



Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissement de santé

Tome 2 : Annexes

Mathias ALBERTONE

Geneviève GUEYDAN

Antoine MAGNIER

Françoise ZANTMAN

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

2020-024R
Mars 2021

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	3
ANNEXE 1 : LES PRINCIPALES DISPOSITIONS RELATIVES A LA PDSSES DU GUIDE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS DE 2011	5
1 LA DEFINITION DE LA PDSSES.....	6
2 LES PRINCIPAUX ENJEUX DE LA REORGANISATION DE LA PDSSES	7
3 LA DEMARCHE D'ELABORATION DES SCHEMAS CIBLES DE PDSSES	8
4 LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES DIFFERENTES « MISSIONS DE SERVICE PUBLIC »	9
5 AUTRES DISPOSITIONS ET OBSERVATIONS DE LA MISSION	9
ANNEXE 2 : LES PRINCIPALES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES RELATIVES A L'ORGANISATION ET L'INDEMNISATION DES GARDES ET DES ASTREINTES DES MEDECINS DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE	11
1 LA COMPTABILISATION DU TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE	12
2 LES PRINCIPALES DISPOSITIONS DE L'ARRETE DU 30 AVRIL 2003 RELATIVES A LA L'ORGANISATION ET L'INDEMNISATION DES GARDES ET DES ASTREINTES	13
3 CERTAINES DISPOSITIONS DE L'ARRETE DU 30 AVRIL 2003 RELATIVES A L'INDEMNISATION DES GARDES ET DES ASTREINTES SONT DEVENUES CADUQUES EN PRATIQUE DEPUIS UN ARRETE DU 2 MAI 2017 RELATIF AUX GHT	21
ANNEXE 3 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPALES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES RELATIVES A L'INDEMNISATION DES MEDECINS METTANT EN ŒUVRE DES GARDES ET DES ASTREINTES DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE ET LES CLINIQUES PRIVEES.....	23
ANNEXE 4 : ANALYSE DES DONNEES DE FINANCEMENT DE LA PDSSES SUR LA PERIODE 2010-2019.....	25
1 LES PRINCIPALES SOURCES DE DONNEES RELATIVES AU FINANCEMENT DE LA PDSSES POUR LES ANNEES RECENTES.....	25
1.1 LES DONNEES DE FINANCEMENT ISSUES DE L'APPLICATIF SIBC.....	25
1.2 LES DONNEES DE FINANCEMENT ISSUES DE L'APPLICATIF HAPI.....	27
2 PRINCIPAUX ELEMENTS DE CONSTAT ET D'ANALYSE DE LA MISSION SUR LE FINANCEMENT DE LA PDSSES	28
2.1 DES EFFORTS DE RATIONALISATION TRES IMPORTANTS DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI HPST ET DES PREMIERS SROS QUI SE SONT FORTEMENT REDUITS CES DERNIERES ANNEES	28
2.2 UN MONTANT DE DEPENSE DE PDSSES VARIABLE SELON LES REGIONS QUI REFLETE POUR PARTIE UN DEGRE DE PRIORISATION VARIABLE AU SEIN DU FIR ET DES EFFORTS D'ECONOMIE D'INTENSITE INEGALE SUR LA PERIODE RECENTE	30
2.3 UNE MISSION PRINCIPALEMENT MISE EN ŒUVRE PAR LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE, AVEC UNE PARTICIPATION DES ESPIC ET DES CLINIQUES PRIVEES QUI DEMEURE INFERIEURE A LEUR POIDS DANS L'OFFRE DE SOINS ET VARIABLE SELON LES REGIONS	38
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE PREPARE PAR LA MISSION POUR SES ENTRETIENS AVEC LES ARS.....	47
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRES PREPARES PAR LA MISSION POUR SES ENTRETIENS AVEC LES ETABLISSEMENTS DE SANTE (CHU, CH, ESPIC, CLINIQUES PRIVEES)	51
1 QUESTIONNAIRE POUR LES CHU	51

2	QUESTIONNAIRE POUR LES CH.....	58
3	QUESTIONNAIRE POUR LES ESPIC	63
4	QUESTIONNAIRE POUR LES CLINIQUES PRIVEES	66

ANNEXE 1 : LES PRINCIPALES DISPOSITIONS RELATIVES À LA PDSES DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS DE 2011

Le gouvernement a précisé les objectifs attendus et les modalités de la « remise à plat » de la PDSES qu'il visait dans le cadre de la mise en œuvre de la loi HPST dans ce « Guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS), diffusé aux directeurs généraux des ARS par le biais d'une première circulaire de la DGOS de février 2011, puis dans une version amendée, par une seconde circulaire d'août 2011¹.

Soulignant fortement le fait que les SROS-PRS devaient être conçus en cohérence avec le resserrement de la contrainte financière retenu pour 2011 et 2012 et envisagé pour les années suivantes et que cette contrainte devait « s'appliquer à l'ensemble des secteurs de l'offre de soins », ce guide méthodologique a identifié la PDSES, comme l'un des cinq « enjeux » ayant un caractère organisationnel pour l'ensemble de l'offre de soins », constituant des « leviers incontournables pour améliorer » celle-ci² et devant être traité à ce titre dans une première partie du SROS consacrée aux enjeux de transversalité et d'articulation, en amont des deux autres parties consacrées respectivement à l'offre ambulatoire et l'offre hospitalière. Selon ce guide, la réorganisation de la PDSES constituait « l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins ».

Le gouvernement s'est appuyé sur ce guide très détaillé et structurant pour :

- Définir la PDSES dont le champ n'était pas précisé au niveau législatif ou réglementaire ;
- Préciser les principaux enjeux, selon lui, de la réorganisation de la PDSES, et les principales orientations retenues au niveau national³ ;
- Préciser la démarche d'élaboration du « schéma-cible » de PDSES que les ARS devaient suivre dans chaque région.
- Préciser les conditions d'attributions des différentes « missions de service public », dont celle de la PDSES.

¹ Cf. les circulaires du 24 février et du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS). Les éléments relatifs à la PDSES n'ont pas fait l'objet de modification entre les deux versions de ce guide.

² Au même titre que : les modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation traditionnelle ; l'articulation entre la ville et les urgences ; la gradation des soins hospitaliers et la biologie.

³ Ce guide a également pointé les points d'articulation entre la PDSES, la PDSA et les structures de médecine d'urgence.

1 La définition de la PDSSES

Selon la définition retenue :

- « La permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20 h du soir le plus souvent, et jusqu'à 8 h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés. »
- « La PDSSES concerne le seul champ MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDSSES. Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe et les structures d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes. »
- « Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDSSES : l'ARS, disposant du levier de l'indemnisation, pourra inciter à des mutualisations des lignes de gardes et d'astreintes entre les structures autorisées concernées. Pour les spécialités qui ne relèvent pas des PTHS, notamment les spécialités de médecine ou encore d'autres plateaux techniques moins spécialisés, il appartient aux ARS d'identifier à la lumière du diagnostic régional partagé, les lignes de gardes et d'astreintes des structures qui devront s'engager dans un partenariat renforcé avec le réseau des urgences pour les prises en charge la nuit, les week-ends et jours fériés. »
- « L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de service public de PDSSES visera ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences ... » »

La mission note que :

- Cette définition a été retenue en dépit de la difficulté pratique pour un grand nombre d'établissements de distinguer, pour certaines spécialités notamment, les lignes de gardes principalement mises en œuvre pour l'accueil de « nouveaux » patients pendant les heures de la PDSSES de celles principalement mises en œuvre au titre de la continuité des soins pour les patients déjà hospitalisés⁴.
- Elle a résulté pour partie de considérations propres aux modalités particulières de financement préexistantes de certains établissements ou de certains services, tels les structures d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe et les structures d'hospitalisation à domicile (HAD), qui ont été exclues du champ de la PDSSES en raison de leur mode de financement particulier.
- Cette définition précise a été maintenue par la suite, sans qu'une portée réglementaire (ou législative) ne lui ait été conférée au cours des années récentes et sans qu'elle ait fait l'objet d'une réexposition dans des instructions ministérielles récentes.

⁴ La notion de « nouveaux patients » n'étant du reste pas elle-même précisée.

2 Les principaux enjeux de la réorganisation de la PDSSES

Ce guide a souligné que cette réorganisation devait viser conjointement à :

- « Améliorer l'accès aux soins » :
 - En « optimi(sant) » l'organisation de la PDSSES pour les activités de soins qui la requièrent afin de « garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés » ;
 - Et en « amélior(ant) l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées ».
- « Améliorer la qualité de la prise en charge » :
 - En « réduis(ant) les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences » ;
 - Et en « sécurisant les parcours de soins non programmés » ;
- « Améliorer l'efficience », avec des schémas-cibles élaborés :
 - « En optimisant l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif ;
 - Eliminant les doublons entre établissements sur une même activité, pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDSSES ;
 - Répartissant de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé ».

La mission note que l'ensemble des ARS ont fait état de ces principaux enjeux dans les premiers SROS qu'ils ont élaborés pour la période 2012-2016 et que ces enjeux ont été repris, pour la plupart d'entre eux, dans ceux établis récemment pour la période 2018-2022.

Après avoir rappelé les conditions de financement de la PDSSES pour les différents types d'établissement de santé (ex-DG et ex-OQN) dans le cadre de la MIG PDSH, le guide a indiqué dans le cadre de ses orientations générales que :

- Il « convient maintenant d'harmoniser le dispositif applicable aux secteurs ex-DG et ex-OQN, en renforçant les marges de manœuvre régionales pour permettre de mobiliser de manière optimale les ressources médicales disponibles au regard des besoins de santé identifiés en région ».
- « Ce dispositif cible commun aux secteurs public et privé est basé sur une contractualisation entre l'ARS et les établissements publics et privés concernés, s'intégrant dans les CPOM. Dans ce cadre contractuel, les lignes de gardes et d'astreintes participant de la mise en oeuvre de la mission de service public de PDSSES par les établissements de santé publics et privés seront indemnisées par des crédits MIG relevant d'une enveloppe unique et fongible. Il est par ailleurs envisagé à terme une harmonisation des modalités de rémunération (au moins pour les forfaits d'astreinte). »

- « Le parallélisme du financement et plus généralement du modèle de PDSES entre les secteurs public et privé s'inscrit dans une logique de convergence, d'optimisation et de mutualisation des ressources médicales disponibles et de réorganisation territoriale de la PDSES. »

3 La démarche d'élaboration des schémas cibles de PDSES

Ce guide méthodologique a requis des ARS qu'elles élaborent leurs schéma-cibles de PDSES en s'appuyant sur :

- La réalisation d'un diagnostic des besoins de la population et des ressources médicales disponibles, éclairé notamment par les résultats d'une enquête déclarative lancée début 2011 dans toutes les régions et tous les établissements, en vue de disposer d'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 périodes⁵ ;
- Un partage du diagnostic d'une concertation avec les professionnels de santé, les établissements concernés et les fédérations hospitalières de la région

Pour faciliter l'élaboration de l'état des lieux, puis celle du schéma-cible de PDSES, ce guide inclut dans une annexe :

- Un tableau détaillé des activités médicales ou chirurgicales faisant l'objet d'un régime d'autorisation et d'obligations réglementaires de « permanence médicale » pour certaines spécialités mobilisées, qui s'efforce de préciser :
 - La nature de ces obligations (gardes ou astreintes, obligations de permanence sur site ou possibilités de mutualisation territoriale) ;
 - Et si ces obligations sont prévues principalement au titre d'une obligation de continuité des soins à l'égard des patients déjà suivis ou hospitalisés ou si elles s'inscrivent davantage dans une obligation d'accueil de nouveaux « patients ».

Ces activités incluent : la médecine d'urgence, la réanimation adulte, la réanimation pédiatrique, l'obstétrique, la néonatalogie, les centres d'hémodialyse et les unités de dialyse, la chirurgie cardiaque, les activités interventionnelles et les soins intensifs en cardiologie, les greffes d'organe et de cellules hématopoïétiques, les activités interventionnelles en neurologie et le traitement des grands brûlés.

Tout en suggérant que ces obligations réglementaires de « permanence médicale » doivent être naturellement prises en compte dans l'élaboration des schémas-cibles de PDSE, lorsqu'elles sont principalement mises en œuvre au titre de l'accueil de nouveaux patients, le guide souligne toutefois que « cette obligation de permanence ne relève pas nécessairement du dispositif d'attribution de mission de service public de PDSES et du mécanisme de financement correspondant ».

⁵ L'instruction de la DGOS du 11 février 2011 relative à l'enquête régionale « gardes et astreintes médicales au titre de l'activité MCO » a organisé la mise en œuvre de cette enquête, déployée à partir de la plateforme ANCRE de l'ATIH, qui visait à éclairer sur la structuration des gardes et des astreintes dans chaque établissement, par domaines d'activités médicales ou chirurgicales, en 2010 d'une part ; et sur l'activité des lignes principalement mises en œuvre au titre de la permanence des soins au cours du mois de mars 2011, d'autre part. La mission n'a pu récupérer les annexes relatives à la maquette et au guide de remplissage de cette enquête. En revanche, elle a obtenu de l'ATIH un fichier contenant des éléments issus de cette enquête, qu'elle n'a toutefois pas pu exploiter dans les délais d'élaboration de ce rapport intermédiaire.

- Une liste non exhaustive de spécialités médicales et chirurgicales qui ne font pas l'objet de telles obligations réglementaires mais qui sont « potentiellement » concernées par la PDES, dont :
 - La neurologie, la gastroentérologie, la pneumologie et l'hématologie clinique ;
 - La chirurgie vasculaire et thoracique, la chirurgie viscérale et digestive, la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie infantile, l'ophtalmologie et l'urologie ;
 - Pour autant, l'annexe en question de ce guide souligne qu'une obligation réglementaire de « permanence médicale » (y compris principalement au titre de l'accueil de nouveaux patients) ne doit pas nécessairement appeler une reconnaissance de la ligne correspondante au titre de la permanence des soins.
- Le guide précise en outre en annexe que 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 PDES 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 ».

4 Les conditions d'attribution des différentes « missions de service public »

S'agissant de l'attribution des différentes « missions de service public », dont celle de PDES, le guide méthodologique a :

- Précisé qu'elle devait s'appuyer un inventaire des établissements et des besoins non couverts.
- Détaillé la procédure d'attribution de ces missions, en distinguant, selon les situations :
 - Une « procédure de reconnaissance prioritaire », dans le cas où les besoins sont couverts et que l'ARS souhaite reconduire les établissements assumant précédemment cette mission
 - Une « procédure d'appel à candidature » lors que les besoins ne sont pas couverts, quantitativement ou qualitativement
 - Une « procédure de désignation unilatérale », notamment en cas d'appel infructueux.

5 Autres dispositions et observations de la mission

Ce guide méthodologique a par ailleurs rappelé en annexe :

- Les dispositions transitoires retenues dans l'attente de l'attribution de la mission de service public de PDES dans le cadres des SROS en cours de préparation ; ainsi que les efforts d'économies attendus dès 2011 dans cette attente (cf. la partie 1.11.1 du rapport) ;
- Les modalités d'implication et d'indemnisation des praticiens libéraux dans le dispositif de PDES.

Il annonçait en outre que les modalités d'indemnisation des établissements attributaires de la mission de service public dans le cadre des schémas-cible de PDSES seraient « détaillées dans le cadre d'une prochaine instruction », une perspective qui ne s'est toutefois pas vraiment concrétisée pour les établissements publics et privés à but non lucratifs (« ex-DG »).

De manière générale, mission note que :

- La PDSES n'a pas fait l'objet de nouvelles orientations nationales, formalisées dans une instruction, depuis ce guide méthodologique diffusé par voie de circulaires en 2011.
- Ce guide méthodologique n'a pas fait l'objet d'une actualisation depuis 2011, en dépit des évolutions et notamment des modifications réglementaires apportées au cadre d'organisation de la PDSES depuis (Cf. la partie 1.1.5 du rapport).
- Ce guide a continué d'inspirer dans une large mesure la doctrine des administrations centrales principalement concernées par la PDSES (DGOS et SGMAS) et l'élaboration par les ARS de la seconde génération des SROS pour la période 2018-2022 (Cf. la partie 2 du rapport)

ANNEXE 2 : LES PRINCIPALES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES À L'ORGANISATION ET L'INDEMNISATION DES GARDES ET DES ASTREINTES DES MÉDECINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

L'organisation et l'indemnisation des gardes et des astreintes mises en œuvre par les médecins employés par les établissements publics de santé, au titre indifféremment de la PDSSES et de la continuité des soins, sont principalement encadrées par l'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.

Cet arrêté a été actualisé et amendé à de nombreuses reprises depuis son adoption⁶.

Les dispositions réglementaires qu'il porte s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire propre aux différents statuts de ces médecins, qui distingue notamment :

- les « personnels enseignants et hospitaliers »⁷, communément désignés comme « hospitalo-universitaires » (HU), qui disposent du statut de fonctionnaire d'Etat au titre de leur activité d'enseignement et de recherche relevant du ministère de l'enseignement supérieur ;
- les différentes catégories de praticiens⁸ parmi lesquels les praticiens hospitaliers (PH) à temps plein, les praticiens des hôpitaux à temps partiel, les praticiens contractuels, les assistants des hôpitaux et les praticiens attachés.

Les conditions d'indemnisation des gardes et des astreintes mises en œuvre par les médecins doivent s'apprécier aussi naturellement en tenant compte du niveau des émoluments et des principales

⁶ La mission a toutefois noté que l'arrêté du 30 avril 2003 n'a pas été mis à jour pour tenir compte du fait que les GHT sont tenus d'adopter un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné à leur niveau (en cohérence avec le volet relatif à la PDSSES du SROS) depuis l'adoption du décret du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire. Certaines dispositions du premier arrêté sont devenues caduques depuis l'adoption du second (*Cf. infra*).

⁷ Cf. les articles L6151-1 à L6151-3 et D6151-1 à D6151-3 du CSP ; ainsi que décret du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires.

⁸ Cf. les articles L6152-1 à L6152-6 et R6152-1 à R6152-824 du CSP.

autres indemnités perçus par ces médecins dernièrement revues par un arrêté du 15 janvier 2016⁹, et des mesures de revalorisation récemment décidées dans le cadre du Ségur de la santé.

1 La comptabilisation du temps de travail des médecins dans les établissements publics de santé

Pour les praticiens à temps complet, l'article R. 6152-27 du CSP dispose que :

- « Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.
- Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures.
- Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel.
- Il bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.
- Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement survenu au cours d'une astreinte est garanti au praticien.
- Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, il peut accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.
- Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés lors d'un déplacement survenu au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif et sont pris en compte pour l'attribution du repos quotidien ».

Les obligations de service d'un praticien à temps complet sont ainsi décomptées en demi-journées, sans que cette notion ne soit précisément définie, et fixées à un total de 10 demi-journées par semaine.

Les gardes réalisées la nuit comptent pour 2 demi-journées, comme celles réalisées de jour le week-end, bien qu'elles durent nettement plus que 10 et 12h en pratique (*Cf. infra*). Dans le cadre d'une astreinte, le temps passé sur place, au sein de l'établissement, et les temps de trajet associés à une astreinte qui donne lieu à un déplacement, sont comptabilisés dans le temps de travail du praticien.

La durée de travail effectuée dans le cadre d'une garde ou d'une astreinte qui contribue à un dépassement du seuil de 48 en moyenne sur le quadrimestre donne lieu à récupération ou à versement d'une indemnité de « temps de travail additionnel » (TTA), une notion qui s'apparente à celle des heures supplémentaires pour les salariés ou les autres agents publics (dont le temps de

⁹ Arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

travail est décompté en heures), mais qui se rapporte à un seuil hebdomadaire moyen de 48h et non de 35 heures.

Il est à noter que cette notion de « temps de travail additionnel » n'a pas été introduite pour les praticiens HU.

2 Les principales dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatives à la l'organisation et l'indemnisation des gardes et des astreintes

Parmi ses principales dispositions, cet arrêté requiert des établissements de santé qu'ils distinguent un « service quotidien de jour » ; et un « service relatif à la permanence des soins¹⁰, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés », sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile ». Mais il laisse aux établissements le soin de délimiter la période de jour et la période de nuit, avec pour seule contrainte qu'aucune des deux ne dépasse 14h (article 1).

Il rappelle et précise que les activités médicales doivent être organisées en demi-journées ou, par dérogation, en heures dans des structures à temps médical continu qui peuvent, d'après cet article, concerner les activités d'anesthésie-réanimation et celles des maternités réalisant plus de 2 000 accouchements par an. Il précise le champ des activités comprenant le « service quotidien de jour » des médecins et précise certains aspects du « repos quotidien » et/ou « repos de sécurité » dont les médecins doivent bénéficier :

- Pour les différentes catégories de praticiens (hors les HU)¹¹, le temps de soins réalisé au cours d'une astreinte constitue du temps de travail effectif et doit être ainsi pris en compte pour l'attribution du « repos quotidien ». En cas de nécessité de service, un praticien peut être placé en astreinte pendant son repos quotidien.
- S'agissant des HU, ils doivent bénéficier d'un « repos de sécurité » de 11 heures, devant se traduire par une interruption de toute « activité clinique en contact avec le patient », prise immédiatement après chaque garde de nuit effectuée, l'interruption d'activité devant être totale pour les activités organisées en temps médical continu (article 2).

L'arrêté définit l'objet et principales modalités de la « permanence sur place ou en astreinte à domicile », à savoir communément des gardes et des astreintes :

- La permanence « est organisée soit pour l'ensemble de l'établissement, soit par secteurs communs à une ou plusieurs activités ». Elle « est organisée soit sur place, soit par astreinte à domicile qui peut donner lieu à déplacement ; dans ce dernier cas, le praticien est tenu de répondre à tout appel dans les plus brefs délais. L'astreinte s'effectue soit à domicile, soit dans tout autre lieu au choix du praticien, à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais ».
- Les astreintes peuvent prendre deux formes :
 - Celle d'une « astreinte opérationnelle » de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou de jour férié dans les activités qui peuvent donner lieu régulièrement à des appels » ;

¹⁰ Dans cet arrêté, le terme « permanence des soins » désigne systématiquement « la continuité des soins et la permanence pharmaceutique ».

¹¹ Praticiens hospitaliers à temps plein, les praticiens à temps partiel, les assistants, les assistants associés, les praticiens attachés, les praticiens attachés associés, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels.

- Ou celle d'une « astreinte de sécurité de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou de jour férié dans les activités qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents ».
- « A l'initiative de deux ou plusieurs établissements, ou à la demande des directeurs des agences régionales d'hospitalisation » dans le cas des « plateaux mutualisés d'imagerie médicale », la permanence peut regrouper des établissements de santé pouvant appartenir à des départements ou des régions différentes ; elle est alors définie par voie de convention entre ces établissements... ».
- « Toutes les dispositions relatives à l'organisation de la permanence sur place ou en astreinte à domicile arrêtées au sein d'un seul établissement ou par voie de convention sont prises sur avis des commissions médicales d'établissement concernées » (CME), à l'exception des tableaux de service nominatifs mensuels qui s'y rapportent (article 3).

L'arrêté précise les possibilités et les conditions de reconnaissance des périodes de « temps de travail additionnel » (TTA) que les différentes catégories de praticiens, hors les HU, peuvent réaliser « au-delà de leurs obligations de service » :

- Ces personnels médicaux peuvent effectuer de telles périodes de TTA « sur la base du volontariat et sans qu'ils puissent subir aucun préjudice du fait d'un refus », « dans les conditions fixées par leurs statuts respectifs ».
- Leur mise en œuvre doit s'appuyer sur des « registres de temps travaillé », comportant :
 - « Des contrats de temps de travail additionnel signés ;
 - La spécialité concernée ;
 - Les périodes et heures de temps de travail additionnel effectuées par chacun des praticiens concernés. »
- Les périodes de TTA peuvent être proposées aux praticiens par les responsables des structures médicales, dans le cadre de l'organisation annuelle de la permanence des soins ou de manière ponctuelle.
- « (L)orsque, dans le cadre de la réalisation de ses obligations de service, le praticien a été conduit à dépasser le seuil maximal de quarante-huit heures hebdomadaires en moyenne lissée sur le quadrimestre, le temps de travail effectué au-delà est décompté en heures de temps de travail additionnel qui, cumulées par plages de cinq heures, sont converties en une demi-période de temps de travail additionnel.
- « Que le recours au temps additionnel soit prévisible ou ponctuel, l'engagement du praticien donne lieu à la signature d'un contrat de temps de travail additionnel par le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement ».
- « Le décompte du temps de travail additionnel n'intervient qu'à l'issue de chaque période de référence de quatre mois, après que la réalisation de la totalité des obligations de service hebdomadaires effectuées, en moyenne, sur cette même période a été constatée au vu du tableau de service ».
- « Une période de temps de travail additionnel peut être, au choix du praticien, rémunérée, récupérée ou versée au compte épargne-temps. Dans ces deux derniers cas, elle est comptée pour deux demi-journées » (article 4).

L'arrêté précise les modalités d'organisation de la permanence des soins :

- L'organisation annuelle de la permanence des soins est préparée par « (l)e directeur, avec la commission de l'organisation de la permanence des soins », « après consultation des chefs de service et de département ou des responsables de structure ». Elle est « arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement » (article 5).
- La commission médicale d'établissement doit mettre en place une « commission relative à l'organisation de la permanence des soins » (COPS) qui a pour responsabilité de :
 - « Défini(r) annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre » ;
 - « Donne(r) un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens » ;
 - « Donne(r) son avis sur les conventions de coopération » entre établissement mentionnées *supra* (à l'article 3 de l'arrêté) ;
 - « Etabli(r) un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement » (articles 6 et 8).
- Cette commission comprend : le directeur ou son représentant assisté du collaborateur de son choix ; le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ; des personnels médicaux, dont le nombre et les modalités de désignation, ainsi que celles du président de la commission, sont arrêtés par la commission médicale d'établissement. Parmi ces représentants, la moitié au moins doivent être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après-midi, de dimanche et de jours fériés sous forme de permanence sur place ou d'astreinte. Cette commission doit comprendre en outre des représentants des services, départements ou autres structures ayant opté pour une organisation en temps médical continu (article 7).

S'agissant de la participation des praticiens à l'organisation de la permanence des soins :

- L'arrêté dispose en premier lieu que :
 - Pour les différentes catégories de praticiens (hors les HU) :
 - « (L)es périodes de travail accomplies au titre des obligations de service la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié donnent lieu au versement d'une indemnité ou d'une demi-indemnité de sujétion ».
 - « Les périodes donnent lieu au versement d'une indemnité forfaitaire lorsqu'elles ne font pas l'objet d'une récupération ou d'un versement au compte épargne-temps ».
 - Les praticiens HU peuvent effectuer « des demi-journées au titre des obligations de service et des périodes de temps de travail accomplies la nuit, le samedi après-midi, les dimanches et les jours fériés au titre de la permanence sur place. Ces périodes de travail donnent lieu au versement d'une indemnité de garde ou de demi-garde ».

- Il dispose en outre que :
 - Pour les HU, « 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.Mais il peut, à titre volontaire, dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de son service normal de jour ».
 - Pour leur part, « les praticiens hospitaliers, les praticiens à temps partiel, les assistants, les praticiens attachés, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels ne peuvent assurer une participation sous forme d'astreinte supérieure à :
 - Trois nuits par semaine ou deux demi-astreintes suivant deux demi-périodes de permanence sur place par semaine ;
 - Deux dimanches ou jours fériés par mois.Mais ils peuvent, à titre volontaire, dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de leur service quotidien ».
 - Les assistants associés et les praticiens attachés associés ne peuvent pas effectuer d'astreintes à domicile.
- L'arrêté dispose enfin que
 - Certains médecins n'ont pas vocation à participer à la permanence des soins de nuit, samedi après-midi, dimanche et jour férié, à savoir : ceux qui accomplissent leur service à mi-temps pour raison thérapeutique qui peuvent demander à en être dispensés ; et « les praticiens qui font l'objet d'une décision temporaire de cessation de participation, conformément à leurs statuts ».
 - « Les praticiens peuvent être dispensés par le directeur de leur participation à la permanence des soins de nuit :
 - A compter de l'âge de soixante ans, pour les praticiens qui présentent une demande motivée et sous réserve des nécessités de service sur avis du responsable de la structure et de la commission de l'organisation de la permanence des soins ;
 - Sur avis du médecin du travail, pour les femmes enceintes à compter du troisième mois de grossesse et pour les praticiens dont l'état le nécessite » (article 10).

S'agissant de l'indemnisation et la récupération pour les médecins des périodes de permanence de soins assurée sur place, à savoir les gardes :

- L'arrêté reconnaît la possibilité d'articuler des demi-gardes et des demi-astreintes opérationnelles, en précisant que « (l)a période de nuit peut être divisée en demi-période de permanence sur place et en demi-astreinte opérationnelle dans les conditions ci-après :
 - La demi-période donne lieu à une permanence sur place pendant la première moitié de la nuit ;

- Pour la seconde partie de la nuit, la demi-période peut être prolongée par une demi-astreinte opérationnelle. »
- Il énonce des conditions d'indemnisation pour les gardes et demi-gardes (via des indemnités spécifiques de sujétion et une rémunération des périodes de temps de travail additionnel qu'elles peuvent générer pour les praticiens) qui diffèrent selon le statut des médecins (mono ou bi-appartenant (HU), d'une part, et, depuis un arrêté du 4 novembre 2016¹², selon que l'établissement appartienne ou pas à un GHT qui dispose d'un « schéma territorial de permanence et de continuité des soins » « coordonné au niveau » de celui-ci¹³, d'autre part (article 13) :
 - S'agissant des différentes catégories de praticiens (hors les HU)¹⁴ :
 - Ils reçoivent une indemnité de sujétion dont le montant est fixé, de manière indifférenciée, à¹⁵ :
 - ◆ 267,82 € pour une garde effectuée (dans le cadre de leurs obligations de service hebdomadaires) la nuit, le dimanche ou un jour férié ;
 - ◆ 133,90 € pour une demi-garde la nuit ou le samedi après-midi.
 - Dans le cas où l'établissement appartient à un GHT qui dispose d'un « schéma régional de permanence des soins » « coordonné au niveau » de celui-ci :
 - ◆ Une période de TTA (correspondant à 10h de travail), incluant des heures de travail accomplies de jour comme de nuit, donne lieu à une indemnité de 319,46 € (l'indemnité étant fixée à 159,72 € pour une demi-période de TTA) ;
 - ◆ Cette indemnité versée à l'issue de chaque quadrimestre, se cumulant avec l'indemnité de sujétion précédemment mentionnée.
 - En revanche, quand l'établissement appartient à un GHT qui ne dispose pas d'un tel « schéma régional de permanence et de continuité des soins » :
 - ◆ Une période de TTA accomplie de jour du lundi au samedi matin inclus (correspondant à 10h de travail) donne lieu à une indemnité de 321,37 € (l'indemnité étant fixée à 160,68 € pour une demi-période de TTA) ;
 - ◆ Une période de TTA accomplie la nuit, le dimanche ou un jour férié donne lieu à une indemnité de 479,64 € (l'indemnité étant fixée à 239,83 € pour une demi-période de TTA) ;
 - ◆ Mais, dans les deux cas, ces indemnités de TTA ne peuvent plus se cumuler avec l'indemnité de sujétion précédemment mentionnée.

¹² Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'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

¹³ A savoir « (d)ès lors que, conformément au schéma régional de la permanence des soins et au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire mentionné au II de l'article L. 6132-2, les établissements parties au groupement ont adopté un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau du groupement hospitalier de territoire ».

¹⁴ A savoir les praticiens hospitaliers, les praticiens à temps partiel, les assistants des hôpitaux, les praticiens attachés, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels.

¹⁵ A l'exception des nouvelles dispositions introduites par l'arrêté du 4 novembre 2016, les montants des différentes indemnités rémunérant les gardes et les astreintes médicales dans les établissements publics de santé avaient fait l'objet auparavant d'une dernière actualisation par le biais d'un arrêté du 15 juin 2016 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux et odontologiques dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des internes et des étudiants en médecine.

- ◆ A cet égard, selon l'interprétation de la mission, les modalités de décompte du TTA sur la période du quadrimestre, laissent la possibilité à l'établissement de déterminer de manière arbitraire dans certains cas, si certaines périodes de TTA viennent plutôt de périodes de travail mises en œuvre le jour du lundi ou samedi matin, ou de périodes de travail accomplies la nuit, le dimanche ou un jour férié.
- S'agissant des HU :
 - Pour les périodes de travail mises en œuvre le samedi après-midi, ils reçoivent une indemnité de demi-garde de 160,68 € ;
 - Pour les périodes de travail réalisées la nuit, le dimanche ou un jour férié, ils reçoivent une « indemnité de garde » de 479,64 € (l'indemnité étant fixée à 239,83 € pour une demi-garde réalisée sur un telle période.
- S'agissant des assistants associés et des praticiens attachés associés :
 - Les modalités d'indemnisation des gares et des astreintes qu'ils réalisent sont semblables à celles retenues pour les autres catégories de praticiens (hors les HU) ; les montants des indemnités de sujétion étant toutefois plus faibles, de même que les indemnités de TTA lorsque l'établissement appartient à un GHT qui ne dispose pas d'un « schéma territorial de permanence et de continuité des soins ».

Les conditions de reconnaissance et d'indemnisation des astreintes (par le biais d'indemnités forfaitaires spécifiques et d'une rémunération des périodes de temps de travail additionnel qu'elles peuvent générer pour les praticiens) diffèrent également selon le statut des médecins (mono ou bi-appartenant) et selon que l'établissement appartienne ou pas à un GHT disposant d'un « schéma territorial de permanence et de continuité des soins », et elles ouvrent la possibilité, sous certaines conditions, de mettre en place un système de forfaitisation des astreintes (articles 14 et 14bis) :

- Pour l'ensemble des praticiens y compris les HU :
 - Dans le cas où l'établissement appartient à un GHT qui dispose d'un « schéma régional de permanence des soins » « coordonné au niveau » de celui-ci » :
 - Les astreintes sont reconnues sur une base unifiée qui donne lieu à une indemnité forfaitaire de base, fixée à :
 - ◆ 42,38 € pour une astreinte de nuit ou correspondant à deux demi-journées ;
 - ◆ 21,18 € pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi ;
 - Quand l'établissement appartient à un GHT qui ne dispose pas d'un tel « schéma régional de permanence et de continuité des soins », la distinction entre « astreinte opérationnelle » et « astreinte de sécurité » demeure, et celles-ci font l'objet d'une indemnité forfaitaire de base fixée à :
 - 42,64 € pour une astreinte opérationnelle réalisée la nuit ou sur deux demi-journées (21,30 € pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi) ;
 - 30,91 € pour une astreinte de sécurité réalisée la nuit ou sur deux demi-journées (15,47 € pour une demi-astreinte le samedi après-midi) ;
 - Le montant cumulé des indemnités forfaitaires de base versées au titre des astreintes de sécurité ne pouvant excéder 432,75 € pour quatre semaines ou 556,40 € pour cinq semaines.

- L'arrêté précise également les modalités de prise en compte des déplacements réalisés dans le cadre des astreintes (temps de travail réalisé sur place et temps de trajet) pour les différentes catégories de praticiens, ainsi que les modalités de décompte et d'indemnisation du TTA éventuellement associé à ces périodes pour les praticiens hors les HU :
 - Pour les différentes catégories de praticiens (hors les HU) :
 - Le temps d'intervention sur place est décompté en heures, à hauteur du temps réellement effectué. Les fractions d'heures sont négligées ou comptées pour une heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à la demi-heure.
 - Le temps de trajet est décompté de manière forfaitaire pour une heure aller-retour. Quel que soit le nombre de déplacements réalisés au cours d'une période d'astreinte, la forfaitisation du temps de trajet est plafonnée à deux heures au total.
 - Le décompte du temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés pendant une période d'astreinte ne peut dépasser deux demi-journées.
 - Chaque plage de cinq heures cumulées, temps de trajet inclus, est convertie, au titre du quadrimestre concerné, en une demi-journée ou en une demi-période de TTA selon les modalités précisées ci-dessous. Le reliquat des heures restant inférieures à la durée d'une plage est reporté dans le quadrimestre suivant.
 - Ce temps effectif d'intervention sur place et de trajet, converti en plages de cinq heures, est, au choix du praticien, intégré dans ses obligations de service ou rémunéré.
 - ◆ Si ce temps de travail est intégré dans les obligations de service du praticien, chaque plage de cinq heures cumulées est convertie en une demi-journée et fait l'objet d'une demi-indemnité de sujétion d'un montant de 133,90 €.
 - ◆ Si ce temps de travail donne lieu à rémunération au titre d'une période de TTA, chaque plage de cinq heures cumulées est convertie :
 - En une demi-période de TTA indemnisé à hauteur de 159,72 €, si l'établissement appartient à un GHT ayant adopté un « schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins », cumulable avec l'indemnité forfaitaire de base mentionnée infra¹⁶ ;
 - En une demi-période de TTA de nuit indemnisé à hauteur de 239,83 € si l'établissement appartient à un GHT n'ayant pas adopté un tel « schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins »¹⁷ ;
 - Par dérogation, les déplacements d'une durée de trois heures d'intervention sur place font l'objet d'un décompte à hauteur :
 - D'une demi-journée à laquelle s'ajoute l'indemnité de sujétion mentionnée ci-dessus si le temps de travail est intégré dans les obligations de service ;
 - D'une demi-période de TTA selon les modalités précisées ci-dessus si le temps de travail est rémunéré.

¹⁶ Selon l'interprétation de la mission, cohérente avec celle des services de la DGOS.

¹⁷ L'arrêté ne précise pas les conditions éventuelles de cumul ou de non cumul de cette indemnité de TTA avec l'indemnité forfaitaire mentionnée *supra*. Le fait que cette indemnité de TTA soit curieusement plus élevée que celle pouvant être perçue par les praticiens des établissements appartenant à un GHT ayant adopté un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins pourrait suggérer que celle-ci n'est pas destinée à être cumulable avec l'indemnité forfaitaire dans ce cas dans l'esprit de la DGOS. Une disposition qui serait alors cohérente avec celle mentionnée *supra* pour l'indemnisation des gardes.

- Pour les praticiens HU :
 - Le temps d'intervention sur place est aussi décompté en heures, à hauteur du temps réellement effectué. Et les fractions d'heures sont également négligées ou comptées pour une heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à la demi-heure.
 - Le décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes est effectué en heures, tous les quadrimestres : chaque plage de cinq heures cumulées est rémunérée à hauteur du montant d'une demi-garde (239,83 €).
 - Par dérogation, les déplacements d'une durée de trois heures d'intervention sur place font l'objet d'une rémunération à hauteur du montant d'une demi-garde (239,83 €).
 - Le décompte du temps d'intervention sur place et du temps de trajet réalisés pendant une période d'astreinte ne peut dépasser l'équivalent de la comptabilisation de deux plages de cinq heures cumulées.
- L'arrêté introduit par ailleurs la possibilité de mettre en place un système de forfaitisation des astreintes pour tous les praticiens, par dérogation aux dispositions précédentes :
 - Un tel système de forfaitisation des astreintes peut être décidé par le directeur de l'établissement, après avis de la CME, la forfaitisation de l'astreinte¹⁸ « devant être au plus égale au montant d'une demi-indemnité de sujétion augmenté de l'indemnité de base et recouvrant les temps de déplacement, temps de trajet compris, quel que soit le temps passé en déplacement », soit un seuil de 176,29 € (correspondant à la somme de 133,91 € et de 42,38 €) selon l'interprétation de la mission.
 - « Sur proposition de la commission de l'organisation de la permanence des soins, le montant de cette indemnisation forfaitaire est fixé à 189,96 € pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires dans les établissements bénéficiant de l'autorisation mentionnée à l'article R. 6123-1 du code de la santé publique¹⁹ ainsi que dans les structures dont l'activité le justifie ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de permanence sur place »²⁰.
 - Une évaluation annuelle du dispositif doit être réalisée « par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins dans le cadre de la préparation du compte administratif. Sur la base de cette évaluation, le contrat peut être reconduit. Le directeur la transmet chaque année au conseil de surveillance et au directeur de l'agence régionale de santé ».
 - « Toutefois, cette forfaitisation n'exonère pas le directeur de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement effectué, indépendamment du forfait fixé, de façon à vérifier le non-dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire de 48 heures et d'intervenir si la santé et la sécurité des praticiens sont affectées. Ce temps d'intervention doit donc être décompté dans les obligations de service mais ne peut faire l'objet d'aucune autre forme d'indemnisation. Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement est garanti au praticien ».

¹⁸ L'arrêté mentionne la mise en place d'une « forfaitisation de l'astreinte opérationnelle ou de l'astreinte de sécurité », sans tenir compte du fait que la distinction entre ces deux types d'astreintes a été supprimée par l'arrêté du 4 novembre 2016 pour les établissements appartenant à un GHT ayant adopté un « schéma territorial de permanence et de la continuité des soins ».

¹⁹ Soir les autorisations des activités de médecine d'urgence.

²⁰ Cette formulation apparaît pour le moins ambiguë.

- L'arrêté inclut en outre des dispositions propres aux gardes et astreintes des internes et des « docteurs juniors » (articles 15 et 15 bis), des dispositions d'ordre comptable et des dispositions relatives aux possibilités de « récupération » des périodes de travail réalisées dans le cadre des gardes et des astreintes (article 17).
- L'arrêté requiert enfin qu'une « évaluation nationale et régionale » de l'organisation et de l'indemnisation de la permanence des soins²¹ soit réalisée chaque année, « sous la responsabilité du directeur général de l'offre de soins » (article 23).

3 Certaines dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatives à l'indemnisation des gardes et des astreintes sont devenues caduques en pratique depuis un arrêté du 2 mai 2017 relatif aux GHT

La mission a pris note du fait que les GHT sont tenus d'adopter un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné à leur niveau (en cohérence avec le volet relatif à la PDSES du SROS) depuis l'adoption du décret du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.

L'arrêté du 30 avril 2003 n'a pas été mis à jour en cohérence avec cette disposition. Les dispositions relatives à l'indemnisation des gardes et des astreintes qu'il contient encore en référence aux situations où l'établissement public de santé appartient à un GHT n'ayant pas adopté un tel schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins (telles qu'elles sont mentionnées dans la partie 2) sont devenues caduques en pratique, comme les services de la DGOS l'ont indiqué à la mission.

L'annexe 3 présente un tableau récapitulatif des principales dispositions réglementaires relatives à l'indemnisation des médecins mettant en œuvre des gardes et des astreintes dans les établissements de santé publics (sans rappeler les dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 qui sont devenues caduques), d'une part, et dans les cliniques privées, d'autre part.

²¹ En référence toujours à « la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique ».

ANNEXE 3 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PRINCIPALES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES À L'INDEMNISATION DES MÉDECINS METTANT EN ŒUVRE DES GARDES ET DES ASTREINTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET LES CLINIQUES PRIVÉES

	Garde pour une nuit, un dimanche ou un jour férié	Astreinte pour un nuit ou deux demi-journées
Établissements publics de santé : 1/	<p>Principales catégories de praticiens, hors les HU : 2/</p> <p>Indemnité de sujétion : 267,82 € (pour une demi garde la nuit ou le samedi après-midi : 133,90 €)</p> <p><u>Cas où la garde contribue à une période de TTA sur le quadrimestre :</u></p> <p><u>Dès lors que le GHT a adopté un schéma territorial de permanence des soins : 1/</u> Indemnité de TTA : 319,46 €, cumulable avec l'indemnité de sujétion (pour une demi période : 159,72 €)</p> <p>Praticiens HU :</p> <p>Indemnité de garde : 479,64 € (pour une demi garde la nuit, le dimanche ou un jour férié : 239,90 €) (pour une demi garde le samedi après-midi : 160,68 €)</p>	<p>Principales catégories de praticiens, hors les HU : 2/</p> <p>1. Indemnités forfaitaires :</p> <p><u>Dès lors que le GHT a adopté un schéma territorial de permanence des soins : 1/</u> Indemnité forfaitaire de base : 42,38 € (pour une demi astreinte astreinte de nuit ou le samedi après-midi : 21,18 €)</p> <p>2. Prise en compte des déplacements : 3/</p> <p><u>Cas où le temps d'intervention sur place et de trajet est intégré dans les obligations de service :</u> Chaque plage de 5 h est comptabilisée comme une demi journée et donne lieu au versement d'une demi indemnité de sujétion : 133,90 €</p> <p><u>Cas où le temps d'intervention sur place et de trajet est rémunéré :</u></p> <p><u>Dès lors que le GHT a adopté un schéma territorial de la PDSes : 1/</u> Chaque plage de 5 h est comptabilisée comme une demi journée de TTA indemnisée à hauteur de 159,72 € 4/</p> <p><u>Par dérogation, les déplacements d'une durée de 3 h d'intervention sur place font l'objet d'un décompte à hauteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une demi journée à laquelle s'ajoute la demi indemnité de sujétion si le temps de travail est intégré dans les obligations de service - D'une demi période de TTA selon les modalités précédemment décrites ci-dessus si le temps de travail est rémunéré <p>3. Possibilité de forfaitisation des astreintes : 5/</p> <p>Possibilité, pour une structure donnée, d'une indemnisation forfaitaire devant être au plus égale à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 176,29 € (somme d'une indemnité de sujétion augmentée de l'indemnité de base) - 189,96 € pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires <p>Praticiens HU :</p> <p>Les dispositions ci-dessus relatives aux indemnités forfaitaires et à la possibilité de forfaitisation des astreintes pour les principales catégories de praticiens (points 1. et 3.) s'appliquent aux HU S'agissant de la prise en compte des déplacements : chaque plage de 5 h est rémunérée à hauteur de 239,83 € (montant d'une demi-garde) ; par dérogation, les déplacements d'une durée de 3 h d'intervention sont rémunérés à la même hauteur</p>
Médecins libéraux dans les établissements de santé privés "ex-ODN" :	<p>Indemnité forfaitaire pour une période de garde : 229,0 €</p> <p>Indemnité forfaitaire pour une période de demi garde :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 150,0 € - assurée en début de nuit : 79,0 € <p>A ces indemnités, s'ajoutent les honoraires correspondant aux actes éventuellement réalisés au cours des périodes de gardes et astreintes, avec les éventuelles majorations de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou de jours fériés, sauf dans certains cas. 4/</p>	<p>Indemnité forfaitaire pour une période d'astreinte : 150,0 €</p> <p>Indemnité forfaitaire pour une période de demi astreinte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 100,0 € - assurée en début de nuit : 50,0 €

Source : mission (à partir de l'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 et de l'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)

- 1/ Pour les établissements publics de santé, ce tableau tient compte du fait que les GHT sont tenus d'adopter un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné à leur niveau (en cohérence avec le volet relatif à la PDSes du SRDS) depuis l'adoption du décret du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire. L'arrêté du 30 avril 2003 qui n'a pas été mis à jour en conséquence, envisage des modalités d'indemnisation des gardes et des astreintes différentes dans le cas où le GHT n'aurait pas adopté un tel schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins.
- 2/ Praticiens hospitaliers, praticiens à temps partiel, assistants des hôpitaux, praticiens attachés, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels.
- 3/ Le temps d'intervention sur place est décompté en heures, à hauteur du temps réellement effectué. Les fractions d'heures sont négligées ou comptées pour une heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à la demi-heure. Le temps de trajet est décompté de manière forfaitaire pour une heure aller-retour. Quel que soit le nombre de déplacements réalisés au cours d'une période d'astreinte, la forfaitisation du temps de trajet est plafonnée à deux heures au total. Le décompte du temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés pendant une période d'astreinte ne peut dépasser deux demi-journées. Le décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes est effectué en heures. Afin de permettre cette comptabilisation, un système d'équivalence pour les astreintes est mis en place. Chaque plage de 5 heures cumulées, temps de trajet inclus, est convertie, au titre du quadrimestre concerné en une demi-journée ou en une demi-période de temps de travail additionnel selon les modalités décrites dans le tableau.
- 4/ Bien que l'arrêté du 30 avril 2003 ne le précise pas, selon les services de la DGOS, cette indemnité de TTA est cumulable avec les indemnités forfaitaires perçues pour la réalisation de chaque astreinte (parallèlement aux dispositions retenues pour les gardes).
- 5/ Ces indemnités forfaitaires ne se cumulent ni, pour les médecins généralistes, de gardes ou d'astreintes en unité ou service d'urgence, avec la "majoration MN" pour les actes effectués la nuit de 20 heures à 0 heure, ni avec les majorations forfaitaires perçues par les médecins dans certaines unités obstétricales pour des accouchements et actes complémentaires réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés (majorations MA et MG).

ANNEXE 4 : ANALYSE DES DONNÉES DE FINANCEMENT DE LA PDESES SUR LA PÉRIODE 2010-2019

Cette annexe présente les principaux éléments de constat et d'analyse que la mission a produits à partir d'une consolidation des données relatives au financement de la PDESES qu'elle a collectées auprès du SGMAS des ministères sociaux et dans les principaux rapports publics et instructions du ministère en charge de la santé pour les années 2010 à 2019.

Une première partie présente les principales sources de données mobilisées pour les années récentes, tandis que les principaux éléments de constat et d'analyse produits par la mission sont présentés dans une seconde partie.

1 Les principales sources de données relatives au financement de la PDESES pour les années récentes

Les principales données relatives au financement de la PDESES dans le cadre du FIR pour les années récentes, depuis 2016, proviennent de deux applications informatiques distinctes :

- L'application « Système d'information budgétaire et comptable » (SIBC) qui est déployé dans l'ensemble des ARS depuis 2010 et qui est utilisé pour leur suivi budgétaire et comptable ;
- L'application « Harmonisation et partage de l'information » (HAPI) qui permet d'enregistrer les informations relatives à l'engagement des dépenses, en les rattachant à la nomenclature budgétaire et comptable du budget FIR²².

Les données collectées par la mission à partir de ces deux sources présentent de sérieuses limites, exposées ci-dessous.

1.1 Les données de financement issues de l'application SIBC

L'application SIBC est piloté par le SGMAS et a été adapté pour accueillir les données du budget annexe dédié au FIR des ARS à partir de 2016. Les données qui en sont issues alimentent les « états financiers » annuels relatifs aux dépenses des ARS.

Les données de financement de la PDESES pour les années antérieures, de 2012 à 2015, proviennent pour leur part des balances régionales comptables de la CNAMTS qui était alors en charge de la gestion budgétaire et comptable du FIR.

²² Cf. le rapport de l'Igas « Audit de la gestion du fonds d'intervention régional (FIR) et de ses modalités de reporting », novembre 2018.

S'agissant des dépenses du budget annexe dédié au FIR des ARS, l'applicatif SIBC permet de distinguer, pour chaque ARS, les dépenses par établissement, par « destination » (selon 3 niveaux) et par type d'enveloppe (intervention ou fonctionnement).

Depuis la création du budget annexe dédié au FIR, le suivi des dépenses s'opère en mode LOLF en distinguant les autorisations d'engagement (AE) et les crédits de paiement (CP), alors qu'auparavant la gestion comptable du FIR s'appuyait sur une comptabilité traditionnelle en « droits constatés ».

Pour la PDSSES, la nomenclature budgétaire et comptable du FIR, retenue dans le SIBC, permet de rendre compte :

- Des crédits alloués par les ARS au titre de la PDSSES aux établissements de santé publics et privés (« ex-DG »), sans distinction des différentes catégories de charges que ces moyens sont censés couvrir ;
- Et des crédits alloués aux médecins libéraux mettant en œuvre la PDSSES dans les établissements de santé privés (« ex-OQN »), en distinguant les indemnités versées au titre des gardes, d'une part, et des astreintes, d'autre part.

Deux limites importantes de l'applicatif SIBC tiennent au fait qu'il n'inclut pas de codification des établissements publics et privés (« ex-DG ») bénéficiaires, d'une part, et qu'il ne permet pas d'identifier les établissements privés (« ex-OQN ») qui participent à la PDSSES, d'autre part. Il en résulte notamment que les données issues du SIBC ne permettent pas, en pratique, de produire des données agrégées de dépenses de PDSSES :

- Distinguant les principales catégories d'établissements parmi les établissements publics et privés « ex-DG » ;
- Et distinguant, au sein des régions, les départements de domiciliation des établissements bénéficiaires.

Les services du SGMAS ont mis à disposition de la mission :

- Des fichiers de balances comptables (par agrégation des établissements) issues du SIBC, produits par les services de la DFAS pour les années 2016 à 2019 ;
- Ainsi que des fichiers de balances comptables issues de la CNAMTS pour les années antérieures, de 2013 à 2015.

La mission a pu constater que les données issues du SIBC pour l'année 2016, telles qu'elles lui ont été transmises par les services du SGMAS, sont incomplètes pour la plupart des régions s'agissant des dépenses allouées aux médecins libéraux mettant en œuvre la PDSSES dans les établissements privés « ex-OQN ». Selon les services du SGMAS, notamment de la DFAS, cela tiendrait à une adaptation progressive de l'applicatif SIBC au cours de cette année-là. Sur ce champ, la mission s'est ainsi appuyée, pour cette année-là, sur des données régionales agrégées que le SGMAS lui a transmises (à partir d'un document de bilan produit par la DGOS en 2017).

1.2 Les données de financement issues de l'applicatif HAPI

Les ARS ont pour consigne d'utiliser l'applicatif HAPI²³ pour la gestion de toutes les opérations de dépenses d'intervention du FIR, les informations saisies dans HAPI se déversant systématiquement dans le SIBC.

Les informations relatives aux opérations de dépenses saisies dans HAPI se fondent sur la nomenclature budgétaire et comptable du FIR et, à la différence du SIBC, elles s'appuient sur une codification des bénéficiaires, permettant de distinguer notamment le type des bénéficiaires (établissements de santé ou autres types), la catégorie des bénéficiaires (CH, CHR, et différentes autres catégories), son statut juridique (établissement de santé « ex-DG » ou « ex-OQN », ou autres), ainsi que le département de domiciliation des bénéficiaires.

Contrairement à celles issues du SIBC, les données issues de HAPI permettent ainsi de produire des données de dépenses de PDES agrégées par grandes catégories d'établissements de santé ainsi que par départements de domiciliation des établissements.

En pratique, cependant, certaines ARS ne saisissent pas directement dans HAPI les informations relatives à certaines catégories de dépenses, notamment celles qui font l'objet de paiements directs aux professionnels de santé libéraux par les CPAM, une pratique autorisée par le SGMAS compte tenu du nombre très important de ces dépenses et, de ce fait, de l'importance de la charge de travail qu'une telle saisie dans HAPI implique pour elles. Ces ARS saisissent ainsi les principales informations relatives à ces dépenses directement dans l'applicatif SIBC. Alors que ces opérations de dépenses devraient faire l'objet de « rétro-saisies » dans l'applicatif HAPI en fin d'année, il s'avère que ces « rétro-saisies » ne sont pas toujours faites.

Les services du SGMAS ont permis à la mission d'obtenir un accès direct à l'applicatif HAPI et lui ont par ailleurs transmis un fichier de données sur les crédits comptabilisés (en CP) sur les années 2017, 2018 et 2019.

Selon les services du SGMAS, les données relatives aux dépenses de PDES allouées aux établissements publics ou privés « ex-DG » seraient complètes depuis 2017, le changement de gestion comptable et budgétaire induit par la création du budget annexe dédié au FIR ayant pu affecter les données relatives à l'année 2016.

Un rapprochement détaillé des données issues de HAPI et de celles issues du SIBC pour l'année 2019 a permis à la mission de :

- Vérifier le caractère complet des données issues de HAPI pour les dépenses de PDES allouées aux établissements publics et privés « ex-DG »²⁴ ;
- Vérifier le caractère incomplet des données issues de HAPI pour celles allouées aux médecins libéraux mettant en œuvre la PDES dans les établissements privés « ex-OQN ».
 - Cette analyse a fait notamment apparaître pour cette année-là :
 - Une absence de saisie des informations relatives à ces dépenses par les ARS de Nouvelle-Aquitaine et Occitanie et une quasi-absence de saisie par l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

²³ Cet outil a été mis en production au cours de l'année 2014.

²⁴ A quelques écarts très faibles près probablement liés à des erreurs de saisies.

- Une saisie très partielle de ces informations par les ARS de Guadeloupe et d'Ile-de-France.
- Et une saisie incomplète par les ARS de Corse et de l'Océan Indien.

2 Principaux éléments de constat et d'analyse de la mission sur le financement de la PDESES

2.1 Des efforts de rationalisation très importants dans le cadre de la mise en œuvre de la loi HPST et des premiers SROS qui se sont fortement réduits ces dernières années

Les dépenses comptabilisées au titre de la PDESES se sont établies à 692,0 M€ en 2019, soit près de 19% du total des dépenses du FIR et un peu plus de 75% de celles consenties au titre de sa mission 3 relative à « la permanence des soins et l'amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire » (tableau 1).

Parmi celles-ci :

- 620,1 M€ ont été alloués aux établissements publics et privé à but non lucratif « ex-DG » (soit 89,6% du total) ;
- Et 71,9 M€ aux médecins libéraux mettant en œuvre la PDESES dans les établissements privés à but lucratif « ex-OQN » (10,4%), dont 25,1 M€ au titre de leurs indemnités de garde et 46,8 M€ au titre de leurs indemnités d'astreinte.

Les dépenses de PDESES représentent ainsi 0,7% de la consommation nationale de soins hospitaliers²⁵ en 2019 et un montant annuel moyen de dépenses par habitant de 10,3 €.

²⁵ La consommation de soins hospitalier tous secteurs confondus est estimée à 97127 M€ en 2019 dans les comptes de la santé établis par la DREES. Cf. le panorama de la DREES « Les dépenses de santé en 2019 – Résultats des comptes de la santé – Edition 2020 »,

Tableau 1 : Dépenses du FIR comptabilisées pour la PDESES sur 2010-2019, CP en M€²⁶

	2010 Est 3/	2013	2016 4/ 5/	2019	Variations en %			Variations en %	
					2013/ 2010	2016/ 2013	2019/ 2016	2019/ 2010	2019/ 2013
Dépenses comptabilisées pour la PDESES	816,2	722,9	700,5	692,0	-11,4	-3,1	-1,2	-15,2	-4,3
Etablissements publics et privés non lucratifs "ex-DG"	756,2	649,7	623,7	620,1	-14,1	-4,0	-0,6	-18,0	-4,5
Etablissements privés lucratifs "ex-OQN"	60,0	73,2	76,7	71,9	22,0	4,8	-6,3	19,8	-1,8
Gardes	...	...	27,0	25,1	...	...	-7,1	...	...
Astreintes	...	...	49,7	46,8	...	...	-5,8	...	...
Pour information :									
Dépenses totales du FIR 1/	...	3217,9	3322,3	3657,8	...	3,2	10,1	...	13,7
Dépenses du FIR au titre de sa mission 3 2/	...	...	883,6	916,9	...	...	3,8	...	...
Part de la PDESES dans les dépenses du FIR, en %	...	22,5	21,1	18,9	...	...	...	...	...
Part de la PDESES dans les dépenses de la mission 3 du FIR, en %	...	...	79,3	75,5	...	...	...	...	...

Sources : SIBC pour 2013-2019, rapports annuels d'activité du FIR pour 2012-2019, rapport Migac 2011 et données du SGMAS pour 2010, calculs missions

- 1/ Le FIR a été créé au 1er mars 2012 et sa palette de missions a été élargie en 2013. La création du budget annexe des ARS dédié au FIR en 2016 a conduit à une modification de sa gestion comptable et financière. Depuis 2016, le suivi des dépenses du FIR se fait en mode LOLF, en autorisations d'engagements (AE) et en crédits de paiement (CP).
- 2/ La PDESES était financée au titre de son ancienne mission 1 de 2012 à 2014.
- 3/ Estimations de la mission sur la base des dotations régionales MIG PDESES 2010 pour les établissements de santé "ex-DG" et du coût estimé par l'Etat des CPP pour les établissements "ex-OQN" (soit 60M€ pour la France dans son ensemble).
- 4/ Données tirées du rapport d'activité du FIR pour 2016 pour les établissements privés lucratifs ("ex-OQN"). A la suite de la création du budget annexe des ARS en 2016, les données issues du SIBC sont incomplètes sur ce champ pour cette année-là.
- 5/ Crédits de paiement (CP) à partir de 2016 ; dépenses comptabilisées en droits constatés pour les années antérieures (montants décaissés et provisions constituées au titre de l'année courante). Bien qu'elles ne reposent pas sur les mêmes concepts, les données postérieures et antérieures à 2016 sont très largement comparables : de fait, la quasi-totalité des crédits alloués aux établissements "ex-DG" donne lieu à des décaissements en cours d'année ; en outre, seule une faible part des crédits alloués aux médecins libéraux des établissements "ex-OQN" donne lieu à des paiements l'année suivante, ceux-ci correspondant aux actes réalisés en toute fin d'année.

Les données collectées par la mission témoignent d'un effort de rationalisation important, principalement porté dans le cadre de la MIG PDSH/PDESES de 2009 à 2011 puis avec la création du FIR et la mise en œuvre de la première génération des SROS-PRS :

- Le montant des crédits comptabilisés pour la PDESES a diminué de près de 11,5% entre 2010 et 2013²⁷, puis de 3% entre 2013 et 2016²⁸.
- Cette diminution des crédits dédiés à la PDESES s'est poursuivie ces dernières années, mais à un rythme très ralenti (1,2% entre 2016 et 2019²⁹)³⁰.

Au final les crédits comptabilisés pour la PDESES ont diminué de 4,3% depuis 2013 et d'un total de 15,2% depuis 2010. Cet effort d'économie réalisé sur la PDESES depuis 2010 apparaît d'autant plus prononcé que la population française a augmenté dans le même temps de près de 3,5%³¹ et que la consommation nationale de soins hospitaliers a augmenté pour sa part d'environ 21% sur la période.

²⁶ Crédits de paiements à partir de 2016 ; dépenses comptabilisées en droits constatées pour les années antérieures

²⁷ Les années 2011 et 2012 ont constitué des années de transition dans l'attente de l'adoption des premiers SROS-PRS pour la période 2012-2016 ainsi qu'en raison de l'élargissement de la MIG PDESES aux crédits alloués aux médecins libéraux mettant en œuvre la PDESES dans les établissements de santé privés « ex-OQN » au 1^{er} janvier 2012 et de la création du FIR au 1^{er} mars 2012. Le rapport d'activité du FIR pour 2013 fait état du fait que l'entrée en vigueur des premiers SROS-PRS s'est échelonnée, selon les régions, du 1^{er} au 4^{ème} trimestre 2012 et même jusqu'au 1^{er} trimestre 2013 pour la Martinique.

²⁸ L'essentiel de cette baisse étant enregistrée en 2016.

²⁹ Cette diminution étant concentrée sur l'année 2019.

³⁰ Des données annuelles régionales détaillée d'exécution budgétaire pour la période 2010-2019 sont présentées dans la partie 2.2 *infra* (tableau 2), ainsi pour les anciennes régions sur la période 2010-2015 (tableau 3).

³¹ Selon les données de l'Insee, la France compte 67,0 millions d'habitant au 1^{er} janvier 2019 (66,7 million hors Mayotte), contre 64,6 millions (hors Mayotte) au 1^{er} janvier 2010.

En distinguant les grandes catégories d'établissement de santé, on constate que l'effort d'économie réalisé sur la PDSES depuis 2010 s'est concentré sur les établissements publics et privés « ex-DG » :

- Les crédits qui ont été alloués à ces établissements ont diminué de 4,5% depuis 2013 et d'un total de 18% depuis 2010.
- De leur côté, les crédits alloués aux médecins libéraux des établissements privés « ex-OQN » ont très fortement augmenté entre 2010 et 2013, leur augmentation se poursuivant, à un rythme moindre, jusqu'en 2015, avant qu'ils ne soient sensiblement réduits ces toutes dernières années. Au final, si ces crédits ont été réduits de près de 2% depuis 2013, ils restent en 2019 supérieurs de près de 20% à leur valeur estimée en 2010.

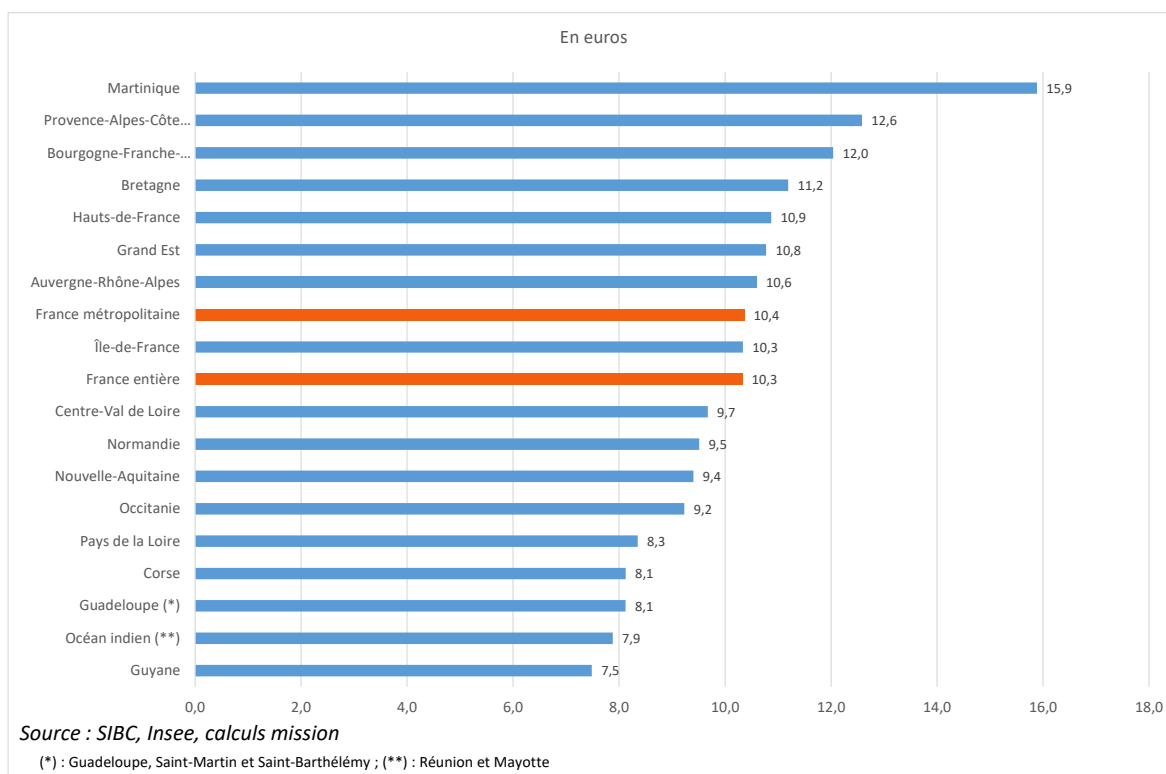
2.2 Un montant de dépense de PDSES variable selon les régions qui reflète pour partie un degré de priorisation variable au sein du FIR et des efforts d'économie d'intensité inégale sur la période récente

Rapporté à la taille de la population, le montant des dépenses du FIR consacrées à la PDSES apparaît très variable selon les régions (graphique 1) :

- Parmi les régions métropolitaines, selon les estimations de la mission, ce montant s'élève jusqu'à 12,0 € en Bourgogne-Franche-Comté et à un peu plus de 12,5 € en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) en 2019, et il se limite à l'inverse à un peu moins de 8,5 € dans les Pays de la Loire et à près de 8,0 € en Corse.
- Les régions ultramarines font en outre apparaître des montants de dépenses de PDSES par habitant encore plus variables : alors que la Guyane, « l'Océan indien » (à savoir La Réunion et Mayotte pris dans leur ensemble) et la Guadeloupe (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), font apparaître les montants les plus faibles (entre 7,5 et de l'ordre de 8,0 €), la Martinique se distingue à l'inverse par le montant de dépenses de PDSES par habitant de loin le plus élevé (près de 16,0€).

Alors que ces constats semblent témoigner de certaines particularités propres aux DOM et plus largement aux territoires insulaires, avec une situation très particulière de la Martinique, la mission n'a toutefois pas pu échanger avec les ARS concernées pour les interpréter de manière satisfaisante.

Graphique 1 : Dépenses du FIR comptabilisées pour la PDES par habitant en 2019, par régions



Selon l'analyse de la mission, cette grande variabilité du montant des dépenses de PDES par habitant, selon les régions, reflète à la fois :

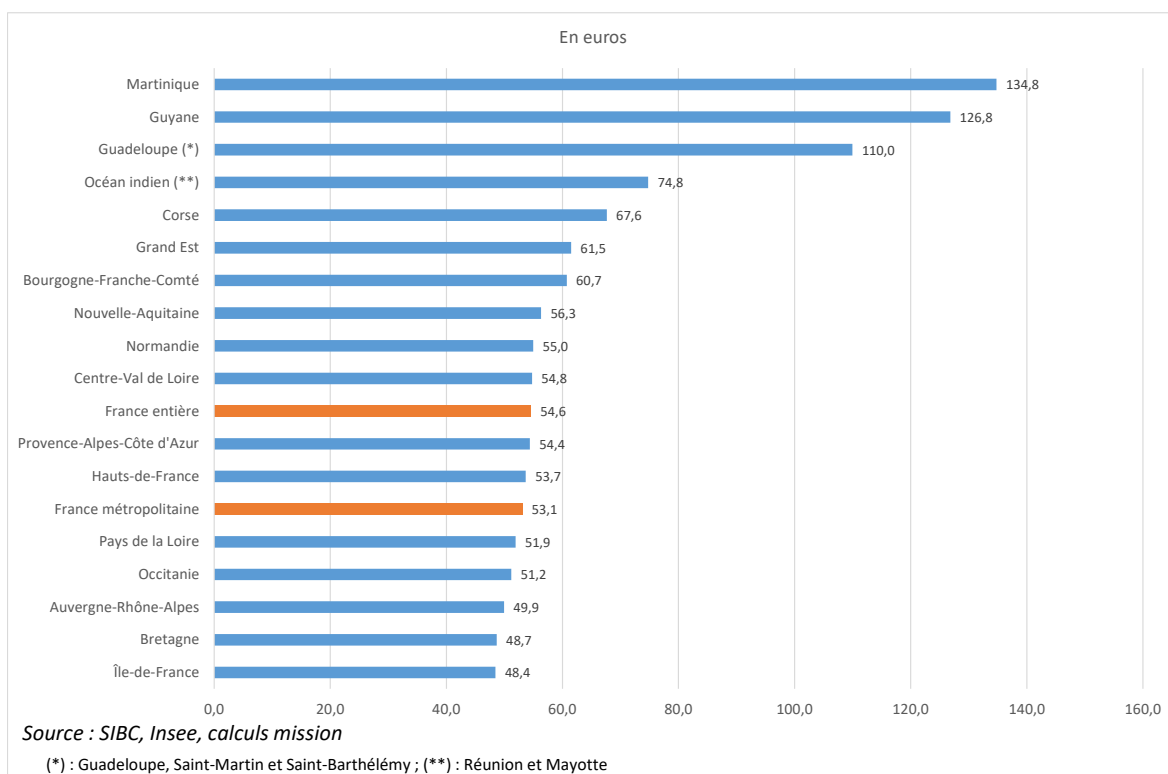
- Une très grande dispersion, selon les régions, du montant des dépenses totales du FIR par habitant, que la mission n'est pas vraiment en capacité d'expliquer, mais qui semble relever pour partie de disparités historiques dans la fixation des dotations régionales.
 - Rapporté au nombre d'habitants, les dépenses totales du FIR apparaissent relativement élevées dans les régions ultramarines, particulièrement en Martinique, Guyane et Guadeloupe, et à l'inverse comparativement faibles en Ile-de-France, en Bretagne et en Auvergne-Rhône-Alpes (graphique 2).
 - Depuis 2015, le FIR s'est doté d'un dispositif de péréquation visant à renforcer l'adéquation des moyens aux besoins de santé régionaux³². Cependant, cette péréquation ne s'applique qu'à 60 % des crédits du FIR et elle n'est pas appliquée aux dotations des ARS d'Outre-mer (depuis 2015), ni à celle de la Corse (depuis 2017). De plus, cette péréquation est encadrée, de façon à ce qu'elle ne puisse pas conduire à une baisse des dotations régionales supérieure à 1 % d'une année sur l'autre. Selon la Cour des Comptes, les effets de ce dispositif sont ainsi très modestes et n'ont à ce jour pas permis de limiter les disparités historiques dans la répartition des dotations régionales³³.

³² Trois critères, dont la formule n'est pas connue des ARS, sont pris en compte afin de pondérer la répartition : la mortalité brute ; un indice synthétique de précarité ; et le taux d'affections de longue durée (ALD) standardisé pour tenir compte des maladies chroniques.

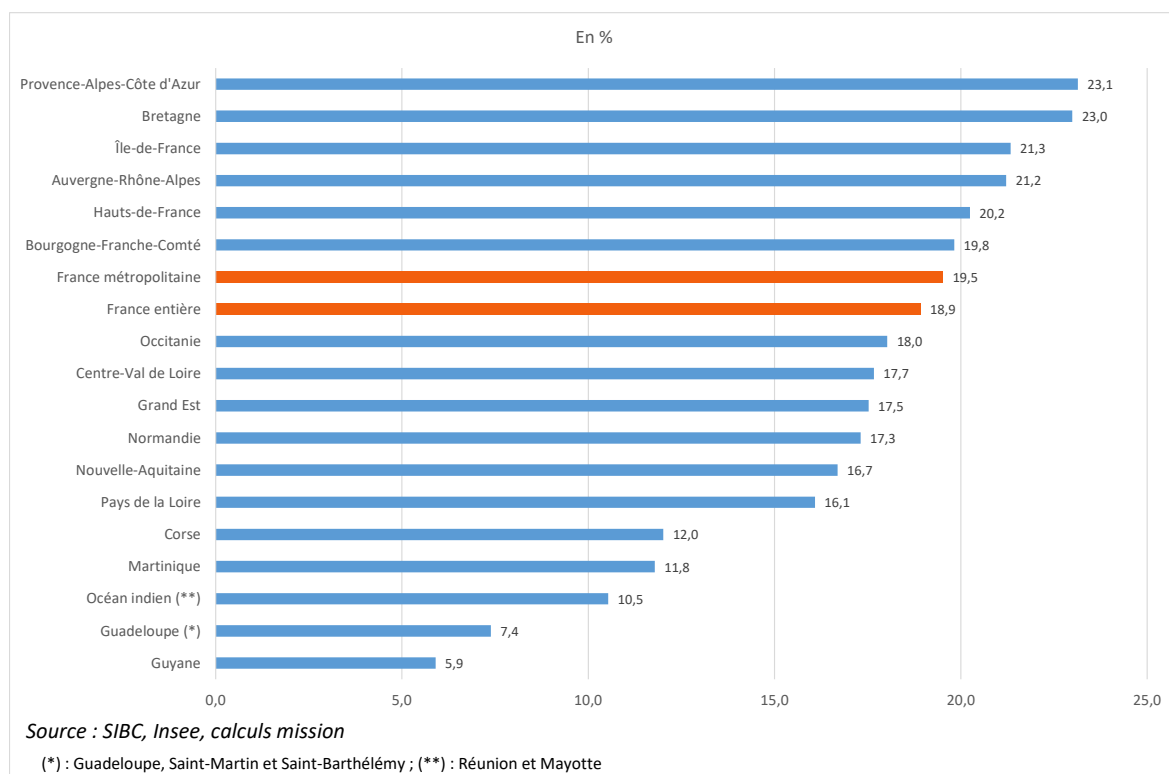
³³ Cf. le chapitre V « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire » du Rapport sur la Sécurité sociale 2020, octobre 2020

- Et des degrés de priorisation en faveur de la PDSSES au sein du FIR qui apparaissent en outre assez variables selon les régions, sans que la mission ne puisse porter une appréciation sur le bienfondé des décisions des ARS qu'ils recouvrent (graphique 3).
 - En 2019, alors qu'elle s'établit à près de 19% pour la France sans son ensemble et 19,5% pour la France métropolitaine, la part de la PDSSES dans les dépenses du FIR s'élève ainsi à un peu plus de 21% en Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) et en Ile-de-France et à 23% en Bretagne et en PACA. A l'opposé, cette part se limite à 16% dans les Pays de la Loire et à 12% en Corse, et à des proportions encore inférieures ou très inférieures dans les régions ultramarines.

Graphique 2 : Dépenses totales du FIR par habitant en 2019, par régions

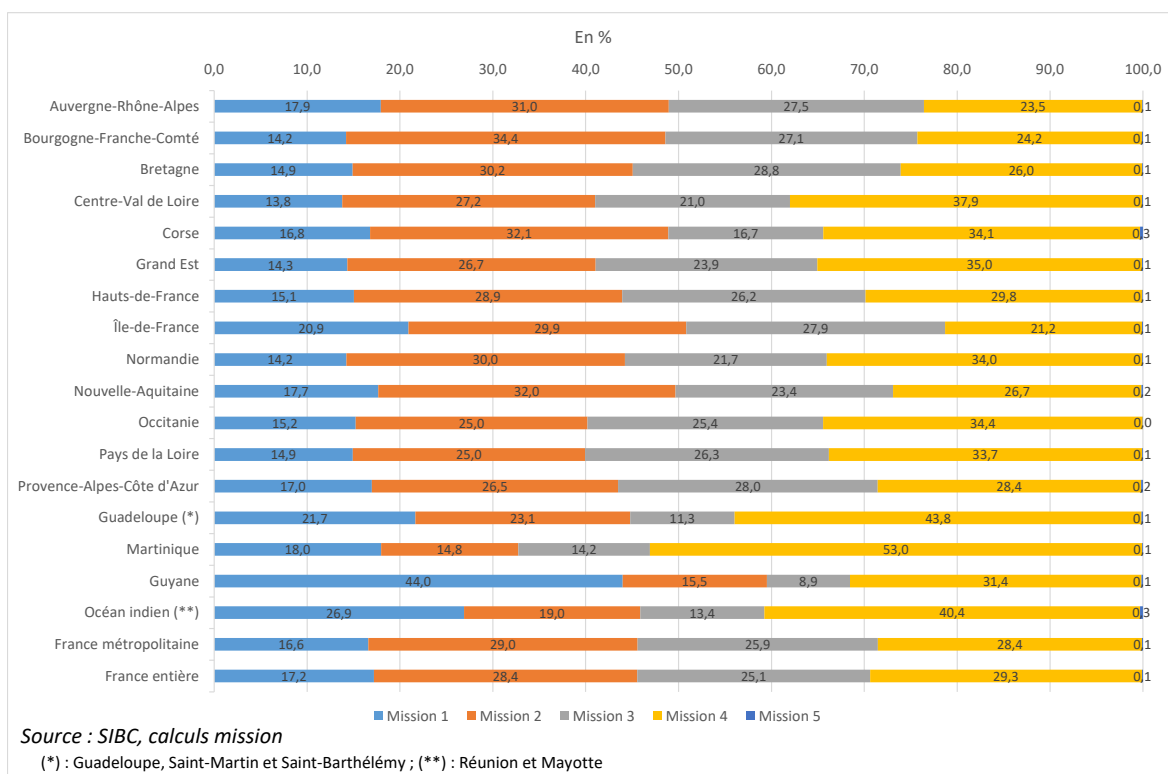


Graphique 3 : Part des dépenses allouées à la PSE dans le FIR en 2019, par régions

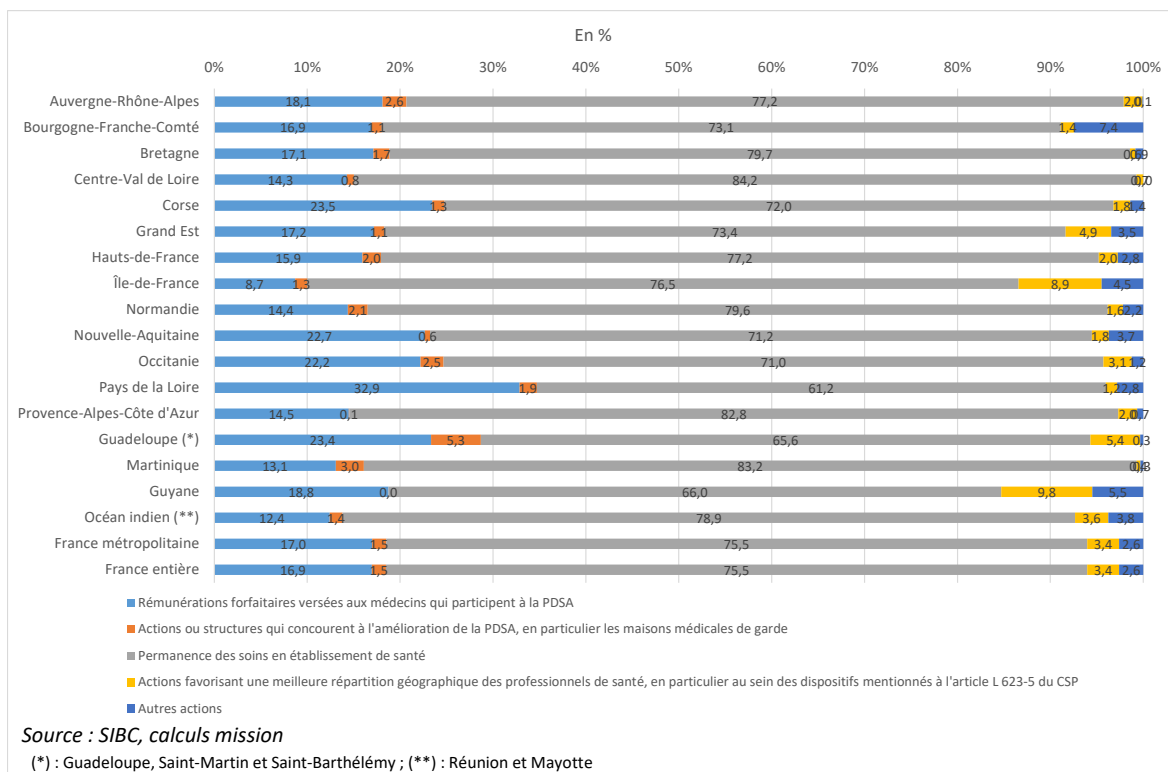


Le degré variable de priorisation en faveur de la PSE au sein du FIR, selon les régions, reflète lui-même des choix d'allocation de moyens variables selon les 5 grands axes de missions financées par le FIR (graphique 4) et des choix de financement différenciés parmi les 3 principales catégories d'actions qui composent la « mission 3 » du FIR (graphique 5).

Graphique 4 : Répartition des dépenses du FIR selon ses 5 grands axes de mission en 2019, par régions



Graphique 5 : Répartition des dépenses du FIR au titre de sa mission 3 en 2019, par régions



La dispersion des montants régionaux de dépenses de PDSSES par habitant en 2019 reflète également des efforts d'économie d'ampleur inégale selon les régions depuis la mise en œuvre de la loi HPST.

Le tableau 2 présente des données annuelles régionales détaillées d'exécution budgétaire pour la période 2010-2019 et le tableau 3 les mêmes données pour les anciennes régions sur la période 2010-2015.

Ces données font apparaître en premier lieu que les efforts d'économie réalisés par les ARS sur la PDSSES depuis 2010 ont été d'une intensité très variable selon les régions (graphique 6). Alors que les dépenses de PDSSES ont été réduites d'un peu plus de 15 % de 2010 à 2019 pour la France dans son ensemble :

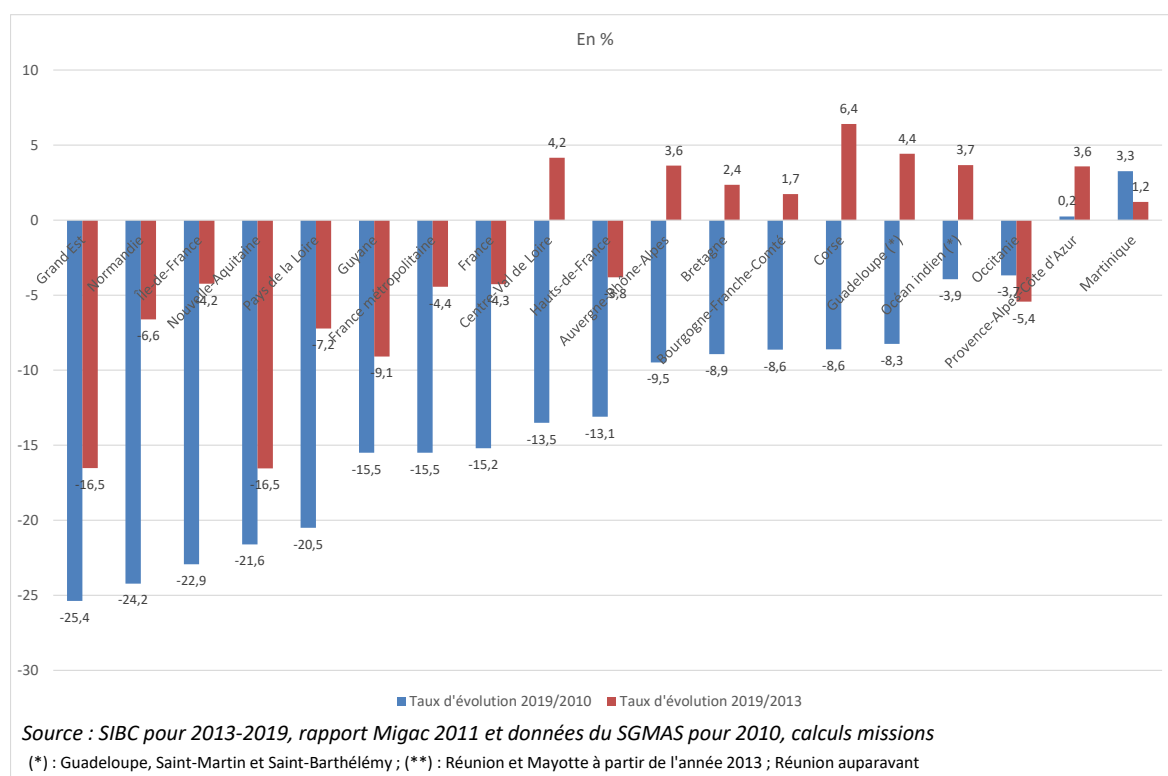
- Elles ont été réduites de près de 25% sur la période dans le Grand Est et en Normandie, et de 20 à 23% en Ile-de-France, en Nouvelle-Aquitaine et dans les Pays de la Loire.
- A l'inverse, la diminution a été limitée entre 9,5% et près de 8,5% en ARA, en Bretagne, en Bourgogne-Franche-Comté, en Corse et en Guadeloupe ; et entre 4% et 3% seulement dans l'Océan indien et en Occitanie. Sur la période, les dépenses de PDSSES sont même restées globalement stables en PACA et ont légèrement augmenté en Martinique (1%).

En second lieu, il apparaît, plus finement, que :

- Les dépenses de PDSSES ont été très fortement réduites, de 10 à 20%, dans la plupart des régions métropolitaines³⁴ de 2010 à 2013, à l'exception de la Nouvelle-Aquitaine et PACA où la baisse a été plus limitée (-6% et -3%) et l'Occitanie pour laquelle les dépenses de PDSSES ont augmenté sur la période (+2%).
- Par la suite, les évolutions des dépenses de PDSSES ont été plus contrastées :
 - Avec une poursuite de la diminution des dépenses dans une majorité de régions, particulièrement marquée dans le Grand Est et en Nouvelle-Aquitaine.
 - Mais un redressement des dépenses dans un nombre conséquent de régions, notamment en Corse, en Centre-Val-de-Loire, en ARA et en PACA, et une poursuite de leur augmentation en Martinique (graphique 6).

³⁴ Entendues au sens de celles créées par la suite par la réforme territoriale mise en œuvre au 1^{er} janvier 2016.

Graphique 6 : Evolution des dépenses comptabilisées pour la PDES sur 2010-2019, par régions



Enfin, l'analyse des données de dépenses de PDES relatives aux anciennes régions administratives en vigueur jusqu'en 2015 et leur confrontation aux données de dépenses des nouvelles régions créées en 2016 fait apparaître :

- Des efforts d'économie d'une ampleur très variable selon les anciennes régions entre 2010 et 2015, y compris entre celles qui ont été fusionnées en 2016.
- Une diminution très forte des dépenses de PDES entre 2015 et 2016 dans les régions du Grand Est (-11,5%) et de Nouvelle-Aquitaine (-9%), ainsi que dans l'Océan indien (-13%), dont la mission n'a pu déterminer si elle reflétait des efforts d'économie planifiés qui se seraient concrétisés lors de la dernière année des PRS 1, des difficultés d'exécution budgétaire à la suite de la création des nouvelles régions ou une fragilité particulière des données d'exécution budgétaire pour 2016 en lien avec la création du budget annexe des ARS dédié au FIR.

RAPPORT D'ETAPE IGAS (ANNEXES) N°2020-024R

Tableau 2 : Dépenses du FIR comptabilisées pour la PDES par régions sur 2012-2019, CP en M€

	Ref 2009-2010	Ref 2012	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variations en %			Variations en %	
	1/	2/	Est 3/	Est 4/				5/ 6/				2013/2010	2016/2013	2019/2016	2019/2010	2019/2013
Auvergne-Rhône-Alpes	93,7	87,0	93,7	75,0	81,8	87,2	86,5	86,0	85,7	85,4	84,8	-12,7	5,0	-1,3	-9,5	3,6
Bourgogne-Franche-Comté	37,7	35,0	36,8	34,4	33,1	32,5	31,6	31,2	32,0	32,6	33,6	-10,2	-5,7	7,9	-8,6	1,7
Bretagne	41,0	38,0	41,0	36,2	36,5	36,4	36,6	36,5	36,6	37,3	37,3	-11,0	0,2	2,2	-8,9	2,4
Centre-Val de Loire	29,7	27,6	28,7	26,5	23,8	25,1	25,1	24,9	25,1	25,0	24,8	-17,0	4,3	-0,2	-13,5	4,2
Corse	3,0	2,8	3,0	2,9	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,9	2,8	-14,1	-0,3	6,8	-8,6	6,4
Grand Est	81,1	75,2	79,8	71,1	71,3	71,9	72,4	64,1	60,1	60,3	59,5	-10,6	-10,2	-7,1	-25,4	-16,5
Hauts-de-France	76,2	70,7	74,8	68,2	67,5	68,3	69,0	67,4	67,9	68,1	65,0	-9,6	-0,3	-3,5	-13,1	-3,8
Île-de-France	156,2	145,0	164,2	125,5	132,2	133,1	129,6	124,2	127,3	128,5	126,6	-19,5	-6,0	1,9	-22,9	-4,2
Normandie	42,6	39,5	41,6	37,3	33,7	33,8	34,0	32,7	33,2	33,2	31,5	-18,9	-3,2	-3,5	-24,2	-6,6
Nouvelle-Aquitaine	73,9	68,6	71,8	68,3	67,4	66,7	63,6	57,8	58,7	58,0	56,3	-6,1	-14,4	-2,6	-21,6	-16,5
Occitanie	62,7	58,2	56,5	54,7	57,6	57,5	58,1	57,6	56,9	56,6	54,4	1,9	0,1	-5,5	-3,7	-5,4
Pays de la Loire	39,8	36,9	39,8	36,5	34,1	31,4	31,4	31,1	31,2	31,1	31,6	-14,3	-8,9	1,8	-20,5	-7,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	64,6	59,9	63,4	61,3	61,3	60,8	60,9	59,5	60,9	63,9	63,5	-3,2	-3,0	6,8	0,2	3,6
Guadeloupe (*)	4,5	4,2	3,8	3,4	3,3	3,5	3,5	3,4	3,5	3,5	3,5	-12,1	1,5	2,9	-8,3	4,4
Guyane	2,3	2,1	2,5	2,1	2,3	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	-7,1	-9,1	0,0	-15,5	-9,1
Martinique	6,1	5,7	5,6	5,7	5,7	5,7	5,7	5,7	5,8	5,7	5,8	2,0	0,0	1,2	3,3	1,2
Océan indien (*)	9,2	8,6	9,2	8,6	8,6	8,2	9,4	8,2	8,8	8,8	8,9	-7,3	-4,7	8,8	-3,9	3,7
France métropolitaine	802,2	744,4	795,0	698,0	703,0	707,4	701,2	675,3	678,3	682,9	671,8	-11,6	-3,9	-0,5	-15,5	-4,4
France	824,4	765,0	816,2	717,8	722,9	726,9	722,0	694,7	698,5	703,0	692,0	-11,4	-3,9	-0,4	-15,2	-4,3
Service de santé des armées 7/	8,0	8,0	8,0													

Sources : SIBC pour 2013-2019, données de la DGOS pour 2016, rapport d'activité du FIR pour 2012, rapport Migac 2011 pour 2010, données SGMAS pour les enveloppes de référence relatives à 2009-2010 et 2012, calculs missions

(*) : Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; (**) : Réunion et Mayotte à partir de l'année 2013 ; Réunion auparavant

- Données de référence historique ayant servi à fixer les dotations régionales MIG PDES pour 2011 et les crédits FIR alloués aux ARS au titre de la PDES pour 2012. Les montants correspondent approximativement à la somme des dotations MIG PDSH allouées aux ARS pour les établissements de santé "ex-DG" en 2009 (montants rapportés en année pleine) et en 2010, d'une enveloppe correspondant au coût estimé par l'Etat des CPP pour les établissements "ex-OQN" sur ces années-là (soit 60 M€ pour la France dans son ensemble) et d'une enveloppe exceptionnelle allouée de manière dégressive aux établissements ex-POSU (2,6 M€ pour la France dans son ensemble).
- Montant de référence en année pleine ayant servi à déterminer les crédits FIR alloués aux ARS en 2012 pour la PDES. Ce montant représente un effort d'économie imposé de 60 M€ pour la France dans son ensemble par rapport à la référence précédente.
- Estimations de la mission sur la base des dotations régionales MIG PDES 2010 pour les établissements de santé "ex-DG" et du coût estimé par l'Etat des CPP pour les établissements "ex-OQN" (soit 60M€ pour la France dans son ensemble).
- Estimations de la mission à partir des crédits du FIR comptabilisés pour les 10 derniers mois de l'année pour les établissements "ex-DG" et de la dotation MIG PDES allouée au titre des 2 premiers mois de l'année, et de la valeur en année pleine des crédits du FIR comptabilisés pour les 9 derniers mois de l'année pour les établissements "ex-OQN". Le rapport d'activité du FIR pour 2012 souligne la nécessité d'interpréter avec prudence les chiffres de crédits comptabilisés en 2012 eu égard à des difficultés d'organisation de la gestion budgétaire et comptable, liées à la mise en place du FIR au 1er mars et à une délégation tardive des crédits, ayant induit une sous-consommation des crédits du FIR par les ARS cette année-là.
- Données issues de la DGOS pour les crédits alloués aux médecins libéraux mettant en œuvre la PDES dans les établissements privés "ex-OQN". A la suite de la création du budget annexe des ARS dédié au FIR au 1er janvier 2016, les données issues du SIBC sont incomplètes sur ce champ pour cette année-là.
- Crédits de paiement (CP) à partir de 2016 ; dépenses comptabilisées en droits constatés pour les années antérieures (montants décaissés et provisions constituées au titre de l'année courante). Bien qu'elles ne reposent pas sur les mêmes concepts, les données postérieures et antérieures à 2016 sont très largement comparables : de fait, la quasi-totalité des crédits alloués aux établissements "ex-DG" donne lieu à des décaissements en cours d'année ; en outre, seule une faible part des crédits alloués aux médecins libéraux des établissements "ex-OQN" donne lieu à des paiements l'année suivante ; ceux-ci correspondant aux actes réalisés en toute fin d'année.
- Une dotation MIG PDES a été allouée au service de santé des armées en 2010 et 2011, d'un montant respectif de 8,00 M€ et 7,69 M€. Cette dotation n'a pas été transférée au FIR lors de sa création en 2012. La mission n'a pu identifier le devenir de ces crédits à partir de cette année-là.

Tableau 3 : Dépenses du FIR pour la PDSES par anciennes régions sur 2012-2016, CP en M€

	Ref 2009	Ref 2012	2010 Est 3/	2012 Est 4/	2013	2014	2015	2016	Variations en %			Variations en %	
	-2010 1/	2/							5/ 6/	2013/ 2010	2015/ 2013	2016/ 2013	2015/ 2010	2016/ 2010
Auvergne-Rhône-Alpes	93,7	87,0	93,7	75,0	81,8	87,2	86,5	86,0	-12,7	5,7	5,0	-7,7	-8,3
Auvergne	16,5	15,3	16,5	15,0	15,2	15,0	14,6		-8,2	-3,7		-11,5	
Rhône-Alpes	77,2	71,7	77,2	60,0	66,7	72,1	71,8		-13,6	7,8		-6,9	
Bourgogne-Franche-Comté	37,7	35,0	36,8	34,4	33,1	32,5	31,6	31,2	-10,2	-4,5	-5,7	-14,2	-15,3
Bourgogne	22,8	21,2	21,9	20,3	19,3	18,8	18,5		-11,6	-4,2		-15,3	
Franche-Comté	14,9	13,9	14,9	14,1	13,7	13,8	13,1		-8,2	-4,8		-12,6	
Bretagne	41,0	38,0	41,0	36,2	36,5	36,4	36,6	36,5	-11,0	0,4	0,2	-10,7	-10,9
Centre-Val de Loire	29,7	27,6	28,7	26,5	23,8	25,1	25,1	24,9	-17,0	5,2	4,3	-12,7	-13,4
Corse	3,0	2,8	3,0	2,9	2,6	2,6	2,6	2,6	-14,1	0,7	-0,3	-13,6	-14,4
Grand Est	81,1	75,2	79,8	71,1	71,3	71,9	72,4	64,1	-10,6	1,5	-10,2	-9,2	-19,7
Alsace	28,6	26,5	28,6	25,1	24,5	24,3	24,5		-14,5	0,3		-14,3	
Champagne-Ardenne	17,8	16,5	17,8	17,0	15,7	16,3	16,9		-11,5	7,6		-4,7	
Lorraine	34,7	32,2	33,4	29,1	31,1	31,3	31,0		-6,8	-0,5		-7,2	
Hauts-de-France	76,2	70,7	74,8	68,2	67,5	68,3	69,0	67,4	-9,6	2,1	-0,3	-7,8	-9,9
Nord-Pas-de-Calais	53,0	49,2	51,6	47,5	47,2	47,9	48,5		-8,5	2,9		-5,9	
Picardie	23,2	21,5	23,2	20,7	20,4	20,4	20,4		-12,1	0,2		-11,9	
Île-de-France	156,2	145,0	164,2	125,5	132,2	133,1	129,6	124,2	-19,5	-1,9	-6,0	-21,1	-24,4
Normandie	42,6	39,5	41,6	37,3	33,7	33,8	34,0	32,7	-18,9	0,7	-3,2	-18,3	-21,5
Basse-Normandie	21,6	20,1	20,6	19,3	16,4	15,9	16,2		-20,7	-1,1		-21,6	
Haute-Normandie	20,9	19,4	20,9	18,0	17,4	17,9	17,8		-17,0	2,5		-15,0	
Nouvelle-Aquitaine	73,9	68,6	71,8	68,3	67,4	66,7	63,6	57,8	-6,1	-5,8	-14,4	-11,5	-19,6
Aquitaine	40,6	37,7	38,5	37,5	37,9	37,5	33,6		-1,5	-11,5		-12,9	
Limousin	11,4	10,5	11,4	10,2	9,4	9,4	9,8		-17,2	3,8		-14,1	
Poitou-Charentes	21,9	20,3	21,9	20,7	20,1	19,8	20,2		-8,3	0,7		-7,7	
Occitanie	62,7	58,2	56,5	54,7	57,6	57,5	58,1	57,6	1,9	1,0	0,1	2,8	1,9
Languedoc-Roussillon	30,1	27,9	29,8	27,1	27,5	27,3	27,2		-7,8	-1,1		-8,8	
Midi-Pyrénées	32,6	30,3	26,7	27,6	30,1	30,2	31,0		12,6	2,8		15,8	
Pays de la Loire	39,8	36,9	39,8	36,5	34,1	31,4	31,4	31,1	-14,3	-8,0	-8,9	-21,2	-21,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	64,6	59,9	63,4	61,3	61,3	60,8	60,9	59,5	-3,2	-0,8	-3,0	-4,0	-6,1
Guadeloupe (*)	4,5	4,2	3,8	3,4	3,3	3,5	3,5	3,4	-12,1	5,5	1,5	-7,3	-10,8
Guyane	2,3	2,1	2,5	2,1	2,3	2,1	2,1	2,1	-7,1	-9,1	-9,1	-15,5	-15,5
Martinique	6,1	5,7	5,6	5,7	5,7	5,7	5,7	5,7	2,0	0,0	0,0	2,0	2,0
Océan indien (*)	9,2	8,6	9,2	8,6	8,6	8,2	9,4	8,2	-7,3	9,8	-4,7	1,8	-11,7
France métropolitaine	802,2	744,4	795,0	698,0	703,0	707,4	701,2	675,3	-11,6	-0,3	-3,9	-11,8	-15,1
France	824,4	765,0	816,2	717,8	722,9	726,9	722,0	694,7	-11,4	-0,1	-3,9	-11,5	-14,9
Service de santé des armées 7/	8,0	8,0	8,0										

Sources : SIBC pour 2013-2016, données de la DGOS pour 2016, rapport d'activité du FIR pour 2012, rapport Migac 2011 pour 2010, données SGMAS pour les enveloppes de référence relatives à 2009-2010 et 2012, calculs missions

(*) : Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; (**): Réunion et Mayotte à partir de l'année 2013 ; Réunion auparavant

1/ 2/ 3/ 4/ 5/ 6/ 7/ Voir les notes du tableau 3.

2.3 Une mission principalement mise en œuvre par les établissements publics de santé, avec une participation des ESPIC et des cliniques privées qui demeure inférieure à leur poids dans l'offre de soins et variable selon les régions

La mobilisation conjointe des données issues de HAPI pour les établissements publics et les établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) et du SIBC pour les cliniques privées permet de préciser la répartition des dépenses de PDSES par catégories de bénéficiaires (au-delà de la répartition entre les deux grands types d'établissements mentionnée dans la section 2.1 *supra*).

Le tableau 4 ci-dessous présente les estimations détaillées de la mission relatives à cette répartition, fondées sur ces données, au niveau national et pour l'ensemble des régions.

RAPPORT D'ETAPE IGAS (ANNEXES) N°2020-024R

Tableau 4 : Dépenses du FIR pour la PDES par catégories d'établissements bénéficiaires en 2019, CP en K€

	Etablissements publics de santé				Hôpitaux des armées	Etablissements de santé privés à but non lucratif et GCS-ES privés						Etablissements de santé privés à but lucratif "ex-OQN"
	Total	dont :				Total	dont					
		CHU/CHR	CH	GCS-ES publics			Etab. soins pluridis.	Etab. soins chirurg.	Ctres lutte c. cancer	Autres étab	GCS-ES privés	
Auvergne-Rhône-Alpes	69452	31160	38110	182	37	4644	4131	0	513	0	0	10654
Bourgogne-Franche-Comté	31420	11605	19815	0	0	439	293	0	0	146	0	1774
Bretagne	34244	12299	21945	0	680	873	727	146	0	0	0	1516
Centre-Val de Loire	21470	9566	11905	0	0	0	0	0	0	0	0	3346
Corse	2563	0	2563	0	0	0	0	0	0	0	0	212
Grand Est	48940	14533	34407	0	76	4365	1818	0	29	1712	806	6153
Hauts-de-France	56560	16149	40412	0	0	3363	90	0	0	787	2486	5047
Île-de-France	104002	57326	46676	0	2961	11544	10249	0	1222	73	0	8056
Normandie	27846	9200	18646	0	0	154	77	0	77	0	0	3514
Nouvelle-Aquitaine	48586	17959	30627	0	0	1874	1874	0	0	0	0	5540
Occitanie	40315	17437	22878	0	0	845	845	0	0	0	0	13284
Pays de la Loire	26686	11324	15362	0	0	651	624	12	0	15	0	4106
Provence-Alpes-Côte d'Azur	46125	17318	28807	0	3368	6607	5170	733	484	219	0	7426
Guadeloupe (*)	3373	2322	1051	0	0	0	0	0	0	0	0	98
Martinique	2123	0	2123	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyane	5705	5443	262	0	0	0	0	0	0	0	0	69
Océan indien (**)	7779	6008	1771	0	0	0	0	0	0	0	0	1103
France métropolitaine	558209	225874	332153	182	7122	35359	25899	891	2325	2953	3292	70629
France	577188	239646	337361	182	7122	35359	25899	891	2325	2953	3292	71899

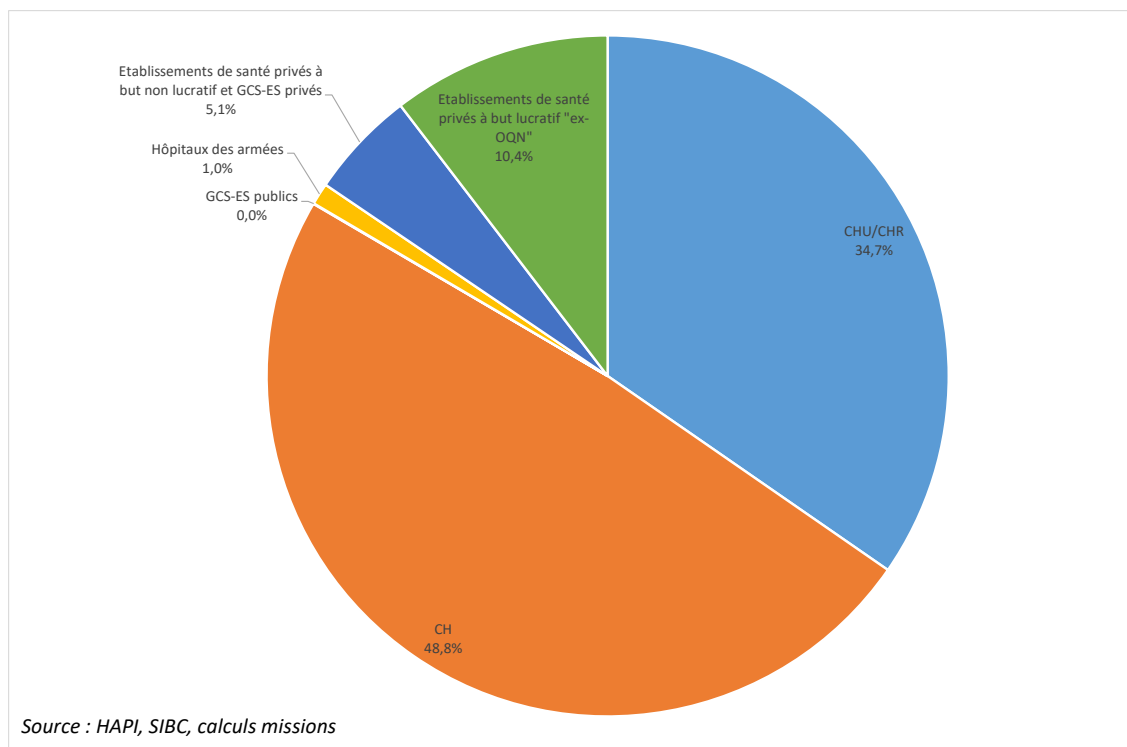
Sources : HAPI, SIBC, calculs missions

(*) : Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; (**) : Réunion et Mayotte

Ces estimations font apparaitre que :

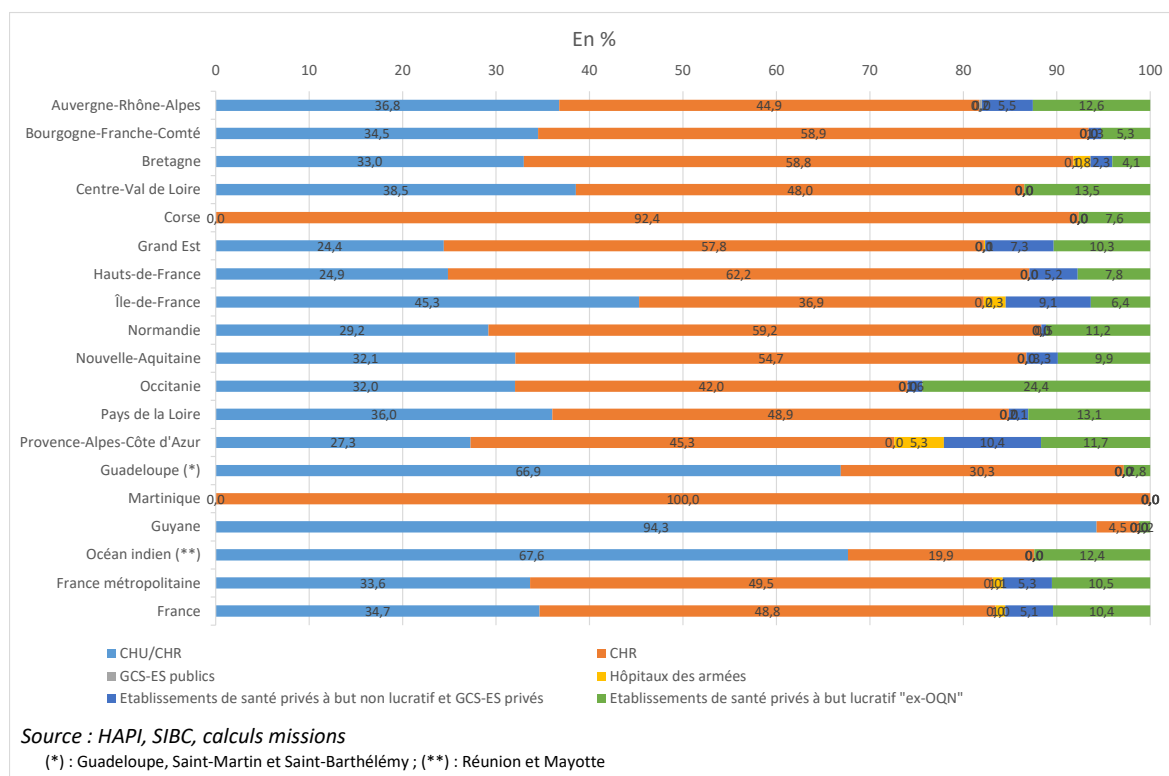
- En 2019, les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres hospitaliers régionaux (CHR) ont reçu un peu plus du tiers des fonds du FIR dédiés à la PDES (34,7 %), et les centres hospitaliers (CH) près de la moitié (48,8%), soit un total 83,5% pour l'ensemble des établissements public de santé (graphique 7). Les hôpitaux des armées ont par ailleurs été bénéficiaires de 1,0% des fonds.
- La part des fonds reçue par les établissements privés à but non lucratif et les groupements de coopération sanitaire privés reconnus comme établissements (« GCS-établissement de santé ») s'est limitée à 5,1% :
 - Dont 3,7% à des établissements de soins pluridisciplinaires, 0,3% à des centres de lutte contre le cancer, 0,1% à des établissements de soins exclusivement chirurgicaux, 0,5% à d'autres établissements privés de santé à but non lucratif, 0,5% à des « GCS-Etablissements » de droit privé.
- Et celle des médecins libéraux mettant en œuvre la PDES dans les établissements privés à but lucratif « ex-OQN » à 10,4% (comme vu dans la section 2.1).

Graphique 7 : Répartition des dépenses de PDES par catégories d'établissements bénéficiaires en 2019, en %



Comme le montre le graphique 8, cette répartition des fonds dédiés à la PDES selon les grandes catégories d'établissements de santé varie sensiblement selon les régions.

Graphique 8 : Répartition des dépenses de PDES par catégories d'établissements bénéficiaires en 2019 par régions



Mesurée par leur part dans le total des fonds alloués par les ARS à la PDES, la participation à la permanence des soins des ESPIC et celle des cliniques privées apparaissent faibles au regard de leur capacité d'accueil hospitalière et du volume de leur activité hospitalière en MCO :

- Alors qu'ils ont reçu 5,1% des fonds alloués au titre de la PDES en 2019 (y compris les 0,5% perçus par les « GCS-établissement » privés), les établissements de santé à but non lucratif représentaient 8,7% des lits d'hospitalisation complète en MCO installés fin 2019 en France et ont assuré 8,3% des journées d'hospitalisation complète sur le même champ cette année-là.
- De leur côté, les médecins libéraux des établissements privés à but lucratif « ex-OQN » ont reçu 10,4% des fonds alloués à la PDES, alors que ces établissements comptaient 22,5% des lits d'hospitalisation complète en MCO fin 2019 et qu'ils ont réalisé 17,3% des journées d'hospitalisation complète sur ce champ cette même année³⁵.

Ces écarts s'expliquent vraisemblablement pour une part importante :

- Par le fait que services d'accueil aux urgences (SAU) sont essentiellement situés dans des établissements de santé public, d'une part.
- Et par des caractéristiques propres à l'activité hospitalière des ESPIC et des cliniques privées, avec notamment une spécialisation particulière pour une partie des premiers, et pour les seconds une part comparativement limitée d'activités de soins requérant réglementairement

³⁵ Ces chiffres s'appuient sur les données de la « statistique annuelle des établissements de santé » (SAE) établie par la DREES.

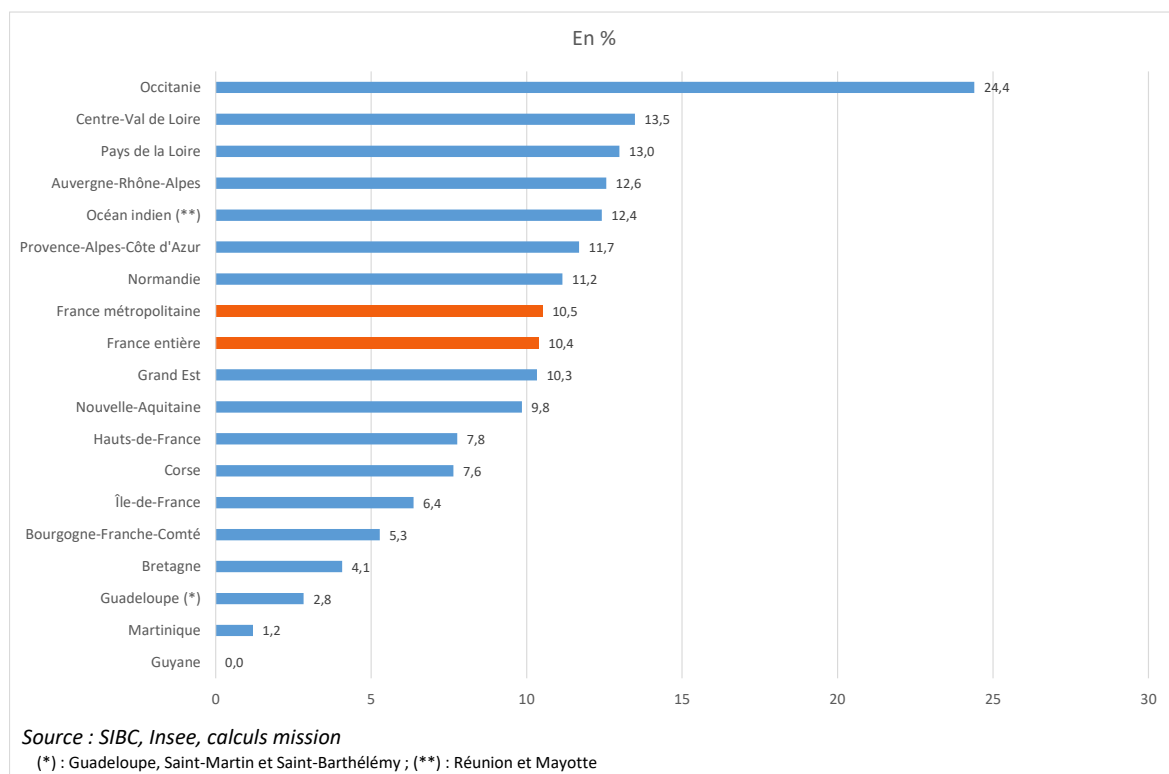
des lignes de permanence (en chirurgie-obstétrique et réanimation notamment) et un positionnement croissant sur la chirurgie ambulatoire, d'autre part.

Pour autant, la diversité des situations régionales semble confirmer l'existence d'une marge d'augmentation importante de la participation à la PDES de ces deux catégories d'établissements, dans certaines régions, notamment pour les cliniques privées.

De fait, la part des fonds alloués aux médecins libéraux des cliniques privées montre une très forte dispersion selon les régions. Alors qu'elle apparaît très faible dans les régions ultramarines à l'exception de l'Océan indien, dans les régions métropolitaines (Graphique 9) :

- Cette part apparaît relativement faible en Bretagne, en Bourgogne-Franche-Comté, et en Ile-de-France (4,1%, 5,3% et 6,4% respectivement en 2019).
- Et relativement élevé à l'inverse en Pays-de-Loire (13,0%), Centre-Val-de Loire (13,5%) et de manière singulièrement haute en Occitanie (24,4%).

Graphique 9 : Part des dépenses de PDES allouée aux médecins libéraux des établissements de santé privés à but non lucratif « ex-OQN » en 2019 par régions



Mais cette dispersion, entre les régions, de la participation des cliniques privées ne s'explique que partiellement par les parts différenciées des cliniques privées dans la capacité d'accueil hospitalière ou l'activité hospitalière des différentes régions (graphiques 10 à 14). Il apparaît notamment que :

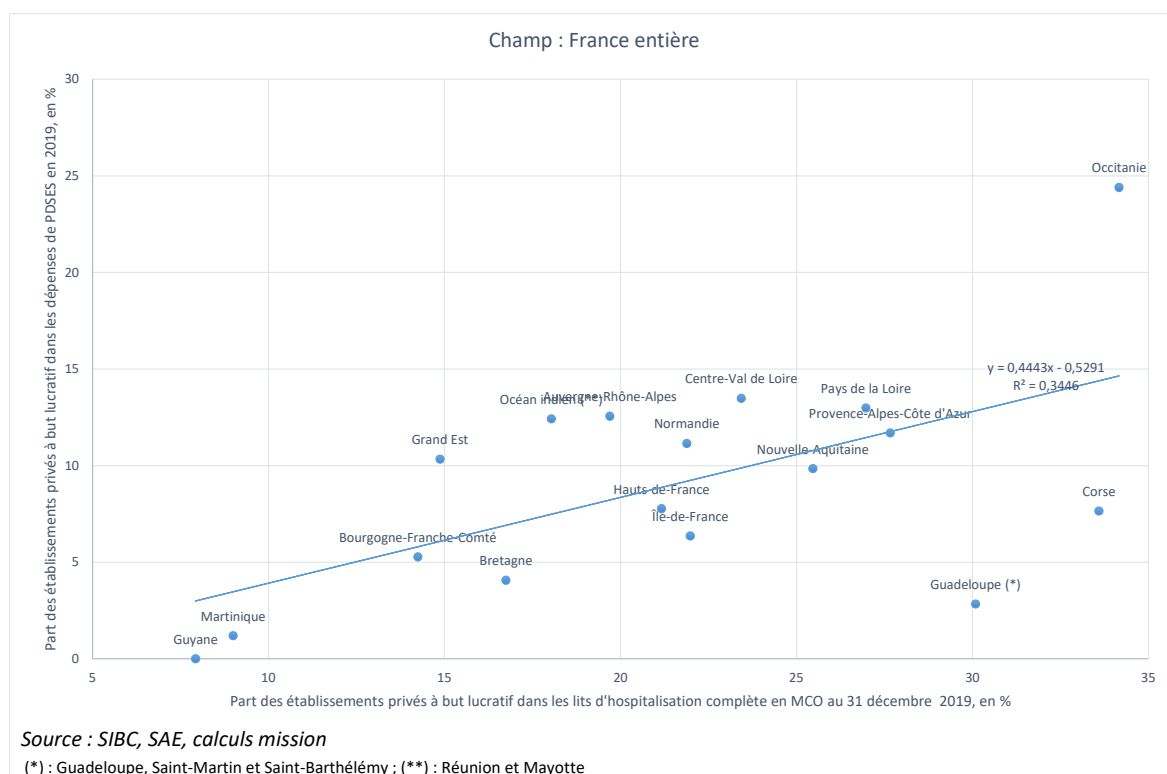
- La participation comparativement élevée à la PDES des cliniques privées en Occitanie ne s'explique pas seulement par une part plus importante de celles-ci dans la capacité d'accueil hospitalier de la région, et la part des cliniques dans le Grand-Est et en ARA apparaît également plutôt haute, après prise en compte de leur part relative dans les capacité d'accueil.

- De même, si la participation comparativement faible des cliniques privées en Bretagne et en Bourgogne-Franche-Comté semble assez bien s'expliquer par leur faible part dans les capacités d'accueil hospitalier, leur participation relativement faible en Ile-de-France semble s'expliquer par d'autres facteurs. De même, le poids relatif des cliniques privées dans l'offre de soins hospitaliers laisserait attendre une participation plus forte à la PDES que ce qu'on observe en Nouvelle-Aquitaine et en PACA (Cf. en particulier le graphique 11).

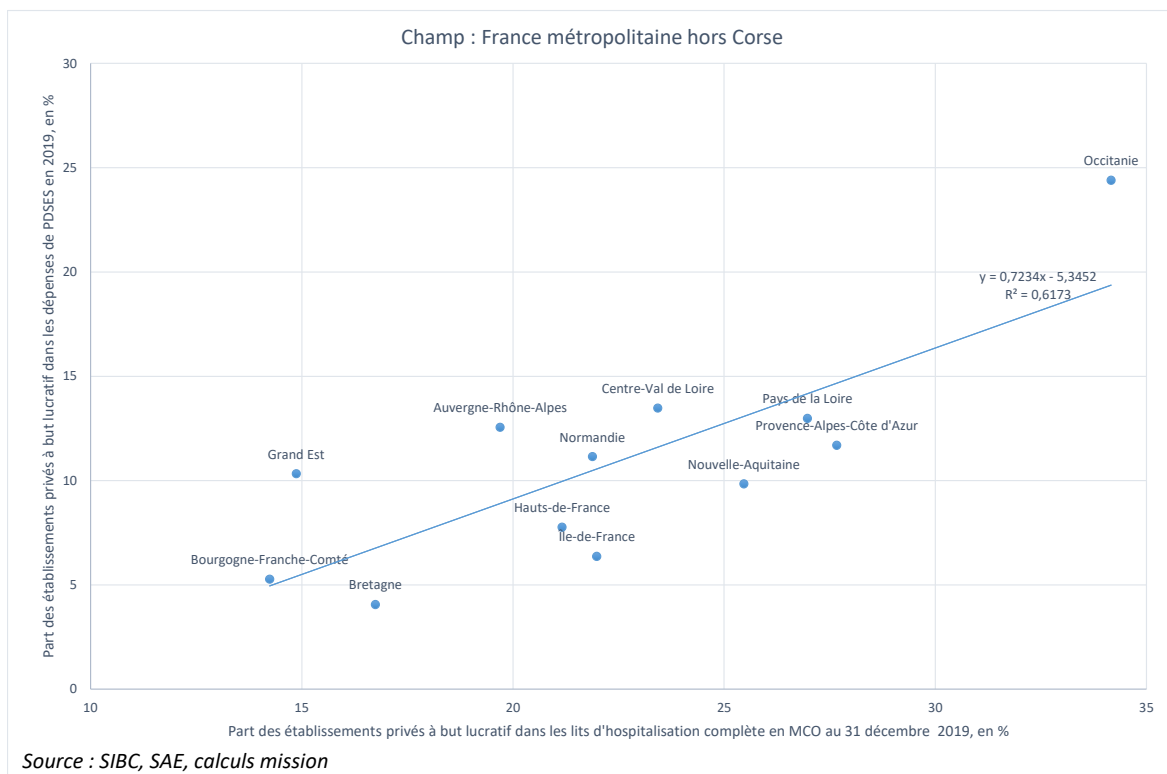
Pour mieux apprécier l'origine de cette dispersion régionale dans la participation des cliniques privées à la PDES au-delà des seuls effets liés au volume de leur capacité d'accueil hospitalier à temps plein, la mission est d'avis qu'il conviendrait de mener :

- Des analyses quantitatives sur les liens entre cette dispersion et la fréquence des SAU dans les cliniques privées dans chaque région à partir de la « statistique annuelle des établissements de santé » (SAE) établie par la DREES ;
- Des entretiens complémentaires avec des représentants des ARS des régions pointées afin d'apprécier dans quelle mesure leur positionnement particulier renvoie à des caractéristiques particulières de l'offre privée ou publique de soins dans ces régions, des positionnements particuliers d'acteurs ou à des orientations particulières prises par ces ARS.

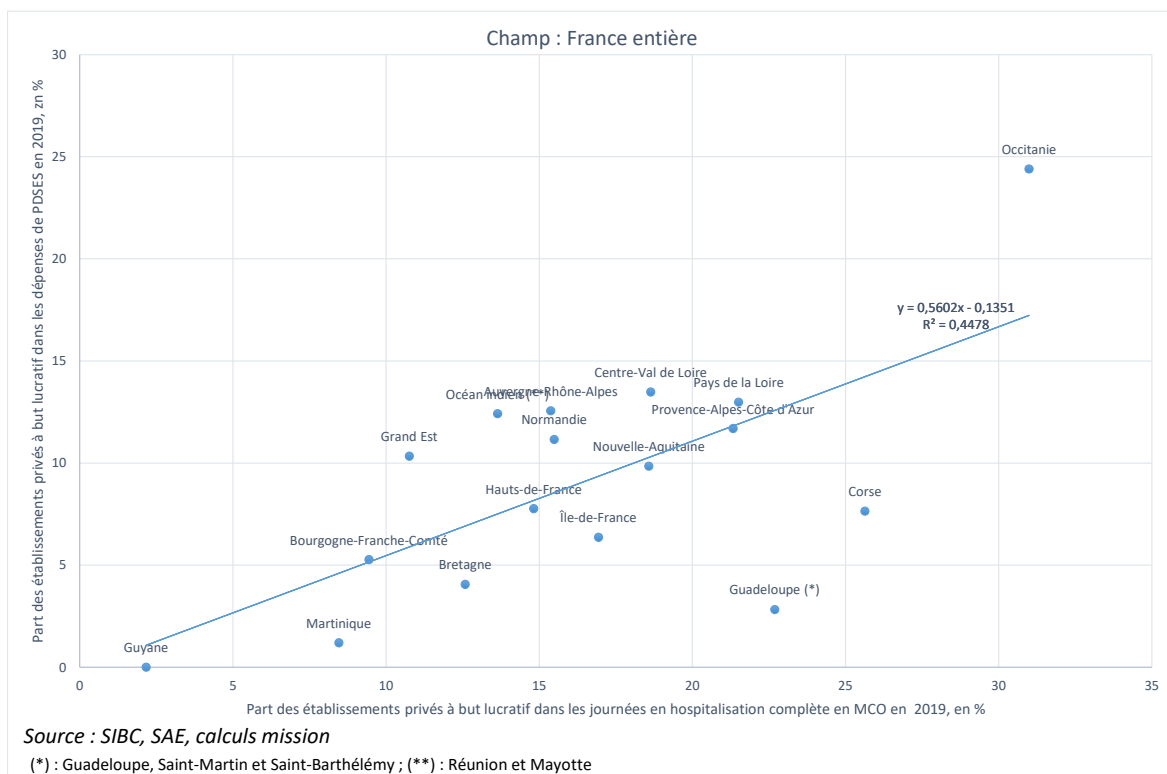
Graphique 10 : Part des cliniques privées dans les dépenses de PDES en 2019, au regard de leur part dans les capacités d'accueil hospitalier, par régions



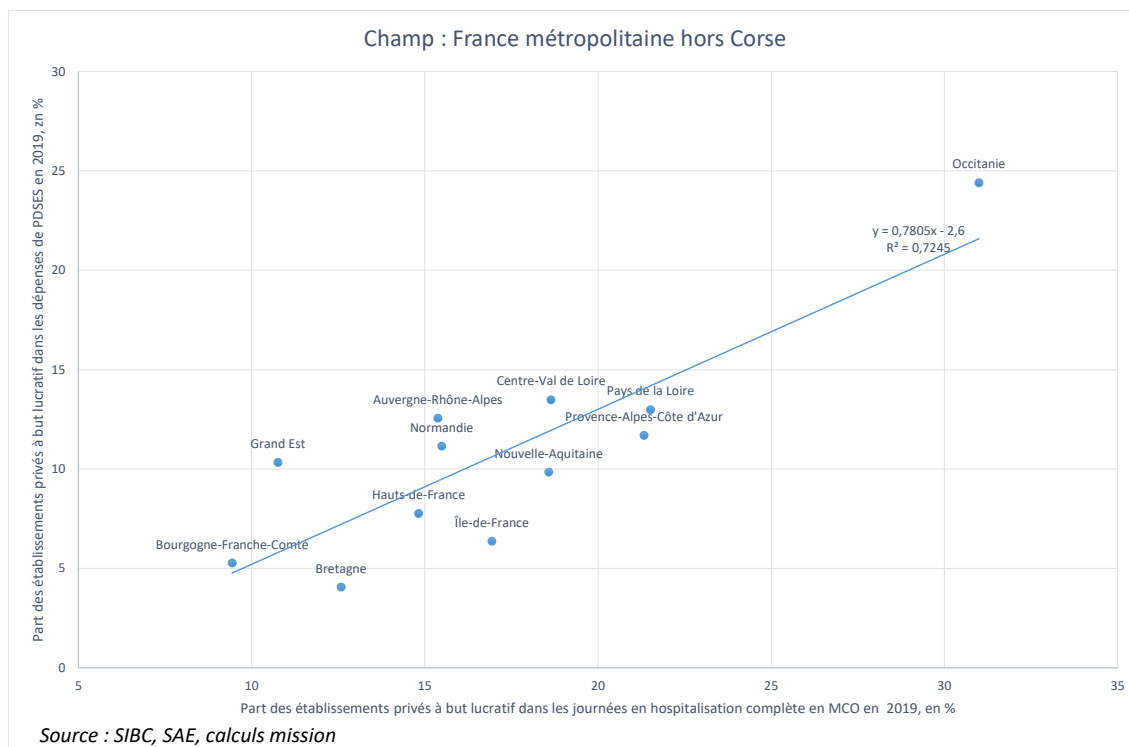
Graphique 11 : Part des cliniques privées dans les dépenses de PDES en 2019, au regard de leur part dans les capacités d'accueil hospitalier, par régions métropolitaines hors Corse



Graphique 12 : Part des cliniques privées dans les dépenses de PDES en 2019, au regard de leur part dans l'activité hospitalière, par régions



Graphique 13 : Part des cliniques privées dans les dépenses de PDSSES en 2019, au regard de leur part dans l'activité hospitalière, par régions métropolitaines hors Corse



ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE PRÉPARÉ PAR LA MISSION POUR SES ENTRETIENS AVEC LES ARS

Les questions, présentées de façon analytique, que la mission souhaiterait aborder dans le cadre d'un échange « souple »

I – Les principes généraux et le pilotage national du sujet PDSES vu depuis l'ARS

Appréciation portée sur :

- les éléments de « cadrage » fixés par le niveau national au moment de l'élaboration des PRS 1 puis du PRS 2 pour élaborer le schéma régional
- les éventuels points de « doctrine » ou de méthode qui mériteraient d'être clarifiés au niveau national ou partagés et harmonisés entre ARS
- le suivi du sujet dans le cadre du pilotage du FIR ou du CPOM Etat/ARS

II – L'élaboration du schéma régional de la PDSES

- le contexte régional en termes d'offre de soins et de démographie médicale
- la méthode d'élaboration du schéma :
 - établissement d'un diagnostic de départ ?
 - si oui, selon quelle méthode ?
 - quels indicateurs pour approcher la pertinence des lignes par rapport aux besoins des populations et à la diversité des territoires ?
 - les modalités de concertation mises en œuvre
 - les date de démarrage des travaux/date d'adoption du schéma

Merci de bien vouloir nous communiquer les documents préparatoires au schéma

- les principaux points de consensus et dissensus
- le contenu du schéma :
 - les objectifs et principes directeurs du nouveau schéma

- son découpage territorial (territoire de référence : départemental, infra-départemental, GHT ?)
 - les critères pour retenir les lignes par spécialités, par territoires et par modalités (gardes/astreintes)
- les critères et modalités de répartition des lignes entre les établissements de santé
 - des appels à candidatures ont-ils été lancés pour cause de carence ?
 - si oui, dans quelles spécialités ?
 - les points d'évolution par rapport au schéma précédent (périmètre des spécialités prises en compte, modalités d'organisation (1/2 garde /1/2 astreinte, lignes de WE,...), fermetures de lignes, reconnaissance de nouvelles lignes, ...)
 - les équilibres atteints ; les points de tension qui demeurent (spécialités, territoires, établissements) ; les éventuels contentieux ; les ajustements éventuels depuis l'adoption du schéma

Merci de nous communiquer le schéma régional de la PDSES en vigueur

- le suivi du schéma :
 - outils et indicateurs disponibles et retenus ?
 - un 1^{er} suivi a été fait ou en cours

Merci le cas échéant de nous communiquer les documents correspondants

III - La mise en œuvre de la PDSES, en lien avec l'organisation territoriale des soins

- les spécialités et filières de soins :
 - celles à plus fort enjeu pour la PDSES,
 - celles qui fonctionnent le mieux,
 - celles qui demeurent problématiques
- les interactions entre PDSES et l'organisation graduée des soins dans un contexte de ressource médicale rare
 - la difficulté à assurer le fonctionnement de certaines lignes peut-elle remettre en cause la pérennité de certaines activités dans des ES ? Si oui, lesquelles ?
 - certaines lignes de PDSES sont-elles maintenues comme un levier d'attractivité pour des ES en difficultés de recrutement ?
- les articulations avec la régulation médicale et les services d'urgences :
 - ce qui fonctionne bien,
 - ce qui est perfectible
- les articulations éventuelles entre la PDSA/les soins non programmés et la PDSES

- le recours à la télé expertise dans l'organisation de certaines filières/activités (neuro avc, imagerie,...)
- le fonctionnement des transports sanitaires, terrestre ou hélicoptés, pour faciliter l'organisation graduée de la PDSSES et les transferts
- le rôle des GHT dans l'organisation et le fonctionnement de la PDSSES :
 - l'organisation de la PDS au niveau des GHT et l'adoption de schémas territoriaux de la PDS ?
 - les éventuelles coopérations inter-établissements mises en œuvre ou en projets pour faciliter et consolider la PDS, le soutien apporté par les CHU,...
- l'implication des établissements privés et des praticiens libéraux dans le fonctionnement de la PDS :
 - les secteurs les plus concernés
 - les difficultés rencontrées
 - les bonnes pratiques en termes de mutualisation de ressources ou de partage de la charge de PDS
 - les leviers susceptibles d'être utilisés ou à développer

IV – La dimension RH de la PDSSES

- L'ARS a-t-elle mis en œuvre des actions pour renforcer l'attractivité médicale dans certaines spécialités et soutenir les ES les plus en difficulté ?
 - Si oui lesquelles ?
- Les établissements ont-ils recours à l'intérim pour assurer le fonctionnement de lignes de gardes ?
 - Si oui, pouvez-vous préciser dans quelles spécialités en particulier et dans quelles proportions ?
- Pénibilité de la participation à la PDS
 - Comment objectiver la fréquence et l'intensité des gardes et astreintes ?
 - Quelles limites à un exercice « soutenable » des gardes et des astreintes (fréquence, taille critique des professionnels mobilisés...) ?
 - Si oui quels moyens mettre en œuvre pour les respecter ?
- Rémunération des gardes et astreintes :
 - le cadre réglementaire actuel semble-t-il adapté
 - concernant les gardes ?
 - concernant les astreintes ?
 - si non, quelles évolutions pourraient être apportées ?

V – Financement de la PDESES

- Aviez-vous un objectif de maîtrise ou réduction des dépenses de PDESES ? une hausse serait-elle nécessaire ou un point d'équilibre a-t-il été atteint ?

- Les éléments de cadrage financier du nouveau schéma :
 - niveaux de financement par types de lignes
 - Garde,
 - ½ garde
 - Astreinte
 - Astreinte en nuit profonde
 - Astreinte de WE
 - Prise en compte du HU en CHU ?
 - Si oui, niveau du financement
 - Prise en compte de lignes de gardes d'internes ?
 - Si oui, niveau du financement

- La distinction entre PDESES et continuité des soins leur semble-t-elle lisible et opératoire ?

VI – Recommandations pour améliorer la PDES

- Avez-vous des propositions à formuler concernant un ou plusieurs des aspects relatifs à l'organisation, au fonctionnement ou à la reconnaissance de la PDS ES abordés dans ce questionnaire (Eléments de doctrine nationaux, organisation, leviers juridiques et financiers,...) ?

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRES PRÉPARÉS PAR LA MISSION POUR SES ENTRETIENS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (CHU, CH, ESPIC, CLINIQUES PRIVÉES)

1 Questionnaire pour les CHU

I - Principes généraux et cadrage national

- **Appréciation portée sur les principes généraux et les éléments de cadrage national de la PDSSES tels qu'ils ont été communiqués à l'occasion de l'élaboration des PRS 1 et 2.**
(cf. distinction permanence/continuité, délimitation du périmètre des activités concernées, marges de manœuvre régionales dans la déclinaison opérationnelle,...)
 - Ces principes et éléments de cadrage vous ont-ils notamment parus clairs, suffisamment ou trop précis, opérationnels ?

II - Modalités de mise en œuvre et d'évaluation du schéma cible régional de la PDSSES

- **Appréciation portée sur les modalités d'élaboration et de déploiement du schéma cible dans la région XXX**
(cf. choix des spécialités/activités éligibles, approche par filières de soins, état des lieux de démarrage, organisation de la concertation, appels à projets, modalités de financement retenues, suivi et évaluation du schéma cible, spécialités présentant les problématiques de fonctionnement les plus aigües,...)
- **Fonctionnement général de la PDSSES dans la région**
(cf. gestion de la proximité, de la sécurité et de la stabilité des dispositifs de PDSSES par grandes filières, articulation avec les services d'urgences, collaborations inter établissements, gestion des transports sanitaires urgents, organisations innovantes/vertueuses, points de fragilités,...)

III - Déclinaison du schéma cible au niveau de l'établissement et du GHT en lien avec la déclinaison de la gradation des soins au sein de la région

- **Combien de lignes de gardes et d'astreintes assurées par le CHU sont retenues dans le schéma cible régional de la PDSSES (annexe 1) ?**

- Est-il possible d'objectiver la **part respective des voies d'entrée des patients pris en charge en période de PDSES** (passage par les urgences, hospitalisations directes sur orientation du SAMU, transferts inter établissements...)?
- **Un schéma territorial de la PDSES a-t-il été mis en œuvre au sein du GHT ?**
 - Si oui selon quelles modalités et avec quels bénéfiques ?
 - Si non, pourquoi ?
- **Une COPS de territoire a-t-elle été créée au sein du GHT ?**
 - Si oui selon quelles modalités fonctionne-t-elle et avec quels bénéfiques ?
- Bien que ces spécialités ne fassent pas formellement partie de celles inscrites dans la PDSES, **des organisations médicales coordonnées ont-elles été mises en place à l'échelle du territoire pour la prise en charge de patients en période de PDS en psychiatrie, en gériatrie ?**
 - Si oui les présenter succinctement
- **Existence de lignes de PDS mutualisées avec d'autres établissements (publics ou privés) du territoire ou de la région ?**
 - Si oui, précisez dans quelles spécialités, avec quelles structures et selon quelles modalités
- **Existence de filières/activités incluant de la télé expertise dans l'organisation de la PDSES** (cf. neuro vasculaire, imagerie, neuro chirurgie, chirurgie vasculaire par exemple) ?
 - Si oui les préciser et indiquer les bénéfiques et les limites de ce type d'organisation en termes de sécurité des soins et des gestions des compétences/ressources médicales
- **L'organisation et le fonctionnement des transports sanitaires vous paraissent ils adaptés aux spécificités du territoire et aux besoins en matière de transferts dans certaines filières ? Permettent-ils à l'établissement de tenir sa place dans le fonctionnement de la PDS au sein du territoire/de la région (proximité/référence/recours) ?**
 - Si non, préciser les axes d'amélioration possibles

IV – Plan de gardes et d'astreintes de l'établissement

(Questions à analyser en lien avec les informations demandées en annexes 2-1., 2-2., 2-3.)

- **Nombre de médecins réalisant des gardes rapporté au nombre total de praticiens de l'établissement** (hors praticiens attachés)
- Nombre de médecins réalisant des **astreintes** rapporté au nombre total de praticiens de l'établissement (hors praticiens attachés)
- **Nombre de praticiens ayant assuré en 2019** (toutes spécialités prises en compte) :
 - de **1 à 5 gardes**

- de **6 à 15 gardes**
 - de **16 à 25 gardes**
 - de **26 à 40 gardes**
 - **plus de 40 gardes**
-
- Même question pour les **astreintes**

 - **Quelle est la proportion respective des gardes et des astreintes assurées par des praticiens hospitaliers et universitaires, permanents et temporaires, au sein de l'établissement ?**

 - **Au-delà de leur dimension formative, les gardes d'internes vous paraissent-elles constituer ou non une composante essentielle de la permanence et de la continuité des soins au niveau de l'établissement ?**

 - **L'établissement dispose-t-il de données permettant d'objectiver l'activité réalisée en période de PDS par des praticiens de gardes ou d'astreinte ?** Des enquêtes flash sont-elles déjà été faites, notamment à la demande de l'ARS ?

 - **L'établissement dispose-t-il d'indicateurs particuliers pour apprécier la lourdeur relative de certaines lignes de gardes ou d'astreintes** (récurrence pour les praticiens, intensité de l'activité)?
 - Si oui, les présenter et de quelle manière sont-ils utilisés ?
 - Si non, quels pourraient-ils être ?

 - **Le plan de gardes et d'astreintes de l'établissement fait-il l'objet d'un suivi et d'évaluations régulières ?**
 - Si oui selon quelles modalités et avec quelles conséquences (suppression/création/transformation de lignes) ?
 - Quel rôle la COPS tient-elle dans ce suivi ? (3 derniers rapports annuels d'activité de la COPS en annexe 3)

Question spécifique au personnel non médical mobilisé pour assurer le fonctionnement de la PDS

- **Quelles professions sont mobilisées pour assurer le fonctionnement de la PDS dans l'établissement** (cf. fonctionnement des plateaux techniques notamment (hors régulation médicale, équipes de SMUR et SAU) (Annexe 4) ?
 - L'établissement rencontre-t-il des difficultés pour assurer la présence de suffisamment de professionnels en période de PDS ?
 - Précisez les conditions de rémunération de ces professionnels en période de PDS

V – Reconnaissance de l'implication individuelle et impact RH

- La mission souhaiterait pouvoir disposer de la **réponse de l'établissement à l'enquête Rémunération des praticiens hospitaliers réalisée par le CNG en 2017** (Annexe 5)

- **En l'absence le cas échéant de schéma territorial de la PDS, quelles modalités de rémunération des astreintes** (base astreintes de sécurité ou opérationnelles) **et du TTA** (de jour ou de nuit) l'établissement a-t-il retenues ?
- **L'établissement a-t-il fait le choix de forfaitiser la rémunération des astreintes ?**
 - Si oui précisez les modalités retenues selon les spécialités concernées
 - Si non pour quelle raison ?
 - Le cas échéant, une évaluation annuelle des astreintes forfaitisées est-elle réalisée par la COPS ?
- **L'établissement a-t-il fait le choix du décompte du temps de travail médical continu pour certaines spécialités ?**
 - Si oui, préciser lesquelles
- **L'établissement a-t-il recours à des ressources externes pour assurer la continuité de fonctionnement de ses lignes de gardes ?**
 - Si oui, dans quelles spécialités, dans quelles proportions et selon quelles modalités ?
 - Partage de temps médical entre établissements du territoire/de la région ?
 - Recours à de l'intérim médical ?
 - Sous-traitance de prestation à un tiers (exemple : en imagerie) ?
- **Des praticiens de l'établissements contribuent ils à assurer le fonctionnement des lignes de gardes dans d'autres établissements du territoire/de la région ?**
 - Si oui, dans quelles spécialités, dans quelles proportions et selon quelles modalités ?
- **Des modalités d'organisation particulières des lignes de PDS ont-elles été prises pour optimiser la mobilisation de la ressource médicale et limiter la pénibilité ?**

Par exemple si l'activité le permet, l'articulation d'une ½ garde et d'une ½ astreinte (1^{ère} partie de nuit / nuit profonde) constitue-t-elle ou non, et pour quelles raisons, une solution pertinente ?
- **Des dispositions sont-elles prises pour limiter la participation à la charge de gardes et d'astreintes de certains praticiens** (par exemple les femmes enceintes, les praticiens âgés de plus de 60 ans) ?
 - Si oui ces dispositions sont-elles formalisées et font elle l'objet d'une communication et d'un suivi particuliers ?
- **L'établissement at-t-il pris des dispositions destinées à améliorer les conditions d'accueil des praticiens et des internes pendant les gardes** (hébergement, restauration...) **ou pour faciliter les astreintes** (transport, équipement informatique) ?
 - Si oui, précisez
- **L'obligation de participer à la PDSES vous paraît-il avoir un impact direct sur le choix et la fidélisation d'une carrière à l'hôpital public dans certaines spécialités** (attractivité financière, pénibilité des sujétions) ?
 - o Si oui indiquez les spécialités les plus concernées et si possible les moyens d'objectiver cet effet

VI - Contribution ouverte

- **Avez-vous des propositions à formuler concernant un ou plusieurs des aspects relatifs à l'organisation, au fonctionnement ou à la reconnaissance de la PDS ES abordés dans ce questionnaire ?**

ANNEXES

Annexe 1 : Déclinaison du schéma cible régional de la PDSSES au niveau de l'établissement

- Répartition par spécialités/activités des lignes
 - de gardes
 - d'astreintes
 - de gardes d'internes (le cas échéant)

inscrites au Schéma cible régional et financées par le FIR

Annexes 2 : Plan de gardes et d'astreintes de l'établissement

Annexe 2-1. Répartition par spécialités/activités des lignes

- de gardes
- d'astreintes

figurant au plan de de gardes et d'astreintes de l'établissements (séniors)

Annexe 2-2. Répartition par spécialités/activités du nombre de lignes

- de gardes d'internes

Annexe 2-3. Focus spécialités :

- Pour les spécialités suivantes :
 - Anesthésie réanimation
 - Médecine intensive de la réanimation
 - Radiologie Imagerie
 - Gynécologie obstétrique
 - Cardiologie
 - Chirurgie viscérale et digestive
 - Chirurgie orthopédique et traumatologique
 - Urologie

Indiquez :

- Le nombre de praticiens en exercice dans l'établissement en personnes physiques et en ETP (1 HU = ½ ETP hospitalier)
- Le nombre de lignes de gardes d'astreintes de médecins séniors et d'internes
- Le nombre de praticiens participant aux gardes et aux astreintes
- La répartition du nombre de praticiens ayant effectué au cours du dernier trimestre 2019 :
 - 0 garde
 - de 1 à 3 gardes
 - de 4 à 6 gardes
 - de 7 à 9 gardes
 - de 10 à 12 gardes
 - Plus de 12 gardes

Même question pour les astreintes

Annexe 3 : Rapports annuels d'activité de la COPS

- Les 3 derniers rapports disponibles

Annexe 4 : Professions paramédicales mobilisées pour assurer le fonctionnement de la PDSSES

- Pour chaque profession concernée, nombre moyen de professionnels présents chaque nuit, dimanche ou jour férié

Annexe 5 : Réponse de l'établissement à l'enquête Rémunération des praticiens hospitaliers réalisée par le CNG en 2017

Annexe 6 : Financement de la PDSSES

Annexe 6-1. Financements obtenus en 2013, 2016 et 2019, pour les lignes

- o de gardes
- o d'astreintes de praticiens séniors
- o de gardes d'internes (le cas échéant)

figurant au Schéma cible régional (au titre du FIR)

Annexe 6-2. Dépenses engagées par l'établissement en 2013, 2016 et 2019 au titre des lignes

- o de gardes de praticiens séniors
- o d'astreintes de praticiens séniors
- o de gardes d'internes

2 Questionnaire pour les CH

I - Principes généraux et cadrage national

- **Appréciation portée sur les principes généraux et les éléments de cadrage national de la PDSSES tels qu'ils ont été communiqués à l'occasion de l'élaboration des PRS 1 et 2.**
(cf. distinction permanence/continuité, délimitation du périmètre des activités concernées, marges de manœuvre régionales dans la déclinaison opérationnelle,...)
 - Ces principes et éléments de cadrage vous ont-ils notamment parus clairs, suffisamment ou trop précis, opérationnels ?

II - Modalités de mise en œuvre et d'évaluation du schéma cible régional de la PDSSES

- **Appréciation portée sur les modalités d'élaboration et de déploiement du schéma cible dans la région XXX**
(cf. choix des spécialités/activités éligibles, état des lieux de démarrage, organisation de la concertation, appels à projets, modalités de financement retenues, suivi et évaluation du schéma cible, spécialités présentant les problématiques de fonctionnement les plus aigües,...)

III - Déclinaison du schéma cible au niveau de l'établissement et du GHT en lien avec la déclinaison de la gradation des soins au sein de la région

- **Combien de lignes de gardes et d'astreintes assurées par le CH** sont retenues dans le schéma cible régional de la PDSSES (annexe 1) ?
- **Un schéma territorial de la PDSSES a-t-il été mise en œuvre au sein du GHT ?**
 - Si oui selon quelles modalités et avec quels bénéfices ?
- **Une COPS de territoire a-t-elle été créée au sein du GHT ?**
 - Si oui selon quelles modalités fonctionne-t-elle et avec quels bénéfices ?
- Bien que ces spécialités ne fassent pas formellement partie de celles inscrites dans la PDSSES, **des organisations médicales coordonnées ont-elles été mises en place à l'échelle du territoire pour la prise en charge de patients en période de PDS en psychiatrie, en gériatrie ?**
- **Existence de lignes de PDS mutualisées avec d'autres établissements (publics ou privés) du territoire ?**
 - Si oui, dans quelles spécialités, avec quelles structures et selon quelles modalités ?
- **Existence au sein du GHT de filières/activités incluant de la télé expertise dans l'organisation de la PDSSES** (cf. neuro vasculaire, imagerie, neuro chirurgie, chirurgie vasculaire par ex) ?

- **En l'absence le cas échéant de schéma territorial de la PDS, quelles modalités de rémunération des astreintes** (base astreintes de sécurité ou opérationnelles) **et du TTA** (de jour ou de nuit) l'établissement a-t-il retenues ?
- **L'établissement a-t-il fait le choix de forfaitiser la rémunération des astreintes ?**
 - Si oui précisez les modalités retenues selon les spécialités concernées
 - Si non pour quelle raison ?
 - Le cas échéant, une évaluation des astreintes forfaitisées est-elle réalisée par la COPS ?
- **L'établissement a-t-il fait le choix du décompte du temps de travail médical continu pour certaines spécialités ?**
 - Si oui, préciser lesquelles
- **L'établissement a-t-il recours à des ressources externes pour assurer la continuité de fonctionnement de ses lignes de gardes ?**
 - Si oui, dans quelles spécialités, dans quelles proportions et selon quelles modalités ?
 - Partage de temps médical entre établissements du territoire/de la région ?
 - Recours à de l'intérim médical ?
 - Sous-traitance de prestation à un tiers (exemple : en imagerie) ?
- **Des praticiens de l'établissements contribuent ils à assurer le fonctionnement des lignes de gardes dans d'autres établissements du territoire/de la région ?**
 - Si oui, dans quelles spécialités, dans quelles proportions et selon quelles modalités ?
- **Des modalités d'organisation particulières des lignes de PDS ont-elles été prises pour optimiser la mobilisation de la ressource médicale et limiter la pénibilité ?**

Par exemple l'articulation d'une ½ garde et d'une ½ astreinte (1^{ère} partie de nuit / nuit profonde) constitue-t-elle ou non, et pour quelles raisons, une solution pertinente ?
- **Des dispositions sont-elles prises pour limiter la participation à la charge de gardes et d'astreintes de certains praticiens** (par exemple les femmes enceintes, les praticiens âgés de plus de 60 ans) ?
 - Si oui ces dispositions sont-elles formalisées et font elle l'objet et d'un suivi?
- **L'établissement a-t-il pris des dispositions destinées à améliorer les conditions d'accueil des praticiens et des internes pendant les gardes** (hébergement, restauration...) **ou pour faciliter les astreintes** (transport, équipement informatique) ?
 - Si oui, précisez
- **L'obligation de participer à la PDES vous paraît-il avoir un impact direct sur le choix et la fidélisation d'une carrière à l'hôpital public dans certaines spécialités** (attractivité financière, pénibilité des sujétions, spécialités les plus concernées) ?

VI – Contribution ouverte

- Avez-vous des propositions à formuler concernant un ou plusieurs des aspects relatifs à l'organisation, au fonctionnement ou à la reconnaissance de la PDS ES abordés dans ce questionnaire ?

ANNEXES

Annexe 1 : Déclinaison du schéma cible régional de la PDS ES au niveau de l'établissement

- Répartition par spécialités/activités des lignes
 - de gardes
 - d'astreintes
 - de gardes d'internes (le cas échéant)

inscrites au Schéma cible régional et financées par le FIR

Annexes 2 : Plan de gardes et d'astreintes de l'établissement

Annexe 2-1. Répartition par spécialités/activités des lignes

- de gardes (sénior et internes)
- d'astreintes (sénior)

figurant au plan de de gardes et d'astreintes de l'établissements

Annexe 2-2. Focus spécialités :

- Pour les spécialités suivantes :
 - Anesthésie réanimation
 - Médecine intensive de la réanimation
 - Radiologie Imagerie
 - Gynécologie obstétrique
 - Cardiologie
 - Chirurgie viscérale et digestive
 - Chirurgie orthopédique et traumatologique
 - Urologie

Indiquez :

- Le nombre de praticiens en exercice dans l'établissement en personnes physiques et en ETP (1 HU = ½ ETP hospitalier)
- Le nombre de lignes de gardes d'astreintes de médecins sénior et d'internes
- Le nombre de praticiens participant aux gardes et aux astreintes
- La répartition du nombre de praticiens ayant effectué au cours du dernier trimestre 2019 :
 - 0 garde
 - de 1 à 3 gardes
 - de 4 à 6 gardes
 - de 7 à 9 gardes

- de 10 à 12 gardes
- Plus de 12 gardes

Même question pour les astreintes

Annexe 3 : Réponse de l'établissement à l'enquête Rémunération des praticiens hospitaliers réalisée par le CNG en 2017

Annexe 4 : Financement de la PDSSES

Annexe 4-1. Financements obtenus en 2013, 2016 et 2019, pour les lignes

- de gardes
- d'astreintes de praticiens séniors
- de gardes d'internes (le cas échéant)

figurant au Schéma cible régional (au titre du FIR)

Annexe 4-2. Dépenses engagées par l'établissement en 2013, 2016 et 2019 au titre des lignes

- de gardes de praticiens séniors
- d'astreintes de praticiens séniors
- de gardes d'internes

3 Questionnaire pour les ESPIC

I-Présentation synthétique de l'établissement

(Activités et plateau technique, volume d'activité et points forts en termes de parts de patientèle, effectifs médicaux...)

II - Perception du schéma cible régional de la PDES et contribution des différents acteurs

- **Appréciation portée sur les principes généraux de la PDES et sur les modalités d'élaboration et de déploiement du schéma cible régional**
 - Méthode générale d'élaboration du schéma
 - Opérationnalité et pertinence du dispositif global et des principes d'organisation retenus pour répondre au contexte territorial et aux besoins de la population (choix des filières et activités, gradation et complémentarité et lignes retenues, ...)
 - Perception des filières et activités fonctionnant le mieux, celles le plus en difficultés
 - Lisibilité et pertinence des modalités de financement retenues, des critères de répartition des lignes entre établissements
 - Association des différents acteurs et modalités de concertation

- **Place de l'établissement dans le dispositif régional :**
 - Evolution dans le temps de sa place dans le dispositif régional
 - Intérêt et difficultés (organisationnelles, de financement, de ressources médicales ...) pour votre établissement, ainsi que ses praticiens, de participer à la PDES
 - d'une manière générale et/ou dans certaines spécialités en particulier

III -Déclinaison du schéma cible de la PDES au niveau de l'établissement et fonctionnement du dispositif global de gardes et astreintes

La place de l'établissement dans le schéma régional

- **Déclinaison du schéma cible régional de la PDES au niveau de l'établissement**
 - ⇒ Répartition par spécialités/activités des lignes
 - de gardes
 - d'astreintes

Inscrites au schéma cible régional et financées par le FIR

(Communication de la convention ARS/établissement/médecins libéraux)

- **Financements obtenus en 2013, 2016 et 2019, pour les lignes (si possible)**
 - de gardes
 - d'astreintes

Inscrites au schéma cible régional et financées par le FIR

- Recours à de l'intérim médical ?
- Sous-traitance de prestation à un tiers (exemple : en imagerie) ?

- **Des praticiens de l'établissements contribuent ils à assurer le fonctionnement des lignes de gardes dans d'autres établissements du territoire/de la région ?**
 - Si oui, dans quelles spécialités, dans quelles proportions et selon quelles modalités ?

IV - Le modèle économique de la PDSES

- **Les conditions de rémunérations des astreintes et des gardes**
 - La rémunération des gardes et astreintes est-elle calée sur les forfaits retenus dans le FIR ou adaptées selon les spécialités ou les praticiens concernés ?
 - La PDSES et ses conditions d'indemnisation sont-elles un élément de la négociation du contrat de travail ?

- **La PDSES représente-t-elle une part significative des rémunérations des praticiens ?**
 - Si oui dans quelle proportion et dans certaines spécialités en particulier ?

V- Contribution ouverte

- **Avez-vous des remarques ou propositions à formuler concernant un ou plusieurs des aspects relatifs à l'organisation, au fonctionnement, aux contraintes ou à la reconnaissance de la PDS ES ?**

4 Questionnaire pour les cliniques privées

I-Présentation synthétique de l'établissement

(Activités et plateau technique, volume d'activité et points forts en termes de parts de patientèle, effectifs médicaux...)

II - Perception du schéma cible régional de la PDES et contribution des différents acteurs

- **Appréciation portée sur les principes généraux de la PDES et sur les modalités d'élaboration et de déploiement du schéma cible régional**
 - Méthode générale d'élaboration du schéma
 - Opérationnalité et pertinence du dispositif global et des principes d'organisation retenus pour répondre au contexte territorial et aux besoins de la population (choix des filières et activités, gradation et complémentarité et lignes retenues, ...)
 - Perception des filières et activités fonctionnant le mieux, celles le plus en difficultés
 - Lisibilité et pertinence des modalités de financement retenues, des critères de répartition des lignes entre établissements
 - Association des différents acteurs et modalités de concertation

- **Place de l'établissement dans le dispositif régional :**
 - Evolution dans le temps de leur place dans le dispositif régional
 - Intérêt et difficultés (organisationnelles, de financement, de ressources médicales ...) pour votre établissement, ainsi que ses praticiens libéraux, de participer à la PDES
 - d'une manière générale et/ou dans certaines spécialités en particulier

III -Déclinaison du schéma cible de la PDES au niveau de l'établissement et fonctionnement du dispositif global de gardes et astreintes

La place de l'établissement dans le schéma régional

- **Déclinaison du schéma cible régional de la PDES au niveau de l'établissement**
 - ⇒ Répartition par spécialités/activités des lignes
 - de gardes
 - d'astreintes

Inscrites au schéma cible régional et financées par le FIR

(communication de la convention ARS/établissement/médecins)

- **Financements obtenus en 2013, 2016 et 2019, pour les lignes (si possible)**
 - de gardes
 - d'astreintes

Inscrites au schéma cible régional et financées par le FIR

- Existence de lignes de gardes et astreintes demandées par l'établissement et non retenues au schéma ? si oui, lesquelles ?
- **L'établissement a-t-il des indicateurs d'activité de ses lignes de PDSSES ?**
 - si oui lesquels ?
- **Existence de lignes de PDS mutualisées avec d'autres établissements (publics ou privés) du territoire ?**
 - Si oui, dans quelles spécialités, avec quelles structures et selon quelles modalités ?
- **Existence avec des établissements partenaires de filières/activités incluant de la télé expertise dans l'organisation de la PDSSES (cf. neuro vasculaire, imagerie, neuro chirurgie, chirurgie vasculaire par ex) ?**

Fonctionnement de la PDSSES à l'échelle territoriale et régionale :

- L'organisation et le fonctionnement globale de la PDSSES vous paraissent ils satisfaisants (rôle de la régulation médicale, collaboration avec les SAU et services spécialisés de référence, gestion des parcours patients, fonctionnement des transports sanitaires, ...) ?
 - Avez-vous le cas échéant des suggestions à formuler pour les améliorer ?

L'organisation et le fonctionnement internes

- **Nombre de praticiens ayant assuré en 2019** (toutes spécialités prises en compte) :
 - de 1 à 5 gardes de 6 à 15 gardes de 16 à 25 gardes
 - de 26 à 40 gardes plus de 40 gardes
- Même question pour les **astreintes**
- **Mode d'organisation de la continuité des soins**
 - existe-t-il un plan de gardes et astreintes répartissant la charge entre tous les praticiens concernés ou chaque médecin est-il responsable de ses propres patients ?
- **L'établissement dispose-t-il d'indicateurs particuliers pour apprécier la lourdeur relative de certaines lignes de gardes ou d'astreintes** (réurrence pour les praticiens, intensité de l'activité)?
- **L'établissement a-t-il recours à des ressources externes pour assurer la continuité de fonctionnement de ses lignes de gardes ?**
 - Si oui, dans quelles spécialités, dans quelles proportions et selon quelles modalités ?
 - Partage de temps médical entre établissements du territoire/de la région ?
 - Recours à de l'intérim médical ?
 - Sous-traitance de prestation à un tiers (exemple : en imagerie) ?

Le modèle économique de la PDSES :

- **La PDSES représente-t-elle une part significative des rémunérations des praticiens ?**
 - Si oui dans quelle proportion et dans certaines spécialités en particulier ?

- **Existe-t-il des astreintes de PNM (manipulateurs radio, assistants opératoires ...) pour assurer des interventions en période de PDS ?**
 - Si oui, qui de l'établissement ou des praticiens supporte la charge de leur coût ?

VI – Contribution ouverte

- **Avez-vous des remarques ou propositions à formuler concernant un ou plusieurs des aspects relatifs à l'organisation, au fonctionnement, aux contraintes ou à la reconnaissance de la PDS ES ?**