier la politique de la forfaitisation des astreintes, harmonisées.**

[211] Pour la mise en œuvre de cette recommandation une modification de l'article L.6132-3 et des articles R 6132-1 et suivants du CSP sont nécessaires (voir annexe 6).

⁷² Arrêté du 4 novembre 2016

⁷³ Décret du 2 mai 2017

Recommandation n°18 Elever l'organisation et la mise en œuvre de la PDES au sein des établissements publics de santé en une compétence relevant de droit du GHT

3.3 Des dispositions juridiques et opérationnelle à préciser pour accompagner la mise en œuvre des évolutions structurelles

[212] La mise en œuvre d'une PDES partagée à l'échelle territoriale doit être accompagnée de dispositions qui la rendront pleinement effective. Les incertitudes juridiques ou opérationnelles soulevées par certains acteurs, possibles freins à l'engagement, doivent être maîtrisées.

3.3.1 Des conditions opérationnelles claires de partage de la permanence des soins, facteur clef de réussite

3.3.1.1 Deux schémas de collaboration au choix des acteurs pour répondre à des besoins différents selon les territoires et les spécialités

[213] **Les modalités selon lesquelles une organisation de PDES pourra être partagée dans un territoire doivent être clairement posées. Il s'agit d'un point qui préoccupe particulièrement les acteurs**, en particulier lorsqu'est évoquée l'hypothèse de la participation à des gardes ou astreintes hors de l'établissement d'exercice habituel. Cette inquiétude est compréhensible, elle doit être entendue et des réponses doivent être apportées pour sécuriser les professionnels.

[214] Schématiquement, deux modalités de partage sont identifiées, la PDES alternée et la PDES mutualisée, qui présentent les caractéristiques suivantes :

- **La PDES alternée : le partage d'une ligne entre plusieurs structures**

[215] Ce type d'organisation est plus particulièrement adapté aux territoires dans lesquels deux, ou plus de deux le cas échéant, structures sont en mesure de répondre au cahier des charges de l'ARS (compétences médicales, plateau technique) sans nécessairement disposer des ressources humaines pour pouvoir assurer seule une ligne de garde ou d'astreinte. L'ARS peut alors désigner des établissements co-chefs de file, conjointement responsables du fonctionnement d'une ligne.

[216] L'avantage de ce type d'organisation est de permettre aux praticiens d'assurer la permanence des soins dans leur environnement professionnel habituel, ce à quoi les spécialités chirurgicales sont particulièrement sensibles.

[217] L'alternance doit être :

- Lisible, selon des cycles de semaines ou de quinzaines ;
- Stable, ce qui oblige chaque établissement co-chef de file à tenir ses engagements vis-à-vis de ses partenaires,
- Connue de l'écosystème sanitaire (régulation médicale, services d'urgences, professionnels de ville) afin que les patients puissent être orientés en première intention vers l'établissement où la PDES est active.

[218] **Sa mise en œuvre nécessite une coordination étroite des structures co-responsables ainsi que la définition de règles de fonctionnement partagées concernant en particulier les conduites à tenir en matière de transferts de patients lorsque l’orientation adéquate n’a pu être fait en première intention.** Une attention particulière doit être apportée à la coordination de l’alternance lorsque plusieurs lignes de PDSSES alternée sont attribuées à un établissement. Il est fortement souhaitable, pour la lisibilité globale du dispositif, qu’une synchronisation des plannings soit mise en œuvre afin qu’elles soient autant que possible toutes « actives » ou « désactivées » simultanément dans un même établissement. La recommandation 19 vise à identifier les prérequis et à proposer les conditions opérationnelles de mise en œuvre de PDSSES alternée.

[219] La PDSSES partagée permet par ailleurs d’alléger de manière importante le poids de la PDSSES en la répartissant entre des structures qui n’en supportent qu’une partie. Ce point est essentiel. Il ne s’agit pas d’envisager la PDSSES alternée comme une modalité de partage d’un financement mais comme un dispositif de partage de la charge et de la mobilisation de ressources médicales. Cela implique de ne pas maintenir de gardes ou d’astreintes sur les lignes concernées pendant les périodes de « désactivation ». Cela irait totalement à l’encontre de l’objectif poursuivi en continuant à exercer une pression inutile sur les médecins.

L’exemple d’une PDSSES alternée en ophtalmologie à Vannes

Faute de praticiens en nombre de suffisant (2 à 3), le Centre Hospitalier Bretagne atlantique (CHBA) ne pouvait assurer de ligne d’astreinte complète en ophtalmologie pendant plusieurs années alors que 26 ophtalmologues libéraux exerçaient en clinique ou en ville.

Une organisation partagée a pu se mettre en place : jusqu’à minuit l’astreinte est partagée entre le CHBA et des praticiens libéraux (une semaine par mois pour le CHBA et 3 semaines pour les libéraux) ; l’organisation est partagée entre le CHBA et le CHU de Rennes en nuit profonde. Quinze ophtalmologues sont impliqués dans ce dispositif.⁷⁴

- **La PDSSES mutualisée : la mobilisation des ressources auprès d’un établissement désigné chef de file**

[220] Ce type d’organisation est plus particulièrement adapté aux territoires dans lesquels il n’existe, dans une spécialité donnée, qu’une seule structure en mesure de répondre au cahier des charges de l’ARS (compétences médicales, plateau technique) sans disposer des ressources humaines pour assurer seule une ligne de garde ou d’astreinte. L’ARS peut alors désigner un établissement chef de file responsable du fonctionnement d’une ligne mutualisée. Le fonctionnement d’une ligne mutualisée est assuré collectivement par des praticiens de l’établissement chef de fil et d’autres établissements du territoire qui sont inscrits au même tableau de gardes ou d’astreintes.

[221] L’avantage de ce type d’organisation est d’offrir une alternative à la PDSSES alternée lorsque les conditions de sa mise en œuvre ne sont pas réunies. Elle est également plus lisible pour l’écosystème et nécessite moins de coordination entre acteurs et de transports sanitaires secondaires.

⁷⁴ Cet exemple, bien qu’il ne soit pas le plus simple en termes d’organisation, est mentionné pour illustrer la souplesse avec laquelle des solutions qui peuvent être mises en œuvre par les acteurs.

[222] La mutualisation doit :

- Être préparée pour placer les professionnels extérieurs dans les meilleures conditions ;
- Mise en œuvre de manière équitable entre les professionnels (planification des tableaux de gardes et d'astreintes, fréquence de participation, partage des périodes les plus sensibles (jours fériés, congés)) ;
- Permettre aux professionnels extérieurs de faire part des difficultés qu'ils pourraient être amenés à rencontrer.

[223] Les représentants des praticiens libéraux rencontrés mettent en avant les difficultés à exercer dans un autre environnement que le leur, en particulier pour les spécialités chirurgicales. Ces difficultés peuvent être présentées selon les cas comme une impossibilité voire une « ligne jaune ». Ces inquiétudes sont légitimes et il doit en être tenu compte. La mission croit cependant nécessaire de rappeler les points suivants :

- De nombreux médecins exercent ponctuellement dans une structure différente de leur établissement de rattachement dans le cadre de vacances, y compris dans des disciplines chirurgicale et médico-techniques ;
- Des organisations de PDSES mutualisée fonctionnent d'ores et déjà, y compris pour des activités chirurgicales, et y compris avec des praticiens publics intervenant dans des établissements privés (Centres SOS mains par exemple) ;
- Ce type d'organisation, dès lors qu'elle est correctement préparée et suivie, présente plus de garanties que le recours aux praticiens intérimaires dans les conditions actuelles d'intervention ;
- La diversité des contextes sanitaires ne permet pas d'envisager comme seule modalité de PDSES partagée l'alternance, au risque de créer de nombreuses situations de carences. C'est en situation, et dans l'échange entre l'ARS et les structures et professionnels concernés, que les choix les plus adaptés doivent être faits.

[224] **Les conditions doivent être réunies pour placer les professionnels dans un environnement d'intervention sécurisant. Plusieurs facteurs de réussite sont identifiés :** la préparation et l'accompagnement des professionnels préalablement à leur inscription aux tableaux de gardes et d'astreintes (rencontre avec les équipes, présentation des lieux et matériels d'intervention, mise à disposition de kits pratiques, réalisation le cas échéant de quelques vacances de jour en amont de la participation à la PDSES), inscription dans la durée de la collaboration, mise en place d'un suivi régulier permettant d'identifier les difficultés rencontrées par les praticiens et de palier aux dysfonctionnements.

L'exemple du PIMM Basque-Landais

Les radiologues des quatre hôpitaux de Bayonne, Mont de marsan, Dax et Saint Palais ont décidé de mutualiser leurs ressources au travers d'un Plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM). Ils participent tous à la permanence des soins en radiologie par télé imagerie sur le site de Bayonne et pour le compte des quatre établissements. Cette organisation collective leur permet une charge de travail équilibrée et soutenable entre des praticiens qui se connaissent et maintiennent des liens réguliers avec les équipes de cliniciens ; des protocoles communs sont déployés pour la prise en charge sur un territoire de 70 000 habitants et 150 000 passages aux urgences par an, sans avoir à recourir à des plateformes de télé radiologie extérieures.

Cela a permis également de fidéliser les praticiens et d'augmenter l'attractivité en particulier dans les plus petites structures.

Source : PIMM Basque Landais

[225] Il est important de mettre à la disposition des acteurs ces deux typologies de partage possibles afin de répondre à des situations inévitablement différentes selon les activités médicales et les territoires (offre de soins, relations professionnelles entre acteurs, importance du plateau technique, possibilité de lits « d'aval »).

3.3.1.2 Le territoire d'implication et la compétence, deux dimensions à considérer de manière très attentive

[226] Dès lors que la participation de praticiens à la PDSSES ne procèdera pas de propositions formulées par les acteurs eux-mêmes dans le cadre des appels à candidatures des ARS et nécessitera l'implication de professionnels non spontanément volontaires, deux dimensions doivent être attentivement considérées :

- **Le territoire d'implication des professionnels.** Une distinction doit être faite entre le territoire de couverture de chaque dispositif de PDSSES en fonction de la spécialité et du niveau de gradation (proximité, référence territoriale et recours régional ou inter-régional) et les limites envisageables du territoire d'implication des professionnels dans une PDSSES territoriale.

La définition du critère délimitant le périmètre d'implication des professionnels a une dimension très opérationnelle, elle posera une borne en termes d'éloignement géographique ou de temps d'accès pour les professionnels concernés ; elle emportera des effets juridiques en fixant les limites dans le cadre desquelles le DG de l'ARS pourra impliquer des praticiens dans le fonctionnement de la PDSSES. Par souci de simplicité il apparaît préférable que le périmètre soit le même pour les gardes et les astreintes même si dans les faits les questions d'accessibilité ne présentent pas les mêmes contraintes. Le critère qui sera retenu (distance géographique ou temps d'accès) devra figurer dans la réécriture des articles R 6111- 41 et suivants du CSP.

Si elle identifie bien les enjeux, la mission n'a pu approfondir cette question dans le laps de temps imparti.

- **La prise en compte de la compétence.** Cette question soulève deux problématiques distinctes selon qu'on l'appréhende sous l'angle collectif ou individuel.
 - Il est légitime en premier lieu que l'avis du responsable de service soit sollicité préalablement à l'inscription de tout professionnel au tableau de gardes ou d'astreintes dans le cadre d'une initiative entre établissements ou d'une décision du DG ARS ;
 - Il est possible par ailleurs que des professionnels non volontaires excipent une incompétence pour être exemptés d'une participation à la PDSSES dans le cas par exemple où ils ne réaliseraient depuis de nombreuses années qu'une typologie très limitée d'actes⁷⁵ dans le champ de leur spécialité.

[227] Une procédure doit par conséquent être prévue pour examiner les situations où la compétence d'un professionnel serait contestée pour participer à la PDSSES. Le conseil départemental de l'ordre des médecins semble constituer le niveau idoine pour se prononcer sur d'éventuelles situations d'incompétence.

[228] La réglementation propre à l'organisation de la PDSA (art.R.6315-4 du CSP) confie au conseil départemental de l'ordre la mission de prendre les décisions en matière d'exemption sans toutefois que les problématiques d'insuffisance professionnelle ne soit explicitement mentionnées « *Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, des conditions d'exercice de certains médecins* ».

[229] La procédure retenue devra figurer dans la réécriture des articles R 6111- 41 et suivants.

Recommandation n°19 Prévoir un critère permettant de délimiter le territoire d'implication des professionnels dans le fonctionnement de la PDSSES et une procédure d'examen des cas où des praticiens se trouveraient en situation d'incompétence pour contribuer au fonctionnement de la PDSSES

3.3.1.3 Tirer les conséquences du nouveau cadre juridique de la PDSSES dans la relation contractuelle liant les établissements aux professionnels libéraux

[230] La modification législative proposée (article L6111-1-3) emporte plusieurs conséquences concernant la relation établie entre les établissements et les praticiens libéraux exerçant en leur sein : elle élargit la mission de contribuer au fonctionnement de la PDSSES aux structures autorisées au titre de l'article L. 6122-1, elle engage autant les établissements que les praticiens, elle prévoit également l'application aux contrats en cours.

⁷⁵ Lors de son audition, les représentants du CNOM ont indiqué que, de leur point de vue, l'insuffisance commence quand un professionnel n'est pas en capacité d'entretenir les fondamentaux mêmes de sa discipline

[231] **Les contrats liants les praticiens libéraux aux établissements privés devront être modifiés pour tenir compte du nouvel encadrement juridique de la PDSSES** et prévoir les conditions de participation à la PDSSES selon les différents cas de figure (activités réglementées, réponse dans le cadre de l'appel à candidature de l'ARS, implication sur décision du DG ARS)⁷⁶.

[232] Une disposition est également prévue pour **couvrir l'activité des praticiens extérieurs à un établissement de santé participant à la permanence des soins par le régime de responsabilité** qui s'applique aux agents du dit établissement.

3.3.2 Réunir les conditions opérationnelles d'un partage réussi de la PDSSES

[233] **Les prérequis et besoins d'accompagnement, identifiés dans la partie 3.3.1 comme autant de conditions de réussite, nécessitent d'être travaillés au fond, déclinés sur le plan opérationnel et présentés sous un format aisément appropriable par les acteurs.** Du temps et des compétences devront être mobilisés pour conduire une telle démarche, en concertation étroite avec les différentes parties prenantes. Si elle n'est pas en mesure de la conduire elle-même, la DGOS devra être fortement impliquée dans la définition des attendus et dans le suivi d'une mission ad-hoc qui devra être initiée sans délai et pourrait être confiée à l'ANAP ; elle devra porter en particulier sur :

- La définition de références territoriales d'implication des professionnels dans le fonctionnement d'une PDSSES ;
- Les prérequis et conditions opérationnelles de mise en œuvre de PDSSES alternée ;
- Les prérequis et conditions opérationnelles de mise en œuvre de PDSSES mutualisée.
- Les échanges réguliers entre équipes/professionnels impliqués dans la mise en œuvre de ligne de PDSSES partagées ;
- Les modalités de coordination entre acteurs et l'information de l'écosystème ;
- Les modalités de suivi.

Recommandation n°20 Engager sans délai une mission sur l'identification des prérequis et conditions d'accompagnement à la mise en œuvre de PDSSES partagées (alternée ou mutualisée) entre établissements et professionnels d'un même territoire

3.3.3 La nécessité d'envisager les conséquences à tirer en cas de non-respect de leurs obligations par les établissements ou les praticiens

[234] Même s'il ne s'agit pas du cas de figure qui doit être considéré comme le plus courant, au regard de l'engagement général des établissements comme des professionnels, la possibilité d'un défaut d'engagement, de l'un comme de l'autre, doit être prise en compte. Un mécanisme de sanction proportionné et réaliste doit être prévu en cas de manquement⁷⁷. L'hypothèse d'une sanction financière paraît la plus adaptée, en lien avec leur contrat pluriannuel d'objectifs et de

⁷⁶ Il a été signalé à la mission qu'un groupe de cliniques privées, inclurait désormais systématiquement une clause relative à la PDSSES dans les nouveaux contrats, y compris en l'absence, à date, de lignes de PDSSES reconnue.

⁷⁷ La suspension par l'ARS de l'autorisation a été régulièrement citée comme l'exemple d'une sanction non réaliste

moyens (CPOM) concernant les établissements, en lien avec les financements prévus par la convention médicale concernant les professionnels⁷⁸

[235] Si elle identifie bien les enjeux, la mission n'a pu approfondir cette question.

Recommandation n°21 Prévoir les conséquences à tirer en cas de non-respect de leurs obligations par les établissements et les professionnels

4 Accompagner les mesures structurelles d'une meilleure reconnaissance des sujétions de PDSES assumées par les professionnels

[236] L'identification de propositions d'amélioration de la reconnaissance de la participation à la PDSES a constitué un exercice délicat pour la mission pour plusieurs raisons : l'absence de cadrage budgétaire a priori des mesures susceptibles d'être financées dans les suites de la mission, - des attentes élevées pour résoudre un déficit de reconnaissance de la PDSES et ses conséquences en matière d'attractivité, - la difficulté d'apprécier le juste niveau des revalorisations nécessaires comme en attestent la réaction de certains acteurs suite à la mise en œuvre des accords du Ségur de la santé.

[237] Dans ces conditions la mission a retenu la méthode suivante :

- L'identification des mesures de nature à améliorer la reconnaissance de la PDSES en mentionnant pour chacune les effets attendus ;
- La réalisation de mesures d'impact financier pour les mesures qui n'appellent pas d'arbitrage entre plusieurs hypothèses⁷⁹ ;
- La réalisation de jeux d'hypothèses, trois dans la majorité des cas, et des mesures d'impact financier correspondantes, pour les mesures qui appellent des arbitrages sur des montants d'indemnisation.

[238] Un étalement de la mise en œuvre des mesures est proposé, de 2023 à 2025, en lien avec les majorations exceptionnelles reconduites par le gouvernement depuis l'été 2022 et la mise en œuvre des prochains schémas régionaux de la PDSES à compter du 1^{er} juillet 2024.

[239] L'ensemble des mesures identifiées et les calculs d'impact correspondants figurent dans l'annexe 7.

[240] Cette approche met à disposition du ministère, conformément à ses attentes, des leviers d'amélioration de la reconnaissance de la PDSES ; il pourra procéder aux arbitrages et conduire les concertations en fonction des ressources budgétaires disponibles pour accompagner la mise en œuvre d'un plan de consolidation de la PDSES.

⁷⁸ Nonobstant les sanctions disciplinaires pour manquement à la déontologie susceptibles d'être engagées au titre de l'article 77 du code de la déontologie médicale

⁷⁹ L'alignement du montant des indemnités de gardes des professionnels libéraux sur celui des praticiens hospitaliers par exemple

Points d'attention en introduction de la présentation des mesures de reconnaissance

Ces mesures permettent d'atteindre chacune un ou plusieurs des objectifs mentionnés dans la lettre de mission, c'est pourquoi elles sont présentées dans le rapport. L'importance des coûts associés pourrait toutefois conduire le gouvernement à ne pas les retenir toutes ;

Ces mesures sont étroitement liées à la mise en œuvre des mesures systémiques recommandées par le présent rapport dont la mise en œuvre est attendue à compter du 1^{er} juillet 2024 dans le cadre dans des nouveaux schémas régionaux de la PDSSES ; elles doivent accompagner les acteurs vers un nécessaire changement de paradigme. Ce lien est essentiel aux yeux de la mission.

Les mesures de revalorisation du travail de nuit et de week-end destinées au personnel non médical ne relèvent pas à proprement parler d'une consolidation de la PDSSES, objet du présent rapport. Conformément aux attendus de la lettre de mission, la mission s'est attachée à formuler des propositions. Pour nécessaires qu'elles puissent apparaître aux yeux des acteurs, leur coût doit être considéré à part de celui des mesures destinées à consolider la PDSSES. Ces mesures font l'objet d'une présentation regroupées en partie 4.6.

4.1 Faire converger les modalités de rémunération de la PDSSES entre les professionnels libéraux et salariés

[241] Le revenu des praticiens en période de PDSSES est constitué de l'indemnisation de la sujétion, de garde ou d'astreinte, et de la rémunération de leur activité. Cette dernière diffère entre les professionnels salariés (salaire) et les professionnels libéraux (tarification des actes réalisés). Il convient de prendre acte que dans un cas la rémunération est fixe (quote-part du salaire ou temps de travail additionnel) et variable dans l'autre (fonction de l'activité enregistrée au cours de la garde ou de l'astreinte). Il n'entraîne pas dans le champ de la mission de réinterroger ces modèles de rémunération.

[242] Des adaptations de la réglementation en vigueur peuvent néanmoins être proposées pour **renforcer la cohérence et la lisibilité de l'indemnisation et de rémunération des professionnels libéraux participant à la PDSSES. Ces mesures de convergence sont nécessaires pour accompagner les démarches destinées à renforcer leur implication dans le fonctionnement de la PDSSES.**

4.1.1 Harmoniser l'indemnité de sujétion de gardes des praticiens libéraux avec celle des praticiens publics

[243] L'indemnisation des gardes des médecins libéraux dans le cadre de la PDSSES est fixée à 229 € par garde et à 277,19 € pour les praticiens hospitaliers hors majoration exceptionnelle de 50 % en vigueur depuis l'été 2022 (415,78 €).

[244] Dans l'esprit de la démarche globale qu'elle présente, la mission recommande de faire converger le tarif des gardes assurées par les professionnels libéraux avec le tarif des gardes hospitalières. Il s'agit d'une **mesure d'équité que de prévoir qu'une même sujétion qu'il est demandé aux praticiens d'assurer soit indemnisée au même niveau.** Un alignement des modalités (différences des indemnités prévues par période pour les libéraux en soirée, la nuit profonde et le

samedi après-midi⁸⁰) serait souhaitable mais semble plus difficile à mettre en œuvre à court terme ; cela ne doit pas faire obstacle à l'alignement du tarif prévu pour une garde complète. La mission n'a pas été en mesure dans le temps imparti d'expertiser les incidences à l'hôpital d'une telle évolution qui pourrait avoir des effets reconventionnels sur le personnel non médical.

[245] Une fois l'alignement initial réalisé, de 229 € à 277,19 €, il conviendra, pour préserver la cohérence du dispositif, de **veiller à appliquer aux deux secteurs, et dans les mêmes conditions de montants et de dates d'effet, les revalorisations ultérieures du tarif des gardes, afin de ne pas recréer de différentiel.**

[246] XXX. Une modification de l'arrêté du 18 juin 2013 est nécessaire. La mise en œuvre de cette mesure est souhaitable à compter du 1er juillet 2023, pour le signal qu'elle constituerait préalablement à une éventuelle mesure de revalorisation pérenne de l'indemnité de sujétion de gardes.

Recommandation n°22 Aligner le montant de l'indemnité de gardes des praticiens libéraux avec celle des praticiens publics et maintenir cet alignement dans la durée

4.1.2 Rémunérer le temps de travail des praticiens libéraux assurant des gardes ou astreintes en établissement public

[247] Lorsqu'un praticien libéral réalise une garde dans un établissement dans lequel son activité ne fait pas l'objet d'une tarification à l'acte, il consacre du temps de travail à la mission de PDSES. L'indemnité qu'il perçoit lui est versée au titre de la sujétion supportée. Il est donc nécessaire de prévoir un dispositif de rémunération pour le temps de travail presté pendant la garde, au même titre que le praticien hospitalier qui perçoit une quote-part de son salaire. Ce dispositif doit être simple et lisible et fixé par la réglementation afin de garantir la transparence et l'équité de cette rémunération entre territoires.

[248] La mission recommande que le praticien libéral perçoive, en sus de l'indemnité de sujétion, un montant valorisé sur la base de l'équivalent du temps de travail additionnel comptabilisé pour une garde aux praticiens hospitaliers, soit en l'état actuel de la réglementation, une période de temps de travail additionnel valorisée 330 €.

[249] Cette reconnaissance du temps de travail presté pourrait par ailleurs contribuer à encourager le respect du repos de sécurité de la part des praticiens libéraux un lendemain de garde. La mission ne méconnaît pas le fait que l'application du repos de sécurité dans les établissements privés soulèvent d'autres problématiques que celle de la perte de revenu du professionnel libéral. Il n'en demeure pas moins hautement souhaitable que l'organisation des activités puissent permettre l'observation du repos de sécurité des praticiens, quel que soit le secteur d'hospitalisation. Les raisons qui le justifient dans le secteur public ne sont pas moins légitimes dans le secteur privé.

⁸⁰ Arrêté du 18 juin 2013 ; l'indemnité complète se répartit en 79 € pour la période de début de nuit et 150 € pour les périodes de nuit profonde et de samedi après-midi.

[250] Cette mesure ne doit pas générer de coûts supplémentaires pour les établissements, la rémunération du praticien libéral se substituant à celle d'un praticien hospitalier. Un complément devra être apporté à l'arrêté du 18 juin 2013.

Recommandation n°23 Rémunérer le temps de travail des praticiens libéraux réalisant des gardes en établissement public à des conditions équivalentes de valorisation de celles reconnues aux praticiens hospitaliers

[251] Pour ce qui concerne le temps de travail presté en astreinte, la mission considère que la valorisation actuelle de l'indemnité d'astreinte des professionnels libéraux, 180 €⁸¹, permet d'indemniser à la fois la sujétion d'astreinte ainsi, que de manière forfaitaire, une activité moyenne réalisée dans le cadre d'une astreinte à l'hôpital public, en cohérence avec les mesures de revalorisation des astreintes publiques proposées au 4.2.

4.1.3 Simplifier la rémunération des professionnels libéraux intervenant dans la PDES

[252] Les modalités de rémunération des professionnels libéraux participant à la PDES sont fixées par l'arrêté du 18 juin 2013. Outre les dispositions relatives aux contrats tripartites d'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins en établissement de santé conclus entre l'ARS, l'établissement et les médecins qui s'engagent à y participer, cet arrêté dispose également le circuit de rémunération des professionnels. Ce circuit est particulièrement compliqué :

- Une convention doit être préalablement signée avec la CPAM;
- Les établissements concernés transmettent, après vérification du service fait, les tableaux de gardes et d'astreintes réalisées à la CPAM ;
- La CPAM verse aux médecins les indemnités de sujétions dues ;
- L'assurance maladie adresse ensuite des états de dépenses à l'ARS qui lui rembourse sur les crédits FIR les indemnités de sujétions versées ;
- Les praticiens déclarent par ailleurs en parallèle à l'assurance maladie les actes réalisés en période de PDES aux fins de tarification.

[253] Ce mécanisme impose des démarches administratives lourdes dont l'utilité peut être discutée. Il rend par ailleurs le pilotage de la PDES réalisée dans les établissements privés particulièrement complexe pour les ARS et, dans les faits, largement inopérant (rapprochement de la permanence théoriquement assurée, de la permanence effectivement réalisée et des indemnités versées). L'assurance maladie, qui n'exerce aucune responsabilité vis-à-vis du fonctionnement de la PDES, n'assume dans ce cadre d'autre mission que celle de verser les indemnités de sujétion.

[254] La mission considère que les contours d'un schéma de financement beaucoup plus direct pourraient être dessinés, en lien avec les recommandations qu'elle formule pour l'attribution des lignes de PDES : les établissements privés pourraient être financés, comme les établissements

⁸¹ Arrêté du 18 juin 2013 modifié par arrêté du 31 Aout 2021

publics, directement par l'ARS pour les ligne de PDSES qui leurs sont reconnues, charge à eux de verser leurs indemnités de sujétion aux praticiens libéraux⁸², ceux-ci déclarant par ailleurs à l'assurance maladie, selon les procédures habituelles, les actes réalisés en période de PDSES aux fins de tarification.

[255] Cette approche simplifierait considérablement le processus et le pilotage. Chaque structure serait financée pour la contribution qu'elle assure au fonctionnement de la PDSES (nombre de lignes de gardes et d'astreintes) et rémunèrerait les professionnels participant à la PDSES en son sein, quel que soit leur statut. La mission est consciente de la sensibilité qu'une telle évolution pourrait représenter pour certains des professionnels concernés, elle insiste sur le fait que cela n'atténuerait en aucune manière le statut libéral de ces professionnels.

[256] La redéfinition du circuit de financement et d'indemnisation devrait s'accompagner d'un engagement de la part des établissements de régler à M+1 les gardes et astreintes réalisées, après validation des tableaux de services faits. Elle constituerait une mesure de simplification administrative évidente et rendrait le pilotage de la PDSES beaucoup plus lisible pour les ARS. La FHP a indiqué à la mission qu'elle était très favorable à cette évolution.

[257] La mission a identifié deux problématiques qu'elle n'a pas été en mesure d'approfondir dans le temps imparti :

- Un risque de requalification de la relation qui lie les établissements et les professionnels libéraux avec lesquels ils sont en contrat⁸³. S'agissant du versement d'indemnités dont le tarif est fixé par l'Etat, qui sont financées par des crédits alloués par l'Etat et sur lesquels les établissements ne disposent d'aucune marge de manœuvre, ni en termes d'opportunité de versement ni de modulation des montants, ce risque devrait pouvoir être dissipé. La nécessité d'une mesure législative, portable dans le cadre du PLFSS, n'est toutefois pas à exclure ;
- L'examen des incidences en matière de charges sociales des différents cas de figure de praticiens salariés participant à la PDSES en établissements privés et des praticiens libéraux y participant en établissements publics.

[258] Ces deux sujets nécessitent d'être instruits au fond, en particulier avec les services de l'URSSAF, avant de poser les bases de circuits de financement simplifiés. C'est la raison pour laquelle la mission recommande une mise à l'étude.

Recommandation n°24 Etudier, dans la perspective des prochains schémas régionaux, les modalités d'une simplification du circuit d'indemnisation des professionnels libéraux participant à la PDSES en établissements privés via un financement direct de ces derniers

4.2 Améliorer significativement les conditions de rémunération des astreintes à l'hôpital public, une priorité

[259] **La lettre de mission exprimait deux attentes vis-à-vis de l'indemnisation des astreintes hospitalières du personnel médical** : un souci de simplification, via notamment les possibilités

⁸² Ainsi le cas échéant qu'aux salariés d'autres établissements participant en leur sein à la PDSES

⁸³ Risque de requalification de la relation contractuelle en relation de travail

ouvertes par la forfaitisation ; le souhait d'une meilleure prise en compte de l'intensité des sujétions, de permanence téléphonique en particulier. **Le déséquilibre s'est amplifié depuis le rapport d'étape entre les conditions de rémunération des astreintes des praticiens publics et libéraux**⁸⁴. Enfin, la mission a relevé dans ses entretiens avec les représentants des secteurs public et privé à but non lucratif, **des attentes très fortes concernant l'amélioration de la reconnaissance du travail en astreinte, incluant la prise en compte de la télémedecine.**

[260] Dans ce contexte, elle formule des recommandations, qu'elle estime prioritaires, concernant l'amélioration de la reconnaissance et du suivi du travail en astreinte.

4.2.1 La reconnaissance actuelle du travail en astreinte à l'hôpital : complexité et insuffisances

[261] Le rapport d'étape dressait le constat, pour les établissements publics, de la grande complexité du dispositif de comptabilisation du travail en astreinte, de son indemnisation et du respect relatif d'un certain nombre de ses dispositions (voir partie 1.4.1 du rapport d'étape).

[262] Schématiquement le dispositif repose sur les éléments suivants :

- La réalisation d'une astreinte ouvre droit à une indemnité de sujétion forfaitaire désormais fixée à 43,86 €⁸⁵ ;
- Le temps de travail réalisé dans le cadre d'un déplacement sur le site de l'établissement de santé est comptabilisé et rémunéré en sus, au réel du temps d'intervention et de manière forfaitaire pour le temps de trajet...
- ... sauf si l'établissement a fait le choix de forfaitiser la rémunération de l'astreinte dans le respect des dispositions réglementaires qui encadrent cette option ;
- Dans tous les cas, le temps de travail réalisé en astreinte⁸⁶ doit être suivi par l'employeur afin de s'assurer du respect des dispositions de la directive européenne 93/104/CE concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail (non-dépassement du plafond de 48h de travail hebdomadaire).

[263] A l'issue de ses travaux de terrains, la mission partage ces constats et souhaite insister plus particulièrement sur quatre points :

- Le déséquilibre, encore amplifié depuis l'arrêté du 31 août 2021, de l'indemnisation des astreintes des praticiens publics et libéraux représente une iniquité majeure (43,86 € vs 180 € par astreinte). Pour les mêmes raisons qui conduisent à recommander de faire converger le montant de l'indemnité de gardes des praticiens libéraux avec celle des praticiens publics, une convergence inverse est nécessaire concernant les astreintes ;

⁸⁴ Revalorisation de 150 à 180 € de l'indemnité de sujétion d'astreinte des praticiens libéraux

⁸⁵ Montant de l'astreinte opérationnelle

⁸⁶ Les contours de ce temps de travail restent relativement flous. En l'état actuel, seul le temps de travail réalisé dans le cadre de déplacements doit être suivi par les établissements, ce qui n'inclut pas les diagnostics et prescriptions délivrés dans le cadre de la télémedecine ni les réponses aux appels téléphonique

- La conception binaire du dispositif se révèle de plus en plus préjudiciable. Les dispositions actuelles ne reconnaissent que deux situations, la veille au domicile, indemnisée forfaitairement, et le déplacement sur site, reconnu au réel du temps presté. Elles méconnaissent à la fois la pénibilité susceptible de découler d'appels téléphoniques répétés, en nuit profonde en particulier, ainsi que les potentialités offertes par la télémédecine de réaliser des diagnostics et de délivrer des prescriptions depuis le domicile ;
- La mise en œuvre de la forfaitisation, pour palier à la lourdeur du décompte au réel et aux risques de dérives déclaratives, présente des lacunes importantes en l'état des pratiques. Il convient d'y remédier pour envisager un usage plus répandu, présentant des garanties renforcées d'équité, de transparence et de régularité (critères de choix des astreintes et des montants forfaitisés, modalités de suivi, partage collectif des indicateurs, respect des critères réglementaires...);
- Enfin, la mission n'est pas parvenue à lever les incertitudes relatives au suivi effectif par les établissements du temps de travail en astreinte. Cela constitue un point d'attention qui doit être pris en compte dans le cadre de la réorganisation proposée. La vigilance est d'autant plus forte lorsque des astreintes forfaitisées sont mises en place, ce mécanisme induisant chez les acteurs un sentiment d'allègement des exigences de suivi.

4.2.2 L'amélioration de la reconnaissance du travail en astreinte, un objectif atteignable...

[264] La mission n'a pas identifié d'autres modalités de reconnaissance du travail en astreinte que celles actuellement en vigueur. Aussi, à défaut de pouvoir radicalement simplifier le dispositif, elle formule **des propositions de nature à améliorer la reconnaissance des sujétions supportées par les praticiens, à renforcer la lisibilité pour les communautés médicales du fonctionnement des astreintes et à sécuriser les processus.**

4.2.2.1 Revaloriser et harmoniser les modalités d'indemnisation des astreintes

[265] La mission propose de rénover le régime des astreintes autour des trois principes suivants :

- La revalorisation de l'indemnité forfaitaire ;
- La reconnaissance du régime des astreintes forfaitisées comme régime de droit commun, et non plus dérogatoire, d'indemnisation⁸⁷ ;
- L'inscription dans la réglementation des niveaux d'indemnisation forfaitaire ainsi que des modalités à mettre en œuvre par les communautés hospitalières pour répartir les astreintes selon leur niveau d'intensité.

⁸⁷ L'opportunité de maintenir la possibilité, à titre dérogatoire, d'indemniser les astreintes au réel, selon le dispositif actuellement en vigueur, pourrait être décidée à l'issue de la concertation. Cela constituerait une mesure de simplification mais priverait à contrario les acteurs de la possibilité d'une rémunération au réel

[266] La combinaison de ces principes permettrait d’afficher un dispositif lisible pour les professionnels : la forfaitisation ne serait plus une possibilité à la mise en œuvre et aux modalités incertaines mais un dispositif clair, dont les montants seront connus et harmonisés au niveau national, de même que les critères et conditions d’attribution.

[267] La mission a réalisé le jeu d’hypothèses suivant en déclinaison de ces principes :

Tableau 3 : Jeu d’hypothèses relatives à la revalorisation des astreintes et à leur forfaitisation

XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX ⁸⁸	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXX	
XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXX	

Source : Mission sur la base des données de l’enquête SOLEN ARS

[268] Pour limiter les risques de détournement de finalité du mécanisme de forfaitisation, la mission considère souhaitable d’encadrer un minimum la répartition des astreintes en posant le principe qu’aucun niveau ne peut représenter plus de 33 % du total des lignes d’astreintes reconnues au sein d’un GHT (ou d’un établissement s’agissant du secteur privé).

⁸⁸ Coût chargé

4.2.2.2 Créer les conditions de l'équité et de la transparence dans la mise en œuvre des astreintes forfaitisées

[269] La modification de l'arrêté du 30 avril 2003 devra également prévoir les **critères et modalités de gouvernance de sa mise en œuvre**. Il s'agit en particulier :

- **Des critères permettant de répartir les astreintes par niveau en fonction de leur lourdeur.** Trois paramètres devront a minima être pris en compte : la fréquence des sollicitations téléphoniques, l'intégration de modalités de télé médecine permettant de réaliser des diagnostics et de délivrer des prescriptions depuis le domicile, la fréquence des déplacements en période d'astreinte⁸⁹ ; les astreintes de niveau 1 correspondraient à celles qui sont le plus exceptionnellement/rarement sollicitées, les astreintes de niveau 4 à celles qui sont les plus fréquemment sollicitées et pour les interventions les plus lourdes, notamment dans le cadre d'organisations territorialisées ;
- **Du processus décisionnel à mettre en œuvre pour objectiver la lourdeur des lignes d'astreintes et procéder à leur répartition.** En lien avec la recommandation 18 qui inscrit l'organisation et le fonctionnement de la PDSES au sein des groupements dans les compétences de droit des GHT, ce processus doit impliquer les établissements parties au groupement et aboutir à une décision prise à l'échelle du groupement après consultation des instances compétentes ;
- **Des modalités retenues permettant d'assurer le suivi de l'activité et du temps de travail réalisé en astreinte.**

[270] **Ces critères et la mise en œuvre de ces modalités constituent des facteurs clefs de la confiance et de l'adhésion des communautés médicales.**

[271] **Ces propositions sont porteuses d'améliorations substantielles** : la reconnaissance du travail en astreinte sera sensiblement améliorée, dans un objectif de convergence avec l'indemnisation des praticiens libéraux, dans le cas en particulier des hypothèses 2 et 3 ; la lourdeur des astreintes sera bien mieux prise en compte, en incluant les sollicitations téléphoniques et la télé médecine ; l'équité et la transparence seront renforcées à l'échelle des GHT. Leur mise en œuvre devrait intervenir à compter du 1^{er} juillet 2024, au moment de l'entrée en vigueur des futurs schémas régionaux de la PDSES.

[272] Ces mesures bénéficieront à d'autres spécialités que celles qui sont principalement concernées par les gardes et ont bénéficié de mesures relatives à l'indemnisation des sujétions et au décompte de leur temps de travail (décompte horaire, reconnaissance de temps non clinique).

Recommandation n°25 Revaloriser sensiblement les conditions de rémunération des astreintes, dans un objectif de convergence avec celles des praticiens libéraux, en augmentant le montant de l'indemnité forfaitaire et en généralisant le dispositif des astreintes forfaitisées selon des modalités de mise en œuvre harmonisées et consolidées

⁸⁹ La mission considère par ailleurs qu'il n'est pas souhaitable de maintenir dans la réglementation une spécificité pour l'indemnisation forfaitisée des activités liées au fonctionnement des blocs opératoires. L'application des critères d'évaluation proposés paraît plus juste.

4.2.3 ... sous strictes conditions de suivi

4.2.3.1 Renforcer le suivi des astreintes forfaitisées

[273] Les indicateurs et modalités de suivi devront être définis ex ante et mis en œuvre afin de s’assurer que la répartition des astreintes par niveau de lourdeur est et reste pertinente dans la durée. Ce suivi devra faire l’objet d’au minimum une présentation par an en commission médicale de groupement, après instruction par la COPS du groupement.

[274] Ce suivi est indispensable pour assurer l’équité et la transparence du dispositif. Il permettra aussi de protéger les établissements qui pourraient être amenés à justifier les choix faits en matière de forfaitisation. L’attention de la mission a été attirée lors de ses travaux de terrain sur le contrôle des comptes du CH de Libourne (Gironde) par la chambre régionale des comptes de Nouvelle Aquitaine, contrôle dans le cadre duquel la justification des rémunérations versées au titre des astreintes forfaitisées est réclamée.

4.2.3.2 Mettre en œuvre un suivi effectif du temps de travail réalisé

[275] La mission n’est pas parvenue à lever les incertitudes relatives au suivi effectif par les établissements du temps de travail en astreinte. Aussi, **si elle considère possible d’assumer un déploiement large des astreintes forfaitisées, cela ne peut s’envisager qu’accompagné d’une responsabilisation forte des établissements. Le respect de la directive européenne sur le temps de travail ne peut être considéré comme optionnel.** Au-delà de l’importance de ce facteur pour les conditions de travail des praticiens, le non-respect de cette disposition est de nature à engager la responsabilité d’un établissement dans le cadre par exemple d’une procédure médico-légale.

[276] Les modalités permettant d’assurer le suivi de l’activité et du temps de travail réalisé en astreinte devront être mises en œuvre et faire l’objet d’un suivi en commission médicale de groupement, dans les mêmes conditions que celles proposées au 4.2.3.1.

Recommandation n°26 Rappeler aux établissements leurs obligations en matière de contrôle du temps de travail réalisé en astreinte et organiser un suivi, au minimum annuel, en commission médicale de groupement, en lien avec le suivi des astreintes forfaitisées

4.3 Mieux reconnaître les sujétions de gardes, un arbitrage délicat à réaliser entre trois leviers

[277] **Deux problématiques** doivent être prises en compte pour aborder cet enjeu :

- **Les gardes publiques font l’objet d’une majoration de 50 % depuis l’été 2022.** Si cette mesure d’urgence n’a jamais été présentée comme pérenne, elle a toutefois été reconduite et est applicable jusqu’au 31 août 2023. Il existe un risque, plus d’un an après sa mise en œuvre, qu’elle soit considérée comme un acquis par les professionnels ;

- **Trois leviers sont susceptibles de participer à une meilleure reconnaissance des sujétions de gardes** ; ils présentent des caractéristiques différentes (publics concernés, effets attendus) qui doivent être analysés dans le contexte d’incertitudes liées aux nouveaux arbitrages des praticiens entre la recherche d’effets revenus ou d’effet temps.

[278] Pour chacun de ces leviers, les effets positifs qu’ils peuvent produire, les risques éventuellement associés sont analysés et des jeux d’hypothèses sont proposés de manière à permettre au gouvernement d’arbitrer l’activation d’un ou de plusieurs d’entre eux.

4.3.1 La revalorisation de l’indemnité de sujétion de garde

[279] **Il s’agit de la mesure la plus intuitive et la plus lisible.** Cette indemnité a par construction vocation à reconnaître la sujétion supportée par les praticiens réalisant des gardes. Elle concerne les praticiens des trois secteurs de l’hospitalisation. Enfin, comme rappelé ci-dessus, c’est ce levier qui a été activé dans le cadre des mesures d’urgences.

[280] **Outre son coût**, qui est très conséquent, 392 M€ en année pleine pour une application limitée au secteur public, 492,5 M€ après l’inclusion des deux secteurs de l’hospitalisation privée, **cette mesure présente un risque non négligeable de réduction du temps de travail disponible** au sein des établissements de santé. En effet, une majoration de 50 % porte l’indemnité forfaitaire à 415,5 € (+138,5 €) par garde. L’effet revenu induit pourrait avoir un impact sur les décisions des praticiens de réaliser moins de temps de travail additionnel voire d’ajuster leur quotité de temps de travail. Au regard des témoignages recueillis au cours de ses auditions, la mission considère que ce risque est à considérer avec attention. Le jeu d’hypothèses suivant a été réalisé en tenant compte de ce qui précède :

Tableau 4 : Jeu d’hypothèses relatives à la revalorisation de l’indemnité de sujétion de garde

XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
<u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u>	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
<u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u>	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	

Source : Mission sur la base de données DGOS et Enquête SOLEN ARS

[281] Dans le contexte rappelé ci-dessus, il sera probablement délicat de rétablir, à compter du 1^{er} septembre 2023, le tarif des gardes au niveau qui prévalait avant la mise en œuvre des mesures d'urgence. La mission considère toutefois qu'il serait préférable de mobiliser ce levier de manière partielle, autour de l'hypothèse 1 de préférence, afin de se donner les moyens d'activer l'un et/ou l'autre des deux leviers suivants.

[282] En tout état de cause, la décision qui sera prise devrait s'appliquer à partir du 1^{er} septembre 2023 de manière à sortir du régime des mesures d'urgence. De plus, en cohérence avec la recommandation 22, toute décision de revalorisation qui pourrait être prise devrait concerner les 3 secteurs de l'hospitalisation.

4.3.2 Une meilleure valorisation du temps de travail additionnel

[283] Le TTA réalisé par des praticiens hospitaliers est généré quasi exclusivement par leur participation aux gardes et astreintes⁹⁰. Dans un contexte de tensions croissantes sur le temps médical disponible, **le maintien de l'engagement des praticiens dans la réalisation de TTA est essentiel. L'amélioration de l'attractivité du TTA doit être considérée à cette aune.**

[284] Les modalités actuelles de rémunération du TTA, 330,64 € forfaitaire par période (correspondant à 2 plages de temps de travail), majorent fortement la valeur du temps de travail en début de carrière (+56 % par rapport au taux quotidien du 1^{er} échelon⁹¹) avec un effet d'inversion à compter du 8^{ème} échelon (-22,5 % par rapport au taux quotidien du 13^{ème} échelon). Les organisations syndicales de praticiens hospitaliers portent de longue date une demande de correction de ce mécanisme considéré comme désincitatif à la réalisation de TTA en seconde partie de carrière.

[285] Une revalorisation ciblée du TTA pourrait contribuer à améliorer la reconnaissance de l'engagement des praticiens hospitaliers dans la PDSES. La mission écarte pour cela l'hypothèse d'une linéarisation de la valeur de la plage de TTA qui induirait soit une baisse de la valeur du TTA pour les praticiens du 1^{er} au 8^{ème} échelon (hypothèse d'une valeur équivalente au salaire quotidien des praticiens) soit un coût considérable (hypothèse d'une survalorisation de 56 % de la valeur de la plage de TTA par rapport au salaire quotidien de tous les échelons).

[286] Le jeu d'hypothèses présenté ci-dessous qui repose sur deux principes :

- Une valorisation du TTA qui soit systématiquement supérieure au taux quotidien des praticiens ;
- Un dispositif qui soit lisible pour les praticiens avec l'affichage clair de la valeur de la plage de TTA à chaque position dans la grille de PH (valeur commune pour les échelons 1 à 5, 6 à 9 et 10 à 13).

⁹⁰ La participation aux activités hospitalières le samedi matin peut également générer du TTA sous condition que le praticien ait accompli l'intégralité de ses obligations de service au cours du reste de la semaine

⁹¹ Source DGOS

Tableau 5 : Jeu d’hypothèses relatives à la revalorisation du temps de travail additionnel

XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX X XXXXXXXXXXXXX XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX X
XXXXXXXXXXXXXXXXXX X XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX X XXXXXXXXXXXXX XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX X
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXXXXXXX X	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX X XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX

Source : Mission sur la base de données DGOS

[287] Cette mesure serait de nature à consolider le temps médical des praticiens participant à la PDES. Si elle était retenue par le gouvernement, sa mise en œuvre pourrait s’envisager en articulation avec l’évolution de l’indemnité de sujétion de gardes.

4.3.3 La reconnaissance d’une troisième plage de temps de travail de nuit

[288] La lettre de mission invitait à investiguer les modalités de simplification de l’organisation du temps de travail et de sa rémunération pendant la PDES au travers en particulier des hypothèses d’évolution du décompte en demi-journée et en heures du temps de travail.

[289] Cela renvoi à un sujet identifié par l’ensemble des acteurs, tant sur le plan juridique que social. Les auditions conduites et la réalisation des enquêtes SOLEN, permettent de dresser un état de situation à date et de proposer une possible évolution des modalités de décompte du temps de travail, plus simples et plus équitables, sans méconnaître les risques associés.

4.3.3.1 Un équilibre juridique précaire fragilisé par la multiplication de démarches contentieuses

[290] Schématiquement, le décompte du temps de travail médical fixé par l'arrêté du 30 avril 2003 prévoit des modalités communes à l'ensemble des praticiens, en demi-journée, sur la base de 10 demi-journées d'obligations de service pour un praticien exerçant à temps plein, et, par dérogation, sur décision du directeur d'établissement, un décompte horaire pour une liste d'activités prévues par arrêté⁹². Hors de ce cas de figure, une garde réalisée la nuit est comptée pour deux demi-journées. Ces dispositions doivent se concilier avec celles prévues par la directive européenne relative au plafond de 48h de travail hebdomadaire à partir duquel le dispositif de « l'op-out » doit être activé (consentement à réaliser du temps de travail additionnel).

[291] La mission de 2020 relevait « *que l'organisation du travail en demi-journées, dont la définition précise est laissée aux établissements, fait que les périodes de garde de nuit sont de 14 heures, ou d'une durée proche, dans la plupart des établissements, si bien qu'elles correspondent à des périodes de travail ou de mobilisation effective nettement plus longues que les périodes de jour, après prise en compte notamment de la pause déjeuner. Cela a logiquement conduit ces dernières années certains syndicats de médecins à revendiquer une comptabilisation des périodes de garde de nuit, plus favorable, au titre du temps de travail additionnel (TTA) que ces périodes génèrent, avec notamment une demande récurrente de décompte à 3 plages de 5h au lieu de 2 aujourd'hui* ».

[292] **L'essentiel des débats qui traversent les communautés hospitalières porte sur la comptabilisation du temps de travail en garde.** Dès lors que les règlements intérieurs des établissements prévoient les dispositions nécessaires relatives à l'organisation du temps médical, que des maquettes d'organisation sont mises en place pour répartir chaque jour de la semaine les activités du service (consultations, vacations opératoires ou médicaux techniques, présence en secteurs d'hospitalisation,...) et que des tableaux de services sont établis, les différences sont relativement peu importantes entre les deux modes de décompte du temps de travail de jour⁹³.

[293] **Les établissements fonctionnent depuis plusieurs années sur ces bases : des modalités hétérogènes (régimes réglementaires différents selon les spécialités, dépendance aux décisions d'établissements concernant le passage en décompte horaire), un modus vivendi précaire** Cet équilibre est par ailleurs fragilisé par l'introduction récentes de contentieux devant le Conseil d'Etat (bases réglementaires) comme devant les tribunaux administratifs (modalités de décompte du temps de travail mis en œuvre dans les établissements)⁹⁴

⁹² Anesthésie-réanimation, accueil et traitement des urgences, réanimation, néonatalogie et réanimation néonatale, services de gynécologie-obstétrique réalisant plus de 2 000 accouchements par an

⁹³ S'agissant par ailleurs des risques de débord de l'activité de jour sur le début de la soirée, une disposition du code de la santé, visiblement peu utilisée par les établissements, permet sous condition la reconnaissance d'une troisième plage de temps de travail de jour

⁹⁴ Notamment Hospices civils de Lyon et Strasbourg, CHU de Clermont-Ferrand, Nancy et Rouen, CH des Sables-d'Olonne

4.3.3.2 Des positions syndicales en partie convergentes

[294] La mission a eu la confirmation que si les organisations syndicales de praticiens se rejoignent pour revendiquer unanimement une reconnaissance plus juste du temps de travail en garde, elles divergent sur le moyen à mettre en œuvre.

[295] Certaines réclament la généralisation du décompte horaire pour l'ensemble des spécialités ; d'autres la reconnaissance d'une « 3^{ème} plage de nuit »⁹⁵. Ces dernières sont opposées à la généralisation du décompte horaire pour des raisons à la fois opérationnelles et symboliques de représentation de la profession. Ce sujet reste lourd d'enjeux identitaires.

4.3.3.3 Les risques d'un bouger, les risques du statut quo

[296] La généralisation du décompte horaire comme la reconnaissance d'une 3^{ème} plage de nuit auraient des effets comparables, budgétaires et en termes de temps médical disponible, avec des impacts qu'il n'est possible d'approcher que par jeux d'hypothèses. Les praticiens réalisant des gardes atteindraient plus rapidement leurs obligations de service. Il leur reviendrait alors de décider s'ils sont disposés ou non à réaliser du TTA. Dans le premier cas le temps médical serait préservé et l'impact porterait sur le volume de TTA à rémunérer ; dans le second cas, cela se traduirait par une réduction du temps médical et l'impact sur le TTA rémunéré serait nul. Il est probable que dans les faits il en résultera un mixte des deux effets, en conséquence d'un grand nombre de décisions individuelles. **Dans un contexte de tensions s'exerçant sur les ressources médicales, le risque du bouger est celui d'une diminution du temps médical disponible.**

[297] L'impact qu'il est question d'évaluer ne concernerait que les professionnels exerçant dans des spécialités non reconnues en décompte horaire, qui ne représentent pas le socle des spécialités à garde⁹⁶. L'enquête SOLEN Etablissements indique que 80 % des établissements support de GHT⁹⁷ répondant déclarent avoir mis en œuvre le décompte horaire pour une ou plusieurs spécialités et que cette modalité représente environ 50 % des lignes reconnues dans les autres spécialités que la médecine d'urgence (moyenne 46 %, médiane 54 %).

[298] Le scénario du statut quo n'est pas non plus sans présenter de risques. Il est **possible de considérer que le modus vivendi précaire ne perdurera plus longtemps et qu'à l'occasion d'un contentieux introduit contre les modalités de décompte du temps de travail, une décision de jurisprudence n'impose un changement de décompte du temps médical, en faveur probablement du décompte horaire.** Nonobstant les voies de recours ouvertes, une telle décision s'imposerait, avec les conséquences induites, qu'elles soient financières ou sur le temps médical.

⁹⁵ Cette solution aboutirait à considérer qu'une journée de 24h serait décomposée en 2 plages de temps de travail de jour (matin et après-midi) et 3 plages pour la période de PDSES

⁹⁶ L'enquête SOLEN ARS met en évidence que l'anesthésie réanimation, les soins critiques adultes, cardiologiques, pédiatriques et néonataux ainsi que gynécologie obstétrique représentent près des ¾ des lignes de gardes reconnues aux schémas de la PDSES

⁹⁷ Selon l'enquête SOLEN ARS, les établissements support de GHT concentrent plus de 80% des lignes de gardes reconnus dans les schémas régionaux aux établissements publics

4.3.3.4 Une fenêtre d’opportunité à l’occasion de la mise en œuvre des nouvelles modalités d’organisation de la PDES

[299] La situation est à la fois incertaine, quant à sa pérennité, et insatisfaisante, par la différence de traitement qu’elle instaure entre praticiens de disciplines différentes participant au fonctionnement de la PDES. **La mission est consciente qu’il n’est pas aisé de prendre la décision de faire bouger les lignes sur un sujet aussi sensible. La mise en œuvre des nouvelles modalités d’organisation de la PDES pourrait toutefois offrir, à l’occasion de l’élargissement des professionnels engagés dans le fonctionnement de la PDES, une fenêtre d’opportunité pour consolider cette fragilité structurelle.** Les effets d’une possible réduction du temps médical seraient neutralisés. L’équité de traitement serait renforcée entre praticiens hospitaliers. Pour les praticiens qui bénéficieraient d’une reconnaissance de la 3^{ème} plage, cela représenterait une amélioration de la reconnaissance de leur participation aux gardes équivalente à une demi-période de TTA, soit 165 € au tarif actuel du TTA. La situation serait par ailleurs fortement sécurisée sur le plan juridique.⁹⁸

[300] Si le gouvernement devait décider de mettre en œuvre une telle orientation, il apparaît que la solution la plus adaptée, car moins clivante, consisterait à reconnaître une 3^{ème} plage de nuit. Cette option maintiendrait deux modalités de décompte du temps de travail, elle serait néanmoins beaucoup plus équitable.

[301] Le jeu d’hypothèses tenant compte des informations recueillies via les enquêtes SOLEN ARS et établissements, notamment :

- le nombre de lignes de gardes reconnues au secteur public dans les schémas régionaux ;
- la proportion des établissements publics ayant déclarés avoir mis en œuvre du décompte horaire (80 % des établissements supports de GHT répondant) et la proportion dans ces établissements des lignes de garde reconnues en décompte horaire (hors médecine d’urgence) (50 %). Ce taux, somme toute élevé, s’explique par le poids dans les organisations de PDES des spécialités éligibles au décompte horaire ainsi que par l’évolution ces dernières années des pratiques concernant la reconnaissance du décompte horaire par les établissements.

Tableau 6 : Jeu d’hypothèses relatives à la reconnaissance d’une troisième plage de temps de travail de nuit

XXXXXXXX	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXX ⁹⁹	XXXXXXXXXX X XXXXXXXXXX XXXXXXXX ¹⁰⁰	XXXXXXXXXX
	XXXXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX X	XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX

⁹⁸ Il est à noter qu’hors du champ de la PDES sénior, cette mesure créerait un effet probable effet reconventionnel concernant les internes.

⁹⁹ Coût chargé

¹⁰⁰ Coût chargé

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX X XXXXXXXX	XXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXXXXXX X XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX X XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX XXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX X	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX

Source : Mission sur la base des données des Enquêtes SOLEN ARS et établissements

[302] La mise en œuvre devrait être prévue à l’occasion de la mise en œuvre des futurs schémas régionaux de la PDES, c’est-à-dire à compter du 1^{er} juillet 2024.

Recommandation n°27 Mieux reconnaître les sujétions de gardes en s’appuyant sur un ou plusieurs des trois leviers que constituent la revalorisation de l’indemnité de sujétion, une meilleure valorisation du temps de travail additionnel et la reconnaissance d’une troisième plage de temps de travail de nuit

4.4 Harmoniser les modalités de décompte du temps de travail et de rémunération des gardes et astreintes des personnels enseignants et hospitaliers et praticiens hospitaliers

[303] L’harmonisation de l’indemnisation des gardes des praticiens hospitaliers (H) et de celles des personnels enseignants et hospitaliers (HU) fait l’objet d’une mention particulière dans la lettre de mission.

[304] Un praticien hospitalier réalisant une garde à l’hôpital perçoit une indemnité de sujétion de 277,19 € quand l’indemnité de garde d’un personnel enseignant et hospitalier s’élève à 496,43 €. Dans un contexte où la place et le rôle des praticiens hospitaliers dans le fonctionnement des activités en CHU (hospitalières mais également d’enseignement et de recherche) reste une

question sensible, cette différence du tarif des gardes peut susciter un sentiment d'iniquité. Une même sujétion, assurée dans le même établissement, est valorisée différemment¹⁰¹.

[305] L'origine de ce différentiel ne réside pas dans une discrimination positive qui serait mise en œuvre au bénéfice des personnels HU. Elle réside dans les modalités de décompte de leur temps de travail. L'arrêté du 30 avril 2003 précise que les obligations de service de ces praticiens sont de 11 demi-journées hebdomadaires, et que le temps de travail effectué au titre des gardes est comptabilisé au-delà de leurs obligations de service. Ce même arrêté n'ouvre par ailleurs pas la possibilité aux praticiens HU de réaliser et de se faire indemniser du temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service. L'articulation de ces deux dispositions ne leur permet pas de se faire rémunérer le temps de travail réalisé en gardes. C'est la raison pour laquelle les indemnités de sujétion ont été fixées à un tarif supérieur.

[306] La mission s'interroge par ailleurs fortement sur le caractère adapté et robuste des dispositions qui régissent le temps de travail de ces professionnels : 11 demi-journées d'obligations de service, des gardes comptabilisés au-delà de leurs obligations de service, une durée de leur temps de travail ne peut excéder quarante-huit heures par semaine, sans possibilité d'y déroger par l'intermédiaire du temps de travail additionnel. La conciliation de ces dispositions avec celles prévues par la directive européenne est de nature à susciter, à tout le moins, des interrogations.

[307] Il n'apparaît pas souhaitable d'harmoniser l'indemnisation des gardes en CHU en alignant l'indemnité des H sur celle des HU. Une telle mesure, revendiquées par certaines organisations syndicales, serait porteuse de deux iniquités :

- **Entre H et HU en CHU** tout d'abord car derrière l'apparence d'équité d'une indemnité identique, les H peuvent se faire indemniser du temps de travail additionnel quand les HU ne le peuvent pas ;
- **Entre praticiens hospitaliers réalisant des gardes en CHU ou en CH**, les premières seraient indemnisées près de 80 % de plus que les secondes. Pour les raisons développées au 4.5.1.2, une telle différenciation du tarif des gardes ne fait pas consensus et n'est pas recommandée par la mission.

[308] Il existe une autre option, plus ambitieuse. Elle consiste à harmoniser plus globalement les obligations de service, les modalités de décompte du temps de travail en période de PDES, l'accès au temps de travail additionnel et la rémunération des gardes : les obligations de services hebdomadaires des professionnels enseignants et hospitaliers pourraient être fixées à 10 demi-journées, le temps de travail réalisé en gardes et en astreintes comptabilisé dans leurs obligations de service, la possibilité de déclarer du temps de travail additionnel autorisée et leurs gardes et astreintes rémunérées aux tarifs communs. L'objectif d'harmonisation serait atteint ; cette mesure serait également porteuse de simplifications importantes du code de la santé et d'une réelle sécurisation juridique au regard du caractère précaire des actuelles conditions de décompte du temps de travail des personnels HU.

¹⁰¹ L'exploitation des données de l'enquête SOLEN ARS permet d'estimer une contribution moyenne des personnels enseignants et hospitaliers à hauteur de 23% des gardes en CHU

[309] La mission ne méconnaît pas les préventions qu'une telle mesure suscitera parmi certains représentants syndicaux des personnels concernés mais elle a aussi entendu de nombreux acteurs favorables à une telle évolution. **Le caractère indissociable des missions hospitalières et universitaires auxquels les professionnels demeurent très attachés ne serait pas remis en cause**, ce que confirme le ministère en charge de l'enseignement supérieur rencontré par la mission. Cette mesure serait en phase avec les aspirations des jeunes générations des personnels HU, elle contribuerait à favoriser une meilleure intégration du repos de sécurité dans les pratiques des professionnels et participerait, avec d'autres, au renforcement de l'attractivité des carrières HU.

[310] Individuellement, les praticiens pourraient équilibrer la perte représentée par l'alignement du tarif de la garde avec le mécanisme du temps de travail additionnel (diminution des obligations de service de 11 à 10 et comptabilisation des gardes dans leur temps de travail). Des lignes directrices devront être définies pour préciser les motifs permettant à ces personnels de déclarer du temps de travail additionnel au titre de leur activité hospitalière.

Recommandation n°28 Fixer les obligations de services hebdomadaires des professionnels enseignants et hospitaliers à 10 demi-journées, comptabiliser dans leurs obligations de service le temps de travail réalisé en gardes et en astreintes, leur ouvrir la possibilité de déclarer du temps de travail additionnel et rémunérer leurs gardes et astreintes aux tarifs communs

4.5 Prendre en compte la lourdeur des gardes et astreintes, un objectif partiellement atteignable

4.5.1 La modulation de la rémunération en fonction de la pénibilité des lignes, une dimension renforcée pour les astreintes qui ne fait pas consensus pour les gardes

4.5.1.1 L'intensité de l'activité encore mieux prise en compte dans les modalités de rémunération des astreintes

[311] **Les modalités d'indemnisation des astreintes permettent de prendre en compte l'intensité des sujétions.** Lorsqu'elles sont rémunérées selon l'actuel régime de droit commun, la prise en compte des temps d'intervention module mécaniquement le montant de l'indemnisation. Lorsqu'elles sont forfaitisées, les montants des forfaits sont réputés tenir compte de l'intensité des sollicitations, une astreinte rarement ou peu sollicitée sera moins rémunérée qu'une astreinte régulièrement ou intensément sollicitée.

[312] La recommandation 25 est en outre porteuse d'évolutions qui permettront d'améliorer la reconnaissance de l'intensité de l'activité (cf. appels téléphoniques et télémédecine).

4.5.1.2 Un sujet très difficile à objectiver et non consensuel pour l'indemnisation des gardes

[313] **Pour les gardes, la situation est plus complexe. La mission a entendu une très forte demande de différenciation du tarif des gardes de la part des CHU.** L'expertise et le rôle de recours assumé

sont mis en avant, de même que des exemples de lignes de gardes connues dans les territoires pour leur faible activité et la forte attractivité des tableaux de gardes qui en résulte. **Cette orientation est contestée par les autres catégories d'établissements** qui mettent en avant le plus grand isolement des professionnels réalisant des gardes, la fréquence potentiellement plus importante de participation aux gardes ou encore un armement plus limité en gardes d'internes en appui des praticiens séniors. **Les deux catégories d'acteurs expriment in fine un ressenti d'iniquité pour les CHU et un risque d'iniquité pour les autres établissements en cas d'adoption de dispositions discriminantes.**

[314] Deux écueils doivent par ailleurs être évités :

- **Le risque de l'arbitraire si le choix était fait de mieux indemniser des lignes de gardes qui seraient considérées par construction comme plus lourdes que d'autres** (les gardes de CHU par exemple ou selon une tarification adossée à la gradation des dispositifs de PDS de proximité, de référence territoriale et de recours régional inscrite dans les schémas cibles arrêtés par les DGARS)¹⁰². Le risque de voir cette échelle de pénibilité contestée dès sa mise en œuvre est réel, avec force contre exemples ;
- **Le risque de sur administration du système pour objectiver la lourdeur des gardes.** Une telle démarche impliquerait de créer du consensus entre acteurs sur un ou plusieurs critères de lourdeur (volume de l'activité, complexité de l'activité, fréquence des gardes, isolement des praticiens, autre...), d'identifier les indicateurs, en lien avec les critères retenus, et de mettre en place les canaux de recueil des données afin d'objectiver les situations et de justifier l'application d'indemnisations différentes (décisions créatrices de droits).

[315] Concernant par ailleurs les lignes de gardes considérées comme très attractives en raison de leur faible intensité, les exemples recueillis par la mission semblent indiquer qu'il s'agirait, pour l'essentiel, de lignes services d'urgences à faible niveau d'activité en nuit profonde, et de maternités de moins de 1 000 accouchements par an dans lesquelles des gardes sont mises en place alors qu'une astreinte serait réglementairement suffisante. L'enquête SOLEN ARS indique par ailleurs que 72 % (dont 40 % en CHU) des lignes de gardes inscrites aux schémas régionaux sont situées dans des établissements supports de GHT, ce qui traduit une forte concentration et limite les risques de disparités.

[316] **La mission fait le constat qu'il n'existe pas en l'état un consensus suffisant pour mettre en œuvre de nouvelles dispositions lisibles, équitables et facilement opérantes permettant de reconnaître la lourdeur variable des gardes.** Elle attire l'attention sur les risques d'une perception défavorable des mesures de discrimination positive prises pour reconnaître des spécificités/sujétions particulières d'exercice, y compris quand les différences de situations paraissent établies¹⁰³. Enfin, elle estime que les travaux préparatoires aux prochains schémas cibles (dont les enquêtes d'activités) et le meilleur partage de la charge à l'échelle territoriale

¹⁰² Cela impliquerait par ailleurs de positionner la rémunération des gardes des urgentistes vis-à-vis de cette échelle d'indemnisation

¹⁰³ La reconnaissance de modalités particulières d'organisation et de décompte du temps de travail des urgentistes en 2014 (systématisation du décompte horaire, reconnaissance de temps de travail non clinique) constitue probablement l'illustration la plus emblématique du risque de réactions

devraient contribuer à densifier l'organisation de la PDSES et à lisser pour partie les écarts de charge.

4.5.2 Une meilleure prise en compte de la pénibilité des gardes et des astreintes souhaitable en fin de carrière

[317] La pénibilité des gardes en fin de carrière, liée à la fois à des facteurs physiologiques liés à l'âge et à l'impact de la récurrence de la sujétion tout au long de la vie professionnelle, est régulièrement mise en avant par les acteurs.

[318] **L'arrêté du 30 avril 2003 prévoit qu'un praticien public peut être dispensé par le directeur de participer aux gardes à compter de soixante ans¹⁰⁴, s'il présente une demande motivée et sous réserve des nécessités de service. Cette disposition, conditionnée à un accord, ne constitue pas un droit, elle ne concerne en outre que les praticiens exerçant en établissements publics.**

[319] **L'élargissement du socle des praticiens susceptibles de participer à la PDSES pourrait permettre de prévoir une mesure d'âge transversale, qui s'applique aussi bien aux praticiens hospitaliers qu'aux praticiens libéraux, pour alléger la pénibilité des fins de carrière.**

[320] Ainsi, sauf demande expresse formulée par un praticien, les praticiens pourraient être dispensés de participer à la PDSES à compter de 60 ans. Ils ne seraient pas pris en compte dans le calcul du nombre de praticiens disponibles pour faire fonctionner une ligne de garde ou d'astreinte. La logique actuelle serait inversée, le droit à dispense prévaudrait de principe, et il serait appliqué à l'ensemble des praticiens salariés et libéraux.

[321] Dans l'esprit de la disposition actuelle qui permet, pour des raisons de nécessités de service, de ne pas donner suite à la demande d'un praticien de suspendre sa participation à compter de 60 ans, le pouvoir de dérogation reconnu au DGARS au 3.1.2 pourrait également porter sur cette mesure d'âge. Ces dispositions seraient incluses dans la réécriture des articles R 6111-41 à 47 du CSP prévue en application des recommandations 16 et 17.

Recommandation n°29 Intégrer dans la réglementation le principe, applicable aux praticiens salariés comme libéraux, d'une dispense de participation à la PDSES à compter de 60 ans, sauf demande expresse du praticien ou dérogation décidée par le DGARS

4.6 Les problématiques particulières soulevées par la reconnaissance du travail hors des horaires de semaine et de jour du personnel non médical

[322] En complément des travaux destinés à consolider l'organisation et le fonctionnement de la PDSES, il était demandé à la mission d'étudier les possibilités d'évolution des modalités d'indemnisation du travail de nuit, week-end et jours fériés pour le personnel non médical. Si ce volet de la lettre de mission soulève une préoccupation comparable, la reconnaissance adaptée et proportionnée des sujétions supportées par des personnels exerçant en dehors des horaires de

¹⁰⁴ D'autres motifs de dispense sont également prévus faisant intervenir le médecin du travail

jour et de semaine, il présente un **caractère largement détachable des problématiques soulevées par le fonctionnement de la PDES : l'historique, les logiques de filières d'activités et d'organisation, les cadres réglementaires différent de même que les enjeux statutaires ; les mesures proposées dans ce cadre sont par ailleurs susceptibles d'emporter des effets sur les autres versants de la fonction publique.**

[323] Pour répondre aux attentes du commanditaire, de premières orientations sont proposées. Elles pourront déboucher sur des mesures visant à améliorer à court terme la reconnaissance des agents travaillant la nuit et le week-end à l'hôpital. Elles pourront également être intégrées aux réflexions initiées par la DGAFP sur le processus Accès Parcours Rémunération (APR) susceptible d'entraîner des évolutions plus significatives des modalités de rémunération au sein de la fonction publique hospitalière.

[324] **La mission tient à signaler, en préalable à la présentation de ses travaux, la faiblesse des données sur lesquelles elle a pu s'appuyer pour objectiver l'acuité des problématiques d'attractivité liées au travail de nuit ou de week-end auxquelles les établissements sont confrontés comme pour connaître le nombre d'agents concernés et la fréquence de leur exposition aux conditions de travail considérées (Cf. recommandation 10).**

4.6.1 Améliorer l'indemnisation du travail de nuit tout en la rendant plus tangible pour les agents

[325] Les agents qui travaillent de nuit à l'hôpital relèvent de trois types d'organisations de travail. Il peut s'agir de cycles de travail de nuit fixe, en 12h alternées ou majoritairement de jour.

[326] Au-delà de la réduction des obligations de service annuelles reconnue aux agents exerçant en nuit fixe (90 % au moins du temps de travail réalisé la nuit)¹⁰⁵, le travail de nuit fait l'objet d'une indemnisation à hauteur de 0,17 € par heure travaillée entre 21h et 6h, avec deux majorations possibles, et non cumulables, si le service de nuit est « *intensif* » : 0,90 € par heure pour les personnels soignants exerçant certaines fonctions ou 1,26 € par heure pour les personnels affectés en médecine d'urgence, en services de réanimation, en unités de soins intensif ou en unités de surveillance continue¹⁰⁶. Pour mémoire, ces indemnités font l'objet, dans le cadre des mesures d'urgence, d'une majoration exceptionnelle de 100 % reconduite jusqu'au 31 août 2023.

[327] Les organisations syndicales rencontrées ont regretté qu'aucune négociation n'ait pas été ouverte sur cette question comme cela était prévu depuis la signature du SEGUR de la Santé ; elles ont également formulé la revendication d'une revalorisation massive de l'indemnisation du travail de nuit, sans faire une priorité d'un changement des modalités d'indemnisation.

[328] Nonobstant la question du niveau de l'indemnisation abordée ci-après, le constat doit être fait que les modalités d'indemnisation en vigueur ne sont clairement pas adaptées. Elles sont complexes et peu lisibles : une indemnité de base et deux majorations possibles ; la notion de travail de nuit intensif n'est pas adossée à un indicateur et la majoration largement appliquée ; la

¹⁰⁵ Dans ce cas, la durée annuelle de travail effectif est fixée à 1 476 heures contre 1607 heures de droit commun dans la fonction publique hospitalière

¹⁰⁶ Décret et arrêté du 30 novembre 1988 relatif à l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et à la majoration pour travail intensif

différenciation des deux majorations est discutable dès lors qu'il s'agit de reconnaître une même sujétion ; la référence à une rémunération horaire forfaitaire accentue les récriminations faites vis-à-vis de la modicité de l'indemnisation du travail de nuit..

[329] Sans préjudice d'évolutions plus structurelles susceptibles de résulter des travaux à venir dans le cadre de la démarche APR, la mission recommande de **modifier les modalités d'indemnisation du travail de nuit à l'hôpital en privilégiant un dispositif simple et lisible**. Elle invite pour cela à :

- **S'appuyer sur le principe selon lequel une même sujétion, le travail de nuit, doit être indemnisée de la même manière quel que soit le grade ou l'âge de l'agent** (à l'instar de la sujétion du travail du dimanche et des jours fériés pour le personnel non médical ou de la sujétion de garde pour le personnel médical) ;
- **Créer une indemnité unique** non soumise à l'éventualité d'une majoration ;
- **Valoriser par cette indemnité une nuit travaillée** (9h de nuit) (à l'instar de l'indemnité pour le travail de dimanche ou jour férié), en prévoyant une possibilité de fractionnement si une partie seulement de nuit devait être indemnisée, selon les cycles de travail.

[330] Un tel système permettrait d'**afficher une cohérence de politique indemnitaire dans la manière de reconnaître les sujétions de nuit et de week-end, il constituerait par ailleurs un facteur d'attractivité pour les débuts de carrière** (part relative plus importante dans le revenu mensuel global des indemnités issues du travail de nuit).

[331] La mission a réalisé le jeu d'hypothèses ci-dessous en déclinaison de ces principes. Pour mémoire, une nuit est en moyenne indemnisée 9,6 € [(0,17 + 0,90) € * 9 h] selon le régime de droit commun et 19,26 € avec la majoration exceptionnelle de 100 %.

Tableau 7 : Jeu d'hypothèses relatives à la revalorisation du travail de nuit

XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX ¹⁰⁷ (XXXXXX ¹⁰⁸)	XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX	XXXXXX XXXXXX	XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX XXXXXX	XXXXXXXXXX

Source : Mission sur la base de données DGOS

¹⁰⁷ Par rapport au régime de droit commun de l'arrêté du 30 novembre 1988

¹⁰⁸ Pour un agent de nuit fixe (mois de 14 nuits)

[332] Une revalorisation de l'indemnisation du travail de nuit elle devrait s'appliquer à partir du 1er septembre 2023 (sortie du régime des mesures d'urgence).

Recommandation n°30 Améliorer la reconnaissance du travail de nuit avec la création d'une indemnité forfaitaire versée pour toute période comprenant 9h de travail de nuit ; prévoir la possibilité de fractionnement de l'indemnité si seule une partie de nuit doit être indemnisée selon les cycles de travail

4.6.2 Intégrer le samedi après-midi dans les périodes donnant lieu à une indemnisation particulière

[333] Plusieurs organisations syndicales, de personnels médicaux et non médicaux, ont exprimé le souhait que les modalités d'indemnisation en vigueur pour le dimanche et les jours fériés soient étendues à la journée du samedi. L'ouverture d'une discussion sur la justification au fond d'une telle revendication, en l'inscrivant dans une analyse plus large du fonctionnement de la société en général et des services publics en particulier, dépasserait le cadre du mandat et du temps imparti à la mission. Le basculement en période de PDS de l'ensemble du samedi entraînerait en outre des effets reconventionnels sur la médecine de ville.

[334] Pour autant, **les auditions ont mis en évidence le fait que l'intégration du samedi après-midi dans les périodes donnant lieu à une indemnisation spécifique pour le personnel non -médical représenterait une mesure symboliquement très forte** (l'alignement des bornages horaires le week-end du personnel non médical sur ceux du personnel médical, en vigueur à l'hôpital comme en ville) **ainsi qu'un levier en termes d'attractivité** (une reconnaissance plus complète de la sujétion du travail le week-end).

Par souci de simplicité, la mission préconise, si cette mesure devait être mise en œuvre, d'étendre le périmètre d'application de l'indemnité prévue pour le travail les dimanches et jours fériés¹⁰⁹ qui s'élève à date à 49,52 €. Un agent qui assurerait deux postes de travail au cours d'un week-end (un le samedi après-midi et un autre le dimanche, matin ou après-midi) percevrait ainsi près de 100 € d'indemnité (99,04 € précisément, sur la base du tarif en vigueur).

[335] Deux impacts budgétaires sont à prendre en compte ; vis-à-vis des agents travaillant le samedi-après midi, ainsi que, *pro rata temporis*, vis à vis des agents travaillant dans la nuit du samedi au dimanche (complément de la période de 21h à 0h, la période 0h à 6h étant déjà indemnisée au titre des dispositions en vigueur relatives aux dimanches).
XX

Recommandation n°31 Etendre aux samedis après-midi les modalités d'indemnisation du travail prévues pour les dimanches et les jours fériés

¹⁰⁹ Décret n°92-7 du 2 janvier 1992 instituant une indemnité forfaitaire pour travail des dimanches et jours fériés ; Arrêté du 16 novembre 2004 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire pour travail des dimanches et jours fériés

4.6.3 Améliorer l'indemnisation du travail des dimanches et jours fériés

[336] Pour les raisons développées au 4.6.1, la mission considère que les modalités d'indemnisation du travail des dimanches et jours fériés sont lisibles et adaptées. Elle ne recommande aucune modification les concernant.

[337] Pour répondre aux attentes du commanditaire, la mission a réalisé un jeu d'hypothèses d'une revalorisation de cette indemnité¹¹⁰, incluant également l'impact à appliquer au samedi après-midi si la mesure précédente, qui apparaît prioritaire, était mise en œuvre.

Tableau 8 : Jeu d'hypothèses relatives à la revalorisation de l'indemnisation du travail de dimanches et jours fériés

XXXXXXXXXXXX	XXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXX	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXX
XXXXXXXXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXX

Source : Mission sur la base de données DGOS

Recommandation n°32 Améliorer la reconnaissance du travail les dimanches et jours fériés par une augmentation de l'indemnité forfaitaire dédiée ; application le cas échéant aux samedis après-midi

Le périmètre d'application des mesures de revalorisation indemnitaires

La mission n'a pas été en mesure de chiffrer le coût potentiel d'une application aux deux autres secteurs de l'hospitalisation des trois mesures présentées ci-dessus. Cela représente pourtant un enjeu important comme en atteste la réaction des acteurs de l'hospitalisation privée, à but lucratif et non lucratif, suite à la non-application à leur secteur des mesures d'urgence décidées à l'été 2022.

La question se posera donc, de principe ou pour chaque mesure d'amélioration de la reconnaissance décidée, de déterminer si les problématiques soulevées sont propres aux établissements publics de santé ou communs aux autres versants de l'hospitalisation. Et si elles ont vocation à être financée aux autres secteurs de l'hospitalisation

¹¹⁰ Pour mémoire, l'indemnité de travail les dimanches et jours fériés s'élève à date à 49,52 €

4.6.4 Palier aux difficultés en périodes de tensions saisonnières

[338] Les commanditaires ont sollicité des propositions pour palier à des difficultés du type de celles rencontrées aux mois d'août et de décembre 2022 (fortes tensions sur les effectifs disponibles entraînant une pression accentuée sur le capacitaire). **La mission n'a pas été en mesure d'objectiver l'ampleur des difficultés rencontrées par les établissements ni d'en analyser les causes, structurelles ou conjoncturelles. Les organisations syndicales rencontrées n'ont pas exprimé d'attentes particulières sur le sujet.** Dans ces conditions, la mission ne formule pas de recommandation.

[339] Si le gouvernement considère malgré tout nécessaire de disposer d'un outil pour aborder les prochains périodes de tensions saisonnières, la mission suggère de s'adosser à des modalités existantes pour éviter de créer un dispositif ad hoc supplémentaire. La justification de l'indemnisation pouvant être considérée comme comparable, il pourrait s'agir de l'indemnisation du travail des dimanches et jours fériés : perception d'une indemnité de sujétion pour chaque journée prestée dans les périodes concernées et reconnaissance des jours travaillés au titre du mécanisme du repos compensateur¹¹¹. Dans ce cas, la création d'un seuil supplémentaire (3ème jour de repos compensateur) pour les agents ayant travaillé plus de 30 jours éligibles dans l'année (dimanches, jours fériés et jours en périodes de tensions saisonnières) pourrait être envisagé.

[340] **La mission attire toutefois l'attention sur les trois risques suivants** : la difficulté à délimiter les périodes d'éligibilité (première quinzaine d'août et dernière semaine de décembre comme en 2022 ?) ; le risque associé d'extension à d'autres périodes que celles initialement envisagées (pathologies saisonnières affectant y compris le personnel hospitalier par exemple ?) ; enfin le coût rapidement très élevé d'une telle mesure¹¹².

4.6.5 Lancer une expérimentation pour la mise en place d'astreintes de remplacement de week-end

[341] Bien que cela n'entre pas dans ses sujets d'investigation, la mission a pu mesurer la très forte attente des organisations syndicales en matière de prévisibilité et de respect des plannings des agents, en particulier le week-end. Cette problématique est connue (rappels réguliers d'agents en repos pour assurer au débotté un poste pendant le week-end) et ses effets sont délétères pour les personnels mais également pour l'encadrement.

[342] Sans préjudice de travaux qui pourraient être engagés pour traiter les causes structurelles à l'origine de ces situations, il est proposé de **lancer une expérimentation sur la mise en place d'astreintes de remplacement, de week-end en priorité. A défaut de pouvoir rétablir rapidement et durablement la stabilité des plannings, la mise en place d'astreintes de remplacement**

¹¹¹ Article 3 du décret 2002-9 du 4 janvier 2002 « les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires »

¹¹² Trois semaines d'éligibilité, soit 18 jours, représenteraient un coût chargé de l'ordre de 210 M€ sur la base de la valeur actuelle de l'indemnité de sujétion

permettrait d'organiser la prise en compte de l'aléa (l'absence) et d'indemniser les agents volontaires pour assurer ces astreintes.

[343] Un cahier des charges de l'expérimentation devrait être rédigé identifiant :

- Les professions et activités éligibles (infirmières et aides-soignantes ? blocs de compétences médecine et/ou chirurgie ?, exclusion des services très spécialisés ?) ;
- La maille de mise en œuvre (de principe à l'échelle d'un établissement et non de chaque service de manière à créer des masses critiques suffisantes) ;
- Les prérequis et mesures d'accompagnement (principe du volontariat, mobilisation en appui d'au moins un personnel membre du service, module de formation commune à prévoir, modalités d'indemnisation...);
- La durée et les critères d'évaluation de l'expérimentation.

Recommandation n°33 Définir le cahier des charges d'astreintes de remplacement de week-end permettant de limiter les rappels inopinés des personnels et organiser une expérimentation nationale

4.6.6 Prévoir l'ouverture d'une concertation sur le fonctionnement et sur le régime des astreintes paramédicales

[344] Ce sujet n'entraîne pas non plus à proprement parler dans les sujets d'investigation identifiés dans la lettre de mission. Les réflexions initiées sur la consolidation des dispositifs de PDSES pourraient toutefois s'accompagner d'une démarche spécifique relatives aux astreintes des personnels non médicaux (soignants en première intention mais qui pourrait également concerner les personnels techniques et administratifs) : fonctions assurées par ces dispositifs, cadres réglementaires, concertations préalables à leur mise en œuvre, indemnisation, suivi... Si une telle démarche dépasse le cadre de la PDSES, elle pourrait contribuer à consolider le fonctionnement de la PDSES pour les professions ou spécialités qui y contribuent, hors la situation des sage-femmes mentionnée en partie 2.1.2 : MERM, IADE et IBODE à titre principal ; elle pourrait aussi contribuer à harmoniser les pratiques.

Recommandation n°34 Prévoir l'ouverture d'une concertation sur le régime des astreintes paramédicales et sur leur fonctionnement

5 Un changement de paradigme à concrétiser

[345] La lettre de mission formulait des demandes précises en vue de consolider le fonctionnement de la PDSES dans notre système de soins, en lien avec l'appel du Président de la République à une répartition plus juste et coopérative des obligations.

[346] **Au terme de ses travaux, la mission fait le constat que la PDSES est exposée à d'importants facteurs de risques qui appellent une rénovation profonde de ses modalités d'organisation et de pilotage.** Les orientations proposées visent à renforcer la confiance et l'adhésion des acteurs, préalables indispensables à une PDSES mieux partagés dans les territoires, elle-même garante d'un fonctionnement plus soutenable. La perspective d'organisations de PDSES territorialisées plus

compactes, à l'activité plus dense et mieux partagée, appelle une meilleure reconnaissance des sujétions supportées par les professionnels. **La dimension globale, systémique mais également solidaire de la réforme est essentielle. Les axes/groupes de recommandations sont étroitement liés les uns aux autres, par leur complémentarité et effets attendus.**

[347] **L'harmonisation des conditions de traitement et le renforcement de l'équité entre les acteurs constituaient des attentes fortes. Les mesures proposées doivent permettre d'atteindre cet objectif de nombreuses manières** : entre les régions (harmonisation nationale des doctrines), les secteurs publics et privés (convergence des niveaux d'indemnisation et de reconnaissance du temps presté, engagement concernant le financement des lignes), les CHU et les CH (financement des lignes de gardes en CHU), les établissements d'un même GHT (compétence de droits du GHT en matière de PDSSES), les professionnels hospitaliers et hospitalo-universitaires (modalités de décompte du temps de travail et de rémunération des gardes), les spécialités médicales (modalités de forfaitisation des astreintes, reconnaissance de la 3^{ème} plage de temps de travail de nuit) ou encore en début ou fin de carrière (étagement de la rémunération du TTA). De manière plus transversale, les recommandations formulées concernant les conditions d'élaboration des schémas régionaux, de suivi et de pilotage de la PDSSES contribueront à renforcer l'équité globale du système.

[348] **Les conditions d'une répartition plus équilibrée des sujétions entre les acteurs sont posées dans le cadre d'une approche plus responsabilisante de chacun** : les professionnels (l'engagement dans le fonctionnement de la permanence des soins valeur socle qui les rassemble), les établissements (acte positif en réponse aux appels à candidature des ARS), les ARS en tant que régulateurs (mise à disposition de leviers à mobiliser en tant que de besoin pour garantir la mise en œuvre des schémas cible).

[349] Enfin, en dépit des difficultés méthodologiques et de positionnement soulevées par ce volet, **des mesures destinées à améliorer la reconnaissance des professionnels engagés dans la PDSSES** (praticiens libéraux, hospitaliers, personnels non médicaux) sont formulées de manière à permettre au gouvernement de procéder aux arbitrages qui lui apparaîtront les plus pertinents.

[350] Bien que cela ne figurait pas au premier rang des attentes exprimées, la mise en œuvre des recommandations formulées permettrait d'atteindre deux objectifs complémentaires :

- La **sécurisation juridique** d'un certain nombre de situations : mobilisation de l'engagement des acteurs dans le fonctionnement de la PDSSES par les ARS, décompte du temps de travail des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires ;
- La **simplification d'un certain nombre de dispositions du code de la santé** : circuits de financement de la PDSSES des établissements privés (directement par les ARS), unification des modalités de décompte du temps de travail et de rémunération des gardes des praticiens hospitalo-universitaires et hospitaliers, unification des modalités de rémunération des astreintes et de décompte du TTA dans les établissements selon que le GHT s'est ou non doté d'un schéma territorial de la PDSSES, fin du distinguo entre astreintes opérationnelles et de sécurité.

[351] La mission invite le gouvernement à se saisir de l'occasion offerte par les modifications à apporter à l'arrêté du 30 avril 2003 pour aller plus loin dans la simplification et l'harmonisation de ses dispositions : clarification des obligations statutaires entre la « *responsabilité médicale de la continuité des soins* » et de la « *permanence pharmaceutique* », uniformisation de la dénomination

des indemnités (indemnité, indemnité de sujétion, indemnité forfaitaire de base...) ou de l'unité de décompte du temps de travail (plage) et du temps de travail additionnel (1/2 période = 1 plage) par exemple.

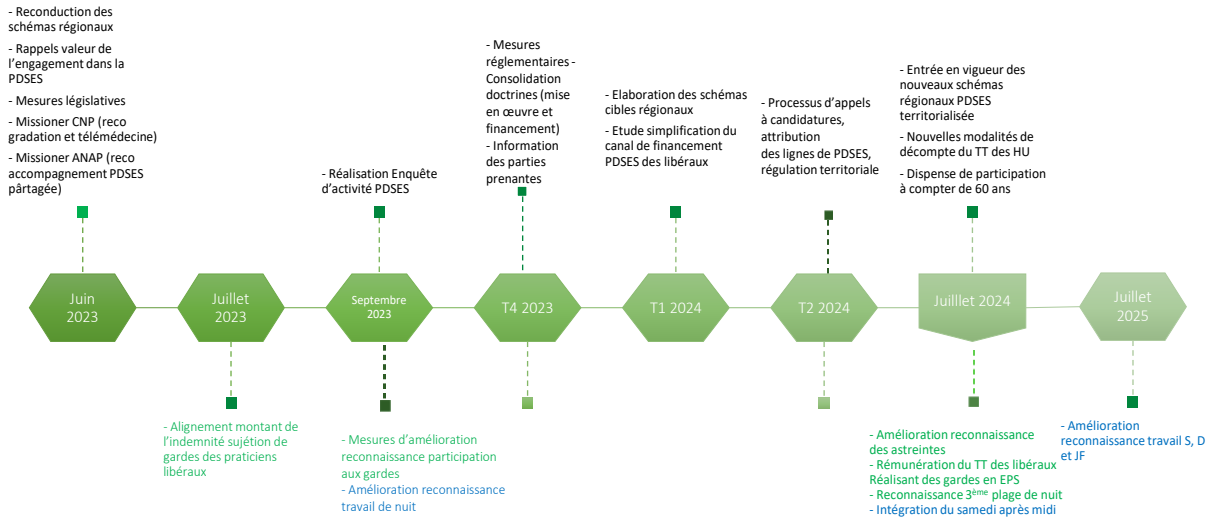
[352] **La sensibilité des enjeux est forte, les attentes comme les inquiétudes qui peuvent accompagner toute réforme le sont également. L'épreuve probablement la plus délicate résidera dans la capacité à amener les acteurs à dépasser leurs antagonismes et à envisager de nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement de la permanence des soins plus inclusives et plus collaboratives.**

[353] **Les contours d'un pacte d'engagement collectif pour une permanence des soins en établissements de santé durable pourraient être définis au niveau national** avec les principales parties prenantes, décliné au niveau régional à l'occasion de l'élaboration des futurs schémas régionaux de la PDSSES et mis en œuvre par les établissements à l'échelle territoriale. Les objectifs poursuivis, les principes structurants, les modalités de fonctionnement, les engagements mutuels et les mesures d'accompagnement mobilisées en constitueraient l'architecture. **L'engagement du ministère, des ARS, des fédérations et conférences hospitalières et des organisations syndicales constituerait un marqueur fort des intentions partagées.**

[354] **La mise en œuvre des mesures recommandées appelle une mobilisation importante et rapide** du ministère mais également des parties prenantes qui seront impliquées dans les concertations. **Les exigences liées à la préparation des prochains schémas régionaux de la PDSSES, à l'échéance du 1^{er} juillet 2024, imposent d'engager de premières initiatives dès le mois de juin 2023.** C'est également au cours de ce mois que sera débattue au parlement la **proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels** dans laquelle pourraient être introduites les dispositions législatives proposées par la mission.

[355] La **frise chronologique** présentée ci-après positionne les principaux jalons associés à la mise en œuvre des mesures du présent rapport.

Frise chronologique de mise en oeuvre des principales mesures destinées à reformer la PDSES



Mesures PDSES personnel médical
Mesures personnel non médical

Source : Mission

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissements de santé (2020-024R / mars 2021) (Tome 1)

Annexe 2 : Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissements de santé (2020-024R / mars 2021) (Tome 2)

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des obligations de PDES pour les activités réglementées à compter du 1^{er} juin 2023

Annexe 4 : Enquête SOLEN auprès des ARS

Annexe 5 : Enquête SOLEN auprès d'un panel d'établissements de santé

Annexe 6 : Propositions de modifications législatives et réglementaires (à mettre en œuvre dans le cadre des recommandations formulées par la mission)

Annexe 7 : Tableau de synthèse des mesures d'impact mises à l'étude

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Cabinet de la Présidence de la République

Mme Julienne

Cabinet du premier Ministre

Mr Arcos

Ministère de la santé et de la prévention

M Braun, ministre

Cabinet du ministre de la Santé et de la Prévention

Mme Bousquet-Berard, directrice de cabinet

Mr du Chaffaut, directeur adjoint de cabine

Mr Bégué, conseiller parcours, qualité et ressources du système de santé – premier recours

Mme Rivière, conseillère parcours, qualité et ressources du système de santé – établissements de santé

Mme Williaume, conseillère évolution et attractivité des métiers

Secrétariat général des ministères sociaux

Mr. Pribille, secrétaire général

Mr. Debos, chef de service, responsable du pôle Santé-ARS

Direction générale de l'offre de soins

Mme Daudé, directrice générale

Mme Hegoburu, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins

Mr Charpentier, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Mr Reynier

Mme Aubertine

Mme Barbier

Mme Baret

Mme Gouge

Mme Guiraud

Mme Henneresse

Mme Marquer

Mr Poisson-Calais

Mr Rouchon

Mr Savarin

Direction des affaires juridiques

Mr Brillet

Mme Delavalette

Mr Kervella

Mme Schaeffer

Direction de la sécurité sociale

Mr Mantz

Mr Bouillard

Mme. Nicolai

Direction générale de l'administration et de la fonction publique

Mme Perrin

Mr Mermet

Mr Vencatachellum

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Mr Ourliac

Délégation aux affaires européennes et internationales

Mme Borsi-Serhan

Conseillers aux affaires sociales des postes consulaires de Berlin (Mr Boyer), Copenhague (Mr Schmitt), Madrid (Mme Jarry) et Rome (M Goudin)

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Direction générale des ressources humaines

Mr Emmanuel Dossios

Mme Anne Benkowski

Caisse nationale d'assurance maladie

Mr Fatome, directeur général

Mme Cazeneuve

Mme Pougheon

Mme Chovanel

Mme Olivier

Mme Rames

HAS

Mme Bartoli, directrice générale

Dr Gabach

Agences régionales de santé

Dr Grall, Président du collège des directeurs généraux

Collègue des directeurs généraux

ARS Ile de France

Mme Verdier directrice générale

Mr Corvaisier

Mme Caradec-Useo

Mr Meyer

Mme Khelfat

Mme Sevadjian

Mme Brochard

Mme Le Breton

Mme Draene-Ebrardt

ARS Auvergne Rhône-Alpes

Mr Lequet, directeur de l'offre de soins

Mr Scheweyer

Mme Pierobon

Mr delecty

Mme Brossart

Mme Grataloup

ARS Hauts de France

Mr Boussemart

Mr Blanco

Mme Denis

ARS Nouvelle Aquitaine

Mr Elleboode, directeur général

Mme Billaud

Mr Pratmarty

Mr Laffon

Mme Abbal

Mme Besson

Mme Echevard

Groupe de travail PRS-PDSES ARS NA

Mme Couloudou

Mme Morin

Mme Liort

Dr Martineau

Dr Feger

Dr pavy

Pr Mathonnet

Dr Laurent

Dr Arramon Tucoo

Dr Bergé

Pr Salle

Dr Bourras

Dr Maillard

Mme Catalayud

Mr Bobet

Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

Mme Gérard Breuzard Directrice générale

Mme Pierrat

Mme Livonnet

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Mme Sauvadet

Agence Nationale de la performance sanitaire et médico-sociale

Dr Fellingier

Fédération des Spécialités Médicales

Pr Goëau-Brissonniere

Mme Leborgne

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Dr Labarrière

Dr Theron

Dr Ouraci

Conseil National de l'ordre des Sages-Femmes

Mme Isabelle Derrendinger, présidente

Mme Mellila Bellencourt

Mr David Meyer

Conférence nationale des URPS

Dr Leveur

Dr Blondet

Fédérations hospitalières

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

Mr Guepratte, directeur général

Mr Joan-Grangé, directeur de l'offre de soins

FEHAP Ile de France et établissements

Mr Coupry, délégué régional Ile de France

FEHAP Hauts de France

Mr Delaby

Mr Devriendt

Fédération hospitalière de France

Mme Chevance

Mr Henaff

Mr Roques

Mr Bourquin

Mme Beaussant

Mme Marchandet

Mme Meadeb

Délégation Ile-de-France

Mme Persec déléguée régionale Ile-de-France

Mr Clapier

Délégation Auvergne Rhone Alpes

Mr Malacchina

Délégation Hauts de France

Mme Solé

Délégation Nouvelle Aquitaine

Mme Navarre

Fédération de l'hospitalisation privée

Mr Gharbi Président

Mme Schibler Déléguée générale

Mr Sommier

Délégation Ile de France

Mr Serriere Président Ile-de-France

Mme Kisler déléguée générale FHP IDF

Délégation Nouvelle Aquitaine

Mme Gaucher

Mr Choupin

Unicancer

Mme Beaupère

Mme Boucher

Mr Boissier

Mr Canovas

Etablissements de santé

Centres hospitaliers universitaires

Assistance publique-hôpitaux de Paris

Pr Paugam Burtz

Pr Salomon

Dr Pelloux

Mme Fage Moreel

Mr Raison

CHU Clermont Ferrand

Mme Rougier

Pr Barthélémy

CHU de Lille

Mr Boiron

Mme Parent

Pr Chevalier

Pr Kipnis

CHU d'Amiens

Mme Portal

Pr Berquin

CHU de Bordeaux

Mr Thomas

Mme Doucas

Dr Georges

CHU de Limoges

Mme Mocaër

Pr Mathonnet

Dr Join

Mr Jourdan

CHU de Poitiers

Mme Costa

Pr Corbi

Mr Deshors

Centres hospitaliers publics

Centre hospitalier de Gonesse

Mr Sontag

Hôpitaux confluence

Mme Vauconstant

Groupement hospitalier Nord Essonne (GHNE)

Mme Bednarski

Dr Faggianelli

Centre hospitalier général de Saint-Denis

Dr Bolot

Mr Mourier

Centre hospitalier de Provins

Mr Tonneau

Groupement hospitalier Yvelines Nord

Dr Vignes

Dr Tibi

Hôpital Nord-Ouest Val d'Oise (NOVO)

Hôpital Rives de Seine

Mme Del Fabbro-Levinet

Centre hospitalier de Montluçon

Mr Beauvais

Centre hospitalier de Métropole Savoie, Chambéry

Mr Chambaz

Mme Vieux

Dr Amico

Centre hospitalier Vallée de la Maurienne

Mme Resseguier

Mme Gauthier

Dr Borella

Centre hospitalier de Belley Sud

Mr Pulido

Mme Heritier- Pigeon

Dr Belkacem

Centre hospitalier de Calais

Mme Chatelain

Dr Dumont

Dr El Mouden

Centre hospitalier de Roubaix

Mr Morin

Mme Grégoire

Dr Liesse

Dr Megariotis

Centre hospitalier de Saint Quentin

Mr Blanchard

Mme Hugues

Dr Al Badawy

Dr Nars

Centre hospitalier d'Arras

Mr Heringuez

Dr Legrand

Dr Sequier

Centre hospitalier de la Côte Basque

Mr Espenel

Dr Lazaro

Centre hospitalier Charles Perrens

Dr Gard

Centre hospitalier de Libourne

Mme Costa

Centre hospitalier de Brive

Dr Nauche

Centre hospitalier de Mont de Marsan

Dr Kidybinski

Mme Berland

Centre hospitalier de Dax

Mr Jacob

Centres hospitaliers privés à but non lucratifs

Hôpital saint Joseph

Mr moreau

Dr Ganansia

Hôpital sainte Camille

Mme Chastres

Dr Dugué

Hôpital Foch

Mme Forte

Groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille

Mr Delaby

Mr Rochette

Mr Chiarel

Dr Chevalier

Association hospitalière Nord Artois cliniques

Mr Devriendt

Dr Mazajcyk

Mme Peugniez

Mme Lafrance

Dr Basseler

Dr Duweltz

Mme Chenault

Dr Evrard

Dr Houdre

Médipôle Hôpital Mutualiste

Mme Mancilla

Mme Croze-Fayard

Dr El Khoury

Mr Dugast

Mme Boudarel

Centres hospitaliers à but lucratifs

Etablissements privés IDF

Mr Mahammed (hôpital privé Paul d'Egine)

Mr Chandesris (Hôpital privé d'Antony)

Mr Breil (Ramsay santé)

Mme Boltz (clinique des fontaines 77)

Mr Lambert (Ramsay IDF Nord)

Mr Louche (Ramsay IDF Sud)

Mme Lacroix (clinique du mousseau : CMCO)

Mme Poirret (Hôpital privé Parly 2)

Mr Sicard (Hôpital privé vert galant)

Général Groupe Bordeaux Nord Aquitaine

Mr Cruette

Cliniques Tivoli, Bordeaux Tondu, Saint Anne

Dr Alfandari

Hôpital privé Francheville à Périgueux

Dr Jambon

Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine

Pr Le Huec

Polyclinique Limoges

Dr Bourras

Conférences hospitalières

Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers

Dr Godeau, président

Dr Woehl

Conférence des directeurs de centres hospitaliers

Mr Leburgue

Mme Waheo

Conférence des directeurs généraux de centre hospitaliers universitaires

Mme Desjardins

Mme Jaglin Grimonprez

Mr Battesti

Mme Drexler

Conférence nationale des présidents de CME de CHU

Pr Michel

Pr Grenier

Dr Métairie

Organisations syndicales médicales

Syndicat national des médecins des hôpitaux publics (SNAM-HP)

Pr Beloucif

Pr Boudghene

Coordination médicale hospitalière (CMH)

Dr Skurnik

Action Praticiens Hôpital

Dr Cibien

Dr Wernet

Dr Cortes

Dr Rébufat

Dr Poupon

Jeunes médecins

Dr Loeb

Dr Verdonk

Dr Jamme

Confédération des syndicats médicaux français

Dr Devulder, président

Dr Duquesnel

Dr Perrauty

Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH)

Dr Léglise

Avenir spé-Le Bloc

Dr Cuq

Dr Gasser

Syndicat des Médecins Libéraux

Dr Sophie Bauer

Dr Masseys

Inter Syndicale Nationale des Internes

Dr Fraigneau

Dr Bailly

Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de médecine générale

Dr Presneau, président

Dr Denise

Organisation Nationale des Syndicats de Sages Femmes

Mme Combot, présidente

Mme Dumortier

Mme Rabaud

Mme Kerguelen

Mme Buchberger

Organisations syndicales des personnels non médicaux

Force Ouvrière

Mr Gadier

Mr Voillot

Confédération générale du travail

Mme Girard

Dr Prudhomme

Mr Jamelot

Union Nationale des Syndicats Autonomes

Mr Stutz

Mr Goeminne

Mr Philippe

Confédération Française démocratique du Travail

Mme Cornière

Mr Pailhé

Mr Le Noc

Inspection générale des affaires sociales

Mme Bensadon

M Gratieux

Mr Habert

M Le Guen

Mme Lebret

Mr Le Ludec

Mr Magnier

Mme Parier

Mr Siahmed

Mr Sudreau

Mme Zantman

SIGLES UTILISES

AAP : Appel à projet

AMU : Aide médicale urgente

ANAP : Agence nationale Appui à la Performance

APR : Accès parcours rémunération

ARA : Auvergne/Rhône/Alpes

ARH : Agence régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence régionale de Santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

AURA : Auvergne/Rhône/Alpes

AVC : Accident vasculaire cérébral

BFC : Bourgogne-Franche Comté

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CCN : Convention collective nationale

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre hospitalier Universitaire

CHR : Centre hospitalier Régional

CME : Commission médicale d'établissement

CMG : Commission médicale de groupement

CNAMTS : Caisse nationale assurance maladie des travailleurs sociaux

CNG : Centre national de gestion

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CNP : Conseil national de pilotage

COPS : Comité d'organisation de la permanence des soins

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat d'objectifs et de moyens

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CSP : Code de santé publique

DAC : Direction d'administration centrale

DES : Diplôme d'étude spécialisée

DG : Directeur général

DGARS : Directeur général de l'ARS
DG : Dotation globale
DGAFP : Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DOM : Département d'outre-mer
DOS : Direction de l'organisation des soins
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EIGS : Evènement indésirable grave associé aux soins
EPS : Etablissement public de santé
ES : Etablissement de santé
ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ESPL : Etablissement de santé privé lucratif
ETP : Equivalent temps plein
FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FHF : Fédération hospitalière de France
FHP : Fédération hospitalière privé
FIR : Fond d'intervention régional
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GRH : Gestion des ressources humaines
HAD : Hospitalisation à domicile
HPST : Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
HU : Hospitalo-universitaire
IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état
IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IRM : Imagerie par résonance magnétique
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
MCO : Médecine/chirurgie/obstétrique
MERM : Manipulateur en électroradiologie médicale
MIG : Mission d'intérêt général
MSP : Mission de service public

MNSS : Loi de modernisation de notre système de santé
NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
OQN : Objectif quantifié national
ORL : Oto-rhino-laryngologie
OPH : Ophtalmologie
PACA : Provence Côte d'Azur
PADHUE : Praticien à diplôme hors Union Européenne
PDL : Pays de la Loire
PDSA : Permanence des soins ambulatoire
PDES : Permanence des soins en établissement de santé
PH : Praticien hospitalier
PIMM : Plateaux d'Imagerie Médicale Mutualisée
PMP : Projet médical partagé
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM : Personnel non médical
PPL : Proposition de loi
PRS : Plan régional de santé
PTHS : plateau technique hautement spécialisé
PU-PH : Praticien Universitaire- Praticien Hospitalier
RH : Ressources humaines
ROR : Répertoire opérationnel des ressources
SAE : Statistique annuelle des établissements
SAMU : Service d'aide médical d'urgences
SAS : Services d'accès aux soins
SAU : Service d'accueil des urgences
SC : Soins continus
SGMAS : Secrétariat Général du Ministère et es affaires sociales
SIBC : Système d'information budgétaire et comptable
SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation
SPH : Service public hospitalier
SPL : Secteur privé lucratif
SPNL : Secteur privé non lucratif
SRS : Schéma régional de santé

SROS : Schéma régional de l'organisation des soins

SU : Services d'urgences

TTA : temps de travail additionnel

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNV : Unité neuro vasculaire

URPS : Union régionale des professionnels de santé

USIC : Unité de soins intensifs en cardiologie

LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

Pégase D-23-002189

Paris, le **30 JAN. 2023**

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales,

Suite à la saisine de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) le 31 janvier 2020 par la Ministre de la santé, Madame Agnès Buzyn, pour la conduite d'une mission portant sur l'évaluation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES), un rapport d'étape a été remis au Ministre le 3 mars 2021.

Ainsi que l'indiquait votre prédécesseure, Madame Nathalie Destais, dans le courrier accompagnant la remise du rapport au Ministre, diverses contraintes se sont imposées aux inspecteurs dans la conduite de leurs travaux, en particulier liées au contexte de crise sanitaire. La mission n'a pu organiser que deux déplacements, limitant ses échanges avec les agences régionales de santé pourtant au cœur de la régulation du dispositif de la PDSSES. Elle n'a pas non plus été en mesure de rencontrer l'ensemble des parties prenantes, dont les ordres, les sociétés savantes et les principaux syndicats de praticiens.

Ce faisant, afin de proposer des pistes d'évolution du dispositif de la PDSSES, je souhaite que ces travaux puissent être consolidés et approfondis, notamment dans la perspective d'annonces sur ce sujet d'ici l'été dans la continuité du discours du Président de la République du 6 janvier dernier.

En particulier, les points suivants feront l'objet d'investigations complémentaires :

- Les modalités de simplification de l'organisation du temps de travail et d'évolution de sa rémunération pendant la PDSSES :
 - o Hypothèses d'évolution du dispositif actuel qui maintient un décompte en demi-journées et un décompte en heures pour le personnel médical.
 - o Simplification du régime actuel d'indemnisation des astreintes (décompte au réel du temps de travail généré par les déplacements et la présence sur site), en expertisant notamment l'hypothèse d'une forfaitisation pour le personnel médical.
 - o Étude des possibilités d'évolution des modalités d'indemnisation du travail de nuit, week-end et jours fériés pour le personnel non médical.

.../...

Monsieur Thomas AUDIGÉ
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
Tour Mirabeau
39-43 quai André Citroën
75015 PARIS

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

- Les modalités d'une plus grande solidarité territoriale entre les différents acteurs et les leviers à la main du Ministère et des ARS pour y parvenir, intégrant
 - o La prise en compte de la participation à la PDSSES en dehors de son établissement d'origine (dans le cadre de la territorialisation des filières de soins au sein des GHT).
 - o L'harmonisation des modalités d'indemnisation des gardes et astreintes pour l'ensemble des praticiens des établissements publics et privés (ce qui impliquera également d'aborder la différence de rémunération au sein mêmes des établissements publics, entre Hospitaliers et Hospitalo-Universitaires).
 - o L'analyse comparée et l'harmonisation des modalités de décompte du temps travaillé des établissements publics et privés.
 - o Les modalités d'une meilleure prise en compte des ressources humaines disponibles dans l'organisation de la PDSSES à l'échelle des territoires, afin de veiller à la soutenabilité des gardes et des astreintes pour les praticiens. Vous proposerez à ce titre les modalités de gouvernance adaptées pour favoriser la responsabilisation de tous les acteurs et la mutualisation des forces vives, ainsi que garantir une juste répartition de l'effort.

- Les modalités d'une meilleure reconnaissance de l'intensité des sujétions :
 - o La distinction des sujets de permanence des soins et de continuité des soins ;
 - o La révision du dispositif des astreintes, avec notamment la prise en compte de la permanence téléphonique ;
 - o La prise en compte de l'intensité de l'activité au cours des gardes ;
 - o Vous pourrez dans ce contexte émettre des propositions pour mieux prendre en compte la pénibilité liée à l'âge dans la participation à la permanence des soins.

De même, des investigations sur les modalités d'accompagnement financier du dispositif de la PDSSES par le fonds d'intervention régional et l'utilisation de ce dernier par les agences régionales de santé, ainsi que des recommandations en termes de modalités d'optimisation de ce financement, sont attendues afin de cadrer la mise en œuvre des volets PDSSES des futurs schémas régionaux de santé pour les prochaines années.

Pour mener vos travaux, vous pourrez solliciter le concours de la Direction générale de l'offre de soins et de la direction de la sécurité sociale, notamment sur la base de leurs premières analyses des recommandations formulées par votre inspection dans le cadre du rapport d'étape de mars 2021.

Le rapport de cette mission est attendu au plus tard le 30 avril 2023.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales, l'expression de ma considération distinguée.



François BRAUN