



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

Tome 1 : Rapport d'étape

Mathias ALBERTONE

Geneviève GUEYDAN

Antoine MAGNIER

Françoise ZANTMAN

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

2020-024R
Mars 2021

SYNTHÈSE

Par lettre du 31 janvier 2020, la ministre des solidarités et de la santé a saisi l'IGAS d'une mission sur l'évaluation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES). Mathias ALBERTONE, Geneviève GUEYDAN, Antoine MAGNIER et Françoise ZANTMAN ont été désignés pour réaliser la mission.

Depuis l'adoption de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« loi HPST »), la PDSSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de « nouveaux patients » dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements de santé, « en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (...), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés ». Partie prenante de l'organisation des soins urgents, la PDSSES se distingue à la fois de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et de l'organisation des services d'accueil des urgences (SAU), en permettant la réalisation de soins spécialisés en aval de ceux-ci et/ou dans le cadre d'une régulation par le SAMU. Elle se traduit par des gardes et des astreintes pour les médecins concernés.

Les travaux de la mission ont été fortement perturbés par la crise sanitaire : après avoir été engagés fin février, ils ont été suspendus mi-mars ; après avoir repris fin août, ils ont été de nouveau suspendus début novembre en raison de l'indisponibilité des interlocuteurs. La mission n'a pu organiser de déplacements que dans deux régions présentant une certaine proximité (Centre-Val de Loire et Pays de la Loire) et elle a dû transformer en audioconférences un déplacement prévu en Bretagne. Elle n'a pas pu non plus rencontrer tous les acteurs nationaux concernés (notamment les ordres et sociétés savantes, et les principaux syndicats de praticiens médicaux). Toutefois, elle a eu de nombreux contacts et a rassemblé un ensemble de données et de matériaux diversifiés.

Par ailleurs si la commande initiale s'inscrivait dans le prolongement du plan « Investir pour l'hôpital », la reprise des travaux de la mission à fin août est intervenue après la première phase de la crise sanitaire et les négociations du Ségur de la Santé dont les conclusions n'ont pas traité de la reconnaissance des gardes et astreintes.

Ce rapport d'étape a pour objectif de capitaliser les premiers enseignements, même partiels, tirés des travaux entrepris, eu égard à l'importance des enjeux attachés à la PDSSES, et à faciliter une éventuelle reprise des travaux. Compte tenu du caractère incomplet des travaux, certains éléments de constat doivent être considérés comme provisoires et les « recommandations » avancées doivent être lues comme des pistes qu'il conviendrait d'approfondir et d'affiner ultérieurement avec les interlocuteurs concernés.

L'analyse de la mission fait en particulier ressortir que, si le dispositif de PDSSES semble globalement assurer son rôle d'accès aux soins spécialisés urgents pour les situations médicales les plus lourdes, il est soumis à de très fortes tensions qui le fragilisent et qui risquent de s'amplifier dans les prochaines années. Ces tensions tiennent principalement aux problèmes de démographie médicale du secteur public, en première ligne dans l'exercice de la PDSSES, ces problèmes étant amplifiés par une faible intégration de l'offre hospitalière publique au sein des GHT et par des coopérations réduites entre acteurs publics et privés.

Ce risque de fragilisation d'une dimension majeure des soins urgents, accentué pour certaines activités et certains territoires, appelle des mesures multidimensionnelles, complémentaires aux mesures de revalorisation générale des carrières dans l'hôpital public prises dans le cadre du Ségur

de la santé. Par ailleurs la grande hétérogénéité des doctrines régionales pointée par les acteurs publics et privés comme un facteur d'inéquité territoriale, ainsi que l'ancienneté des instructions nationales édictées sur la PDES, justifieraient la conduite d'un travail d'harmonisation et d'actualisation.

Au-delà, les principaux constats établis par la mission sont les suivants.

Les pouvoirs publics ont posé les fondements d'une PDES, distincte de la continuité des soins, dans le cadre de la loi HPST. Plusieurs principes fondateurs ont été posés qui n'ont pas été substantiellement modifiés depuis 2009 : la permanence des soins constitue une « mission de service public » pouvant être confiée à l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés ; son financement repose sur des crédits dédiés (mission d'intérêt général puis fonds d'intervention régional (FIR) depuis 2012) ; les directeurs généraux des ARS sont responsables de son pilotage, et de son organisation territoriale dans le cadre des « projets régionaux de santé » (PRS). Des objectifs ambitieux de rationalisation et d'économies ont en outre été posés dans le cadre des premiers PRS. Si ces derniers ont été en partie atteints, force est de constater que le rééquilibrage entre acteurs publics et privés est resté limité, la PDES restant largement assimilée au secteur public.

En termes financiers, les dépenses comptabilisées au titre de la PDES se sont établies à 692,0 M€ en 2019, soit près de 19% du total des dépenses du FIR¹. L'analyse de la mission fait ressortir des efforts de rationalisation très importants dans le cadre de la mise en œuvre de la loi HPST et des premiers SRS, efforts qui se sont fortement réduits ces dernières années. Le montant des dépenses de PDES apparaît en outre très variable selon les régions, reflétant un degré de priorisation différencié au sein du FIR et des efforts d'économie d'intensité inégale sur la période récente.

620,1 M€ ont été alloués en 2019 aux établissements publics, largement dominants dans la mise en œuvre de la PDES, et au secteur privé à but non lucratif « ex-DG » (soit 89,6% du total). 71,9 M€ l'ont été aux médecins libéraux mettant en œuvre la PDES dans les établissements privés à but lucratif « ex-OQN » (10,4%). L'analyse de la mission révèle que la participation des ESPIC et des cliniques privées demeure inférieure à leur poids dans l'offre de soins et très variable selon les régions, et qu'un petit nombre de médecins libéraux y participent au sein de ces dernières (près de 6 650 en 2019). La structure différenciée de l'offre de soins de ces établissements (moins de lits de médecine et d'hospitalisation complète, moins de SAU) ne saurait expliquer à elle seule cette moindre participation.

S'agissant de la place de la PDES dans l'organisation territoriale des soins, les points suivants ressortent. La PDES constitue un sujet sensible au niveau régional du fait des enjeux budgétaires et de « reconnaissance » des établissements attributaires des lignes dans l'offre de soins de leur territoire. Le volet dédié à la PDES dans le schéma régional de santé (SRS)² et le schéma régional de PDES qui le décline sont à ce titre souvent longuement voire âprement négociés ; le suivi de la mise en œuvre apparaît par contre plus lâche, au moins au titre des schémas de 1^{ère} génération.

Si les SRS affichent des objectifs structurants en termes de gradation, de mutualisation des lignes de PDES et de rééquilibrage de l'implication des différents acteurs, le bilan des schémas régionaux de PDES de 1^{ère} génération semble témoigner de difficultés dans l'application effective de ces principes. Une assez grande stabilité semble prévaloir entre les volets des SRS de 1^{ère} et 2^{nde} générations dans l'organisation des lignes, dans nombre de régions.

¹ Elles représentent ainsi 0,7% de la consommation nationale de soins hospitaliers en 2019 et un montant annuel moyen de dépenses par habitant de 10,3 €.

² Les schémas régionaux de santé (SRS) constituent d'une des dimensions des projets régionaux de santé (PRS).

On note une grande hétérogénéité des doctrines régionales en termes de financement des lignes (montants retenus pour la valorisation des lignes³, prise en compte des surcoûts liés aux praticiens hospitaliers universitaires, modalités de déclinaison des lignes...), dans la densité du maillage en lignes et, dans une moindre mesure, dans les activités médicales faisant l'objet d'une reconnaissance de lignes de PDES. A ce titre l'élaboration des schémas régionaux du PRS 2 dans les grandes régions redéfinies en 2016 a conduit à des efforts difficiles d'harmonisation en particulier dans les règles de financement.

Si les schémas régionaux couvrent un grand nombre d'activités et de spécialités médicales, la PDES pèse d'un poids très inégal sur ces dernières. Une exploitation des « annexes statistiques » 2018 aux bilans annuels du FIR remplies par les ARS fait apparaître un nombre de 1 850 lignes de gardes et 3 330 lignes d'astreintes reconnues par les ARS pour l'ensemble des régions ayant fourni de telles données⁴. Si 5 activités, réglementées, concentrent 70 % des lignes de gardes⁵, les astreintes concernent une grande diversité d'activités⁶, notamment chirurgicales, de façon moins concentrée. Des activités font l'objet de doctrines divergentes selon les ARS quant à leur reconnaissance (en particulier la médecine interne ou polyvalente, la gériatrie en aval des SAU). Selon les ARS aussi, les activités réglementées sont systématiquement, ou pas, reconnues au titre de la PDES, en fonction des niveaux d'activité observés sur un territoire.

Les schémas sont construits dans une logique de gradation des soins en 2 ou 3 niveaux (proximité/référence/recours), selon des découpages territoriaux variés d'une région à l'autre (en référence souvent aux territoires des GHT mais pas toujours) et avec un nombre de lignes qui peut être inégal pour des régions de même taille démographique. Dans la perspective des prochains SRS, un travail inter-ARS serait intéressant à conduire sur les méthodes visant à objectiver les critères d'attribution des lignes⁷, pour gérer le risque attaché à l'accès aux soins en période de PDES, en prenant en compte les objectifs de rapidité d'accès aux soins, d'accès à des soins spécialisés adaptés et d'efficience en termes de ressources médicales mobilisées et de lignes financées.

Les ARS rencontrées n'ont pas adressé d'alerte globale à la mission sur la capacité du dispositif de PDES à assurer son rôle d'accès aux soins urgents pour les situations les plus graves, en particulier grâce à la solidité du niveau de recours et à la connaissance fine de la part des SAMU de l'offre de soins de leur territoire. Mais la faiblesse des dispositifs de *monitoring* ne permet pas nécessairement d'avoir une idée précise des dysfonctionnements, en particulier du fait d'un faible signalement des événements indésirables graves associés aux soins dans certaines régions.

La PDES reflète et amplifie, les difficultés structurelles de l'offre de soins constatées sur les territoires. Les difficultés liées au manque de lits disponibles en MCO sont soulignées (30 % des dysfonctionnements répertoriés par l'observatoire des fonctionnements non conformes mis en place par l'ARS d'Ile de France), ainsi que la grande fragilité des lignes de proximité voire de référence,

³ Le niveau de valorisation des astreintes varie entre 60 000 € et 84 000 € dans les régions pour lesquelles la mission a pu obtenir ces données.

⁴ Ces chiffres n'intègrent pas les données relatives aux régions Centre-Val de Loire et Occitanie qui étaient manquantes, ni celles relative aux Pays de la Loire pour des questions de cohérence. Ces chiffres peuvent être par ailleurs affectés par des erreurs de *reporting* d'autres ARS.

⁵ Anesthésie adulte (22 %), réanimation adulte (18 %), gynéco-obstétrique (12 %), pédiatrie (8 %) cardiologie (10 %).

⁶ Anesthésie adulte et chirurgie viscérale (9 % chacune), chirurgie orthopédique et la pédiatrie (7,5 % chacune), radiologie (6,5 %), gynécologie-obstétrique (5,5 %), médecine générale, gériatrie, (4,5 %), gastroentérologie et biologie médicale (4 %), cardiologie interventionnelle (3,5 %).

⁷ Certaines ARS, notamment celle d'Auvergne-Rhône-Alpes, ont conduit des travaux mobilisant données d'activité par spécialité, taux de couverture en lignes par territoire, distance des établissements de santé par rapport à l'établissement de référence, niveau d'activités des SAU, transports sanitaires ...

dans certains territoires, induites par les problèmes de démographie médicale (d'où le recours à l'intérim).

Trois activités sont particulièrement sous tension : l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie et plus encore l'imagerie, en situation critique. Cette activité est confrontée à un décalage marqué entre une très forte croissance d'activité en PDSSES alimentée par les urgences, ainsi parfois que par du débord de l'activité de jour, et la faiblesse des ressources médicales mobilisables, du fait d'une démographie médicale très déficitaire dans les hôpitaux publics⁸ et d'une faible mobilisation des radiologues libéraux, pourtant nombreux. Cela se traduit par un développement très important, pour ne pas dire massif, de la télé-imagerie privée « extraterritoriale » pour assurer la PDSSES dans les centres hospitaliers (CH) de proximité et même de taille moyenne et voire dans certains CHU, ce qui induit une dépendance problématique des établissements concernés dans l'exercice d'une activité majeure dans l'organisation des soins urgents.

La mission recommande l'engagement urgent du niveau national, pour conduire une concertation globale sur les difficultés de l'imagerie et mener des travaux de nature à faciliter l'exercice de la PDSSES dans les territoires. Trois points semblent prioritaires : l'examen du nombre d'internes à former, en particulier en radiologie interventionnelle ; un appui aux travaux engagés par plusieurs ARS pour monter des plateformes territoriales de télé-imagerie associant acteurs publics et privés ; les conditions juridiques d'une mobilisation plus forte des radiologues libéraux dans la PDSSES, à prendre en compte dans la réforme en cours des autorisations d'activités de soins.

La faible intégration médicale des groupements hospitaliers de territoire (GHT) pèse sur les difficultés de mise en œuvre de la PDSSES, les schémas territoriaux de PDSSES se révélant peu structurants, en miroir de la faiblesse des projets médicaux partagés. Cette situation favorise un émiettement des lignes et une mobilisation non optimisée de ressources médicales rares. La mission a toutefois observé des pratiques intéressantes au sein de certains GHT, avec notamment des lignes mutualisées reposant sur des équipes médicales partagées entre plusieurs établissements, ou un appui renforcé apporté par les équipes de permanence de l'établissement de référence aux SAU des CH de proximité. La réforme en cours de la médicalisation de la gouvernance des GHT qui vise notamment à faire de la GRH médicale une fonction mutualisée et à instaurer une sous-commission relative à la permanence des soins au sein de la commission médicale de groupement, devrait aider à faire progresser les pratiques

S'agissant de la place des établissements privés dans la PDSSES, elle fait l'objet de positions ambivalentes de tous les acteurs. L'hospitalisation publique déplore le manque d'appui des praticiens libéraux dans certaines spécialités, mais ne souhaite pas partager le financement des lignes. Les établissements privés estiment être traités de façon inéquitable mais leurs praticiens ont souvent choisi un exercice libéral notamment pour échapper au poids de la PDSSES, le code de déontologie prévoyant un devoir de participation à la permanence des soins (PDSA et PDSSES) mais sans obligation légale de participation. Les mutualisations de ligne entre établissements publics et privés sont rares et encore plus rares celles adossées à un projet médical partagé sur une activité.

Le rééquilibrage entre secteurs public et privé, nécessaire pour sécuriser la PDSSES dans certains territoires et réduire la pression sur l'hospitalisation publique, semble hypothétique sans évolutions du cadre juridique et financier. Il s'agirait d'abord de renforcer les leviers à disposition des ARS pour leur permettre de surmonter des blocages préjudiciables à un accès sécurisé aux soins. La mission a identifié les pistes suivantes dont elle ne sous-estime pas la sensibilité et qu'elle n'a pu approfondir

⁸ Le taux de vacance statutaire 2019 calculé par le CNG s'élève à 43,4% pour la radiologie, spécialité la plus affaiblie dans les établissements publics après l'ophtalmologie (taux de vacance 44,1%).

faute d'interlocuteurs disponibles, mais qui lui semblent toutefois devoir être expertisées par les services compétents :

- Dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins : introduire la possibilité de sanctions financières en cas de non-respect d'une obligation de participation à la PDSES posée par l'ARS à l'occasion de l'octroi ou du renouvellement d'une autorisation (en particulier dans le champ de l'imagerie), introduire la possibilité d'une permanence médicale mutualisée pour certaines spécialités pour faciliter l'instauration de lignes de PDSES partagées.
- Etendre le champ de l'article R611-42 du code de la santé publique (CSP) pour permettre au directeur général de l'ARS, dans les situations d'impérieuse nécessité, de désigner un établissement privé à but lucratif pour participer à la PDSES, à titre transitoire, lorsque les établissements relevant du service public hospitalier sont dans l'impossibilité d'exercer la mission, pour une spécialité et sur un territoire ciblé.

La contrepartie globale de ces leviers plus contraignants pourrait être la reconnaissance de davantage de lignes au sein d'établissements privés de santé dotés de SAU.

La mobilisation des ressources humaines médicales pour assurer le fonctionnement de la PDSES constitue l'autre dimension majeure du sujet. La PDSES, qui pèse très majoritairement sur le secteur hospitalier public, pâtit des fragilités des ressources médicales de ce dernier, tout en contribuant, pour une part, à les accentuer. Pour tous les praticiens, la PDSES est perçue de façon ambivalente : elle constitue un facteur objectif de pénibilité qui semble de plus en plus mal supporté, par les plus jeunes générations de praticiens mais aussi les plus âgées. Dans le même temps, elle peut être recherchée en tant que source de revenus complémentaires, particulièrement importante dans certaines spécialités. Cette dimension salariale, à défaut d'autres leviers facilement mobilisables, peut expliquer l'attribution de certaines lignes de PDSES moins pour des enjeux d'accès sécurisé aux soins, que pour des motifs de fidélisation de praticiens dans des CH en difficultés de recrutement.

La PDSES est particulièrement exigeante en termes de ressources médicales, du fait de son impact sur le temps de travail⁹ et le temps de récupération. Elle amplifie ainsi les difficultés de fonctionnement d'équipes parfois déjà contraintes par des problèmes structurels de recrutement, creusés par des écarts de rémunérations entre praticiens publics et privés massifs dans certaines spécialités (anesthésistes réanimateurs et radiologues notamment¹⁰). La faiblesse du nombre de praticiens pour faire fonctionner certaines lignes constitue un facteur majeur de pénibilité et de contre-attractivité de l'exercice public, ainsi que de recours à des solutions de fonctionnement dégradées (intérim ou télé-imagerie privée extraterritoriale).

Ces enjeux structurels dépassent le sujet de la PDSES mais constituent dans la durée des risques majeurs de fragilisation de cette dernière. Ils appellent donc des réponses complémentaires aux mesures générales de revalorisation adoptées lors du Ségur de la santé, en plus des efforts de rationalisation des organisations déjà évoqués :

- Une prise en compte plus exigeante dans l'attribution des lignes des PDSES, des ressources médicales réellement disponibles, pour veiller à la soutenabilité des gardes et astreintes pour

⁹ 2,3 ETP de praticien sont nécessaires pour faire fonctionner une ligne de garde sur une année entière.

¹⁰ Le revenu annuel des anesthésistes réanimateurs libéraux est supérieur de 128% à la rémunération nette de ceux exerçant en CH et de 147% de ceux exerçant en CHU ; pour les radiologues le différentiel est encore plus important, respectivement de 150 et de 200% (Sources : Note Études et Résultats n°1022 de la DREES, « Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014 », Rapport d'activité 2018 du CNG Tome 2 Études statistiques complémentaires, Quatrième partie « Bilan de l'enquête rémunérations des personnes médicales »).

les praticiens et favoriser une plus grande mutualisation des ressources et une moindre dispersion des lignes chaque fois que possible.

- La revalorisation financière des gardes et astreintes pour les praticiens publics qui resteront durablement en première ligne sur la PDSSES, cristallise des fortes attentes, exacerbées par le non aboutissement des négociations du Ségur de la Santé sur ce point. Le régime d'indemnisation des gardes et astreintes mériterait *a minima* d'être adapté pour tenir compte de façon plus fine de la réalité de la PDSSES (coefficient de majoration pour les gardes les plus lourdes, évolution du régime des astreintes dont l'intensité augmente dans certaines spécialités du fait notamment de la télé-expertise).
- L'élargissement des ressources disponibles pour faire fonctionner la permanence des soins via notamment la mise en place de modalités attractives de solidarité territoriale (prime d'exercice territoriale majorée), l'utilisation optimisée des potentialités offertes par la télé-expertise ainsi que, en cas de carence menaçant la PDSSES au sein d'un territoire, la participation des professionnels libéraux sur décision du directeur général de l'ARS.

La mission a fait enfin une série de recommandations méthodologiques en cas de reprise de travaux de l'IGAS sur la PDSSES.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Thème 1 : Pilotage national et modernisation du dispositif				
2	Développer l'animation nationale de la PDESES pour répondre à la demande des ARS de points de comparaison inter-régionaux et de clarification de points de doctrine sur les règles de financement et le champ de la PDESES ; produire avant le renouvellement des prochains PRS en 2022 une nouvelle instruction sur la PDESES prenant en compte les impacts de la réforme en cours des autorisations d'activité de soins.	1	DGOS/SGMAS	
3	Maintenir l'envoi par les ARS, au moins l'année suivant l'adoption des PRS, d'une annexe au rapport annuel du FIR présentant leurs lignes de PDESES et les principes d'organisation de leur schéma régional ; organiser l'exploitation de ces remontées pour en faire un retour aux ARS dans une visée comparative.	2	DGOS/SGMAS/ ARS	
4	Etudier la possibilité de revoir dans l'enquête SAE, le champ des données d'activité collectées au titre de l'activité MCO réalisée dans les plages horaires de PDESES, pour en améliorer la qualité, et leur intérêt pour le suivi de la PDESES.	3	DGOS/DREES	
6	Face à la situation critique de la PDESES en imagerie, conduire une concertation globale sur les difficultés de la spécialité, mener en lien avec les ARS des travaux nationaux visant à faciliter le montage de projets publics/privés de télé-imagerie territorialisée et prendre en compte les enjeux de sécurisation de la PDESES en imagerie dans les travaux relatifs à la réforme des autorisations,	1	DGOS	
15	Mobiliser l'ANAP pour élaborer un vade-mecum sur les solutions de télé-expertise mobilisables en appui de la PDESES (potentialités d'activités, bonnes pratiques, conditions réglementaires, techniques et financières).	3	DGOS/ANAP	
Thème 2 : Organisation et mise en œuvre territoriale				
1	Veiller à ce que les ARS rendent facilement accessible sur leur site Internet l'inventaire à jour des lignes de garde et d'astreinte assurées par les différents établissements de santé qui sont reconnues et financées au titre de la PDESES.	2	ARS	
5	Développer les dispositifs de repérage des dysfonctionnements en PDESES en lien avec les SAMU et les établissements ; s'appuyer sur un usage plus rigoureux du dispositif de signalement des événements indésirables graves associés aux soins et diffuser les bonnes pratiques comme le registre des refus et fonctionnements non conformes mis en place par l'ARS Ile de France.	2	ARS	
7	Faire de la réforme visant à la médicalisation de la gouvernance des GHT en cours d'élaboration (GRH médicale mutualisée, COPS de groupement), un levier pour une PDESES plus intégrée et optimisant les ressources médicales ; donner une assise réglementaire renforcée au schéma territorial de PDESES.	1	DGOS	

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
8	Etudier l'extension du champ de l'article R611-42 du code de la santé publique pour permettre au DG de l'ARS, en cas d'impérieuse nécessité, de désigner un établissement de santé privé lucratif pour participer à la PDSSES, à titre temporaire ; prévoir dans les contrats liant établissements et praticiens libéraux, une obligation de participer à la PDSSES en cas de mise en œuvre de l'article R611-42.	1	DGOS en lien avec la DAJ (SGMAS)	
9	Etudier dans le cadre de la réforme des autorisations des dispositions de nature à faciliter la mise en œuvre de la PDSSES dans les activités en tension (imagerie en priorité) ; expertiser l'introduction à l'article L.6122-7 du code de la santé publique de sanctions financières, mobilisables notamment en cas de non-respect d'une obligation de participation à la PDSSES liée à l'octroi d'une autorisation.	1	DGOS en lien avec la DAJ (SGMAS)	
10	Renforcer le fondement juridique de la mutualisation des lignes de PDSSES, en prévoyant dans le cadre de la réforme des autorisations la mutualisation possible de la permanence médicale pour certaines activités et en explicitant mieux cette possibilité dans les textes relatifs à la PDSSES pour couvrir l'ensemble des activités, autorisées et non autorisées.	1	DGOS en lien avec la DAJ (SGMAS)	
Thème 3 : Gestion des ressources médicales				
11	Reconnaître une priorité lors de l'examen des dossiers de changement de spécialité aux praticiens issus de spécialités fortement soumises aux contraintes de la PDSSES.	3	DGOS	
12	Expertiser l'introduction d'un nombre minimal de praticiens pour faire fonctionner les lignes de gardes et d'astreinte, avec la possibilité d'y déroger en cas de nécessité absolue sur autorisation expresse du directeur général de l'ARS après que l'ensemble des autres solutions (mutualisation de ressources, rationalisation de dispositif, recours à la télé-expertise) aient été étudiées.	2	DGOS en lien avec les ARS	
13	Prévoir l'examen systématique lors de l'élaboration des schémas territoriaux et régionaux de PDSSES de la disponibilité des ressources médicales nécessaires pour chaque ligne retenue au schéma.	1	ARS	
14	Renforcer les dispositifs existant (prime d'exercice territorial, et indemnités de sujétion) et/ou mettre à l'étude la création d'un nouveau dispositif incitatif à l'engagement des praticiens dans le fonctionnement de la PDSSES au sein de leur territoire.	2	DGOS	
16	Mettre à l'étude la création d'un coefficient de majoration de l'indemnité de sujétion de garde permettant de mieux reconnaître l'engagement des praticiens dans le fonctionnement des lignes les plus lourde (intensité ou, dans certaines situations, fréquence particulièrement élevée).	1	DGOS	
17	Ouvrir une concertation destinée à moderniser le régime des astreintes.	1	DGOS en lien avec les ARS	

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	9
RAPPORT.....	13
INTRODUCTION.....	13
1 LA PDSSES : UN DISPOSITIF REFONDU PAR LA LOI HPST AVEC DES OBJECTIFS DE RATIONALISATION AMBITIEUX, UNE ORGANISATION TERRITORIALE CONFIEE AUX ARS ET UN FINANCEMENT PAR LE FIR.....	14
1.1 UN CADRE JURIDIQUE ET FINANCIER REFONDU DANS LE CADRE DE LA LOI HPST, DANS UNE LOGIQUE DE TERRITORIALISATION ET DE RATIONALISATION DE LA PDSSES.....	15
1.1.1 Une réforme de la PDSSES dans le cadre de la loi HPST à la suite d'une forte augmentation du coût de sa mise en œuvre et la réduction du temps médical dans les années 2000.....	15
1.1.2 La création d'une mission d'intérêt général relative à permanence des soins hospitalière.....	16
1.1.3 Une « mission de service public » dont l'organisation territoriale a été confiée aux ARS dans un cadre unifié.....	17
1.1.4 Des objectifs ambitieux de rationalisation posés dans le cadre des premiers schémas régionaux d'organisation des soins (SROS-PRS).....	18
1.1.5 Des modifications plus limitées du dispositif dans le cadre des lois plus récentes.....	20
1.2 UNE ORGANISATION TERRITORIALE CONFIEE AUX ARS QUI S'INSCRIT DANS LE CADRE DES SCHEMAS REGIONAUX D'OFFRE DE SOINS DES PROJETS REGIONAUX DE SANTE (PRS).....	22
1.3 UN FINANCEMENT PAR LE FONDS D'INTERVENTION REGIONAL (FIR), DESTINE A FAVORISER L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE RATIONALISATION PORTEE PAR LA LOI HPST.....	23
1.4 DES CADRES D'INDEMNISATION ET DE GESTION DISTINCTS SELON LE STATUT DES ETABLISSEMENTS ET DES MEDECINS.....	27
1.4.1 L'organisation et l'indemnisation des gardes et des astreintes au titre de la permanence ou de la continuité des soins dans les établissements publics de santé.....	27
1.4.2 L'indemnisation des médecins libéraux mettant en œuvre la PDSSES, notamment dans les établissements de santé privés à but lucratif.....	30
1.5 UN PILOTAGE DECONCENTRE DANS LE CADRE D'UN SUIVI NATIONAL LIMITE.....	31
2 UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC MISE EN ŒUVRE PRINCIPALEMENT PAR L'HOPITAL PUBLIC, DES EFFORTS DE RATIONALISATION CONSEQUENTS ET VARIABLES SELON LES REGIONS DEPUIS LA LOI HPST.....	33
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.....	34
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.....	36
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.....	42
2.4 UN PETIT NOMBRE DE MEDECINS LIBERAUX ENGAGES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA PDSSES DANS LES CLINIQUES PRIVEES.....	45
3 LA PDSSES DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS : LE REFLET DE L'IMPLICATION ET DES FRAGILITES DE L'HOPITAL PUBLIC ET DES LIMITES ACTUELLES DES COOPERATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	48
3.1 LA PDSSES DANS LES SCHEMAS REGIONAUX : UNE PLACE GLOBALE IMPORTANTE DANS LE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE, MAIS CONTRASTEE SELON LES SPECIALITES ET LES TYPES D'ETABLISSEMENTS.....	48
3.1.1 Les limites des sources exploitables nationalement pour apprécier l'organisation de la PDSSES et l'activité réalisée.....	48
3.1.2 Les conditions d'élaboration et de suivi des schémas régionaux : beaucoup de négociations, moins de suivi.....	49
3.1.3 Le contenu des schémas : des principes stratégiques et une segmentation par spécialité largement convergents entre régions mais déclinés dans un maillage territorial inégalement dense et gradué.....	54

3.2	LA PLACE DE LA PDSSES DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS : DES ENJEUX DE GRADATION, DE SECURITE DES SOINS ET D'EFFICIENCE	64
3.2.1	<i>Une organisation et un fonctionnement de la PDSSES qui reflètent les forces et faiblesses de l'offre de soins dans les territoires</i>	64
3.2.2	<i>Une organisation de la PDSSES au sein des GHT peu mutualisée, qui reflète le faible niveau d'intégration des projets médicaux et des configurations de GHT très hétérogènes</i>	68
3.3	LIMITES ET LEVIERS D'UNE REPARTITION PLUS EQUILIBREE DE LA CHARGE DE LA PDSSES ENTRE LES DIFFERENTS ACTEURS	70
3.3.1	<i>Une faible place des établissements de santé privés dans la PDSSES qui reflète des intérêts contradictoires et de coopérations public/privé limitées</i>	70
3.3.2	<i>Des pistes pour mieux équilibrer la contribution des différents acteurs peu consensuelles et à approfondir .</i>	72
4	LA PDSSES PATIT DES FRAGILITES DES RESSOURCES MEDICALES, PUBLIQUES EN PARTICULIER, QU'ELLE CONTRIBUE A AMPLIFIER.....	75
4.1	LA PDSSES, UNE REALITE AVEC LAQUELLE LES ACTEURS HOSPITALIERS ENTRETIENNENT DES RAPPORTS AMBIVALENTS.....	76
4.1.1	<i>La PDSSES au cœur de nombreux enjeux, de rémunération et d'attractivité notamment, qui la dépassent et pèsent sur la sollicitation des ressources médicales</i>	76
4.1.2	<i>Des difficultés amplifiées dans le secteur public du fait des écarts de rémunération et de marges de manœuvre limitées en matière de politique de salariale.....</i>	77
4.2	LA PDSSES DEPENDANTE ET EXIGEANTE EN MATIERE DE RESSOURCES MEDICALES	82
4.2.1	<i>Une mobilisation de temps médical qui pèse fortement sur les équipes hospitalières.....</i>	82
4.2.2	<i>Des obligations inégalement réparties entre les praticiens hospitaliers publics et libéraux qui constituent un facteur supplémentaire de fragilisation des ressources médicales publiques</i>	87
4.2.3	<i>De nouvelles approches à développer pour une utilisation plus soutenable du temps médical</i>	91
4.3	LA RECONNAISSANCE FINANCIERE DE LA PDSSES NECESSITE D'ETRE ADAPTEE AUX REALITES ACTUELLES DE SON FONCTIONNEMENT	95
4.3.1	<i>Le régime de rémunération des gardes et astreintes doit mieux tenir compte des réalités du fonctionnement de la PDSSES.....</i>	95
4.3.2	<i>Le financement des établissements à adapter en conséquence des modifications apportées au régime de rémunération des gardes et astreintes.....</i>	97
5	ELEMENTS DE CONCLUSION PROVISoire SUR LES AXES DE TRAVAIL ET ELEMENTS DE METHODE PRECONISES DANS L'HYPOTHESE D'UNE REPRISE DE LA MISSION.....	98
5.1	LES FRAGILITES DE LA PDSSES QUI RISQUENT DE S'AMPLIFIER DANS LES PROCHAINES ANNEES, APPELLENT DES CHOIX STRATEGIQUES POUR MIEUX RECONNAITRE ET REPARTIR LA CHARGE	98
5.2	LES PRECONISATIONS METHODOLOGIQUES POUR UNE REPRISE DES TRAVAUX	99
	LETRE DE MISSION	103
	LISTE DES ANNEXES	105
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	107
	SIGLES UTILISES	117

RAPPORT

Introduction

Par lettre de mission en date du 31 janvier 2020, la ministre des solidarités et de la santé a saisi l'IGAS d'une mission sur l'évaluation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) dans le prolongement du plan « Investir pour l'hôpital », avec un fort accent mis sur l'objectif d'une participation plus équilibrée à la PDSES, des acteurs publics et privés. Mathias ALBERTONE, Geneviève GUEYDAN, Antoine MAGNIER et Françoise ZANTMAN ont été désignés pour réaliser la mission.

Les travaux de la mission ont été fortement perturbés par la crise sanitaire : après avoir été engagés fin février, ils ont été suspendus mi-mars ; ils ont repris fin août mais ont été de nouveau suspendus début novembre en raison de l'indisponibilité des interlocuteurs.

La reprise des travaux s'est faite dans un contexte renouvelé par le Ségur de la Santé, dans le cadre duquel le sujet de la permanence des soins a été abordé mais sans figurer dans les conclusions de la concertation, des mesures générales de revalorisation des personnels médicaux ayant été privilégiées. Il a par ailleurs été demandé à la mission un travail sans a priori s'agissant d'un rééquilibrage public/privé et orienté sur un état des lieux des différentes organisations territoriales et des contributions des acteurs au dispositif, la mise en lumière des bonnes pratiques et des recommandations en vue d'améliorer le cas échéant le cadrage national du dispositif.

La crise sanitaire a pesé sur l'organisation des travaux avant même leur seconde suspension : la mission n'a pu organiser de déplacements que dans deux régions présentant une certaine proximité (Centre-Val de Loire et Pays de la Loire) et a transformé en audioconférences un déplacement prévu en Bretagne. La crise a pesé sur la disponibilité des interlocuteurs nationaux et la mission n'a pas pu rencontrer tous les acteurs concernés (notamment les ordres et sociétés savantes, et les principaux syndicats de praticiens médicaux). Toutefois, elle a eu de nombreux contacts (Cf. en annexe la liste des personnes rencontrées) et a rassemblé des matériaux diversifiés : des données relatives au financement du dispositif par le FIR (mises à disposition par le SGMAS et la CNAMTS) et des données du CNG (notamment sur les rémunérations), ainsi que des éléments et documents recueillis lors des échanges avec les ARS et établissements de santé en région.

Ces premiers travaux ont confirmé l'importance du sujet au niveau territorial et son poids dans le fonctionnement des établissements publics de santé. Les tensions sur le dispositif de PDSES repérées par la mission et qui risquent de s'amplifier du fait de la démographie médicale, ainsi que les attentes exprimées par les ARS et les professionnels de santé rencontrés ont conduit à la production du présent rapport d'étape qui devrait être complété quand les circonstances seront plus favorables. Ce dernier a pour objectif de capitaliser les premiers enseignements, même partiels, tirés des travaux entrepris et à faciliter leur reprise éventuelle, une reprise dont la mission est d'avis qu'elle se justifierait pleinement eu égard à l'importance des enjeux qui lui sont attachés.

Ce rapport d'étape présente successivement :

- L'historique de la PDSES depuis la fin des années 2000 et son cadre actuel d'organisation territoriale, de financement et d'indemnisation des médecins qui la mettent en œuvre (partie 1) ;

- Les principaux enseignements que la mission tire de ses travaux de consolidation et d'analyse des principales données exhaustives disponibles sur le financement du dispositif (partie 2).
- Les principaux constats, enseignements et pistes de recommandations sur l'organisation et la mise en œuvre de la PDSES dans l'offre territoriale de soins que la mission tire à ce stade de ses entretiens et des documents collectés (partie 3).
- L'état actuel des analyses de la mission sur les effets de la PDSES sur la gestion des ressources médicales, notamment au sein de l'hôpital public, et les principales initiatives qui lui paraîtraient devoir être envisagées et approfondies dans ce champ (partie 4).
- Les principaux axes de travail et les éléments de méthode que la mission propose de privilégier dans l'hypothèse d'une reprise éventuelle de la mission ou du lancement à l'avenir d'une autre mission sur ce sujet (partie 5).

Avertissement : Le présent document constitue un rapport d'étape, la crise sanitaire ayant conduit à suspendre la mission. A ce titre, compte tenu du caractère incomplet des travaux, certains éléments de constat doivent être considérés comme provisoires et les « recommandations » avancées doivent être considérées pour plusieurs d'entre elles comme des pistes de recommandation, qu'il conviendrait d'approfondir et d'affiner ultérieurement avec les interlocuteurs concernés, pour certains indisponibles au moment de la mission.

1 La PDSES : un dispositif refondu par la loi HPST avec des objectifs de rationalisation ambitieux, une organisation territoriale confiée aux ARS et un financement par le FIR

Depuis l'adoption de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« loi HPST ») et en particulier deux circulaires de la DGOS de février et août 2011¹¹, la PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de « nouveaux patients » dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements de santé, « 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 »¹²¹³.

Partie prenante de l'organisation des soins urgents, la PDSES se distingue à la fois de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) - qui a pour objet de répondre à des besoins de soins non programmés relevant de la médecine de ville, aux horaires de fermeture des cabinets médicaux, et qui est assurée par les médecins libéraux et des centres de santé - et de l'organisation des services d'accueil des urgences (SAU), en permettant la réalisation de soins spécialisés en aval de ceux-ci et/ou dans le

¹¹ Cf. la circulaire DGOS du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) et la circulaire DGOS du 1^{er} août 2011 assurant la diffusion aux directeurs généraux des ARS d'une version révisée de ce guide.

¹² Le guide méthodologique précité précise bien que 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 » ne peuvent pas relever de la PDSES, car celles-ci « font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes » ; il en va de même des « hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) » dans la mesure où la PDSES ne concerne que le seul champ MCO. Selon ce guide, la PDSES « englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN ».

¹³ La réglementation 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. Cf. la section 1.4.1.1 *infra*. En pratique, de nombreux établissements définissent la période de nuit, comme allant de 18h30 le soir jusqu'à 8h30 le lendemain matin.

cadre d'une régulation par le SAMU. Elle se traduit par des gardes et des astreintes pour les médecins concernés.

1.1 Un cadre juridique et financier refondu dans le cadre de la loi HPST, dans une logique de territorialisation et de rationalisation de la PDES

1.1.1 Une réforme de la PDES dans le cadre de la loi HPST à la suite d'une forte augmentation du coût de sa mise en œuvre et la réduction du temps médical dans les années 2000

Avant 2009, la PDES ne faisait pas l'objet d'une définition aussi précise, le cadre législatif et réglementaire et les instructions données aux directeurs des ARH et des établissements de santé ne distinguant pas les gardes et les astreintes principalement mises en œuvre pour l'accueil de « nouveaux patients » de celles principalement mises en œuvre au titre de l'obligation de « continuité de soins » à l'égard des patients déjà hospitalisés ou suivis dans les établissements de santé.

L'organisation et le mode de financement de la PDES étaient distincts selon le statut de l'établissement de santé :

- Pour les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, anciennement financés par dotation globale (établissements « ex-DG ») : l'organisation des gardes et astreintes était laissée, pour l'essentiel, à l'initiative de chaque établissement¹⁴¹⁵ et les dépenses afférentes étaient prises en compte dans les tarifs des hôpitaux mis progressivement en place à compter de 2004.
- Pour les autres établissements de santé privés anciennement sous objectif quantifié national (établissements « ex-OQN ») : la permanence des soins était encadrée et financée dans le cadre de contrats de pratiques professionnelles (CPP) conclus entre les caisses représentant l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en région et les professionnels de santé¹⁶. Dans le cadre de ces contrats, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) versaient des forfaits de gardes aux praticiens libéraux pour l'exercice de la permanence des soins (PDS) dans ces établissements, sur la base des tableaux mensuels de gardes et astreintes validés.

¹⁴ La permanence des soins hospitalières ne constituait pas un des champs devant être abordés spécifiquement dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 3^{ème} génération (l'arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les SROS avait retenu le sujet de « la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins », cette notion de permanence des soins pouvant être entendue prioritairement en référence à la PDSA). La circulaire de la DHOS du 5 mars 2004 relative à l'élaboration de ces SROS de 3^{ème} génération soulignait toutefois déjà la nécessité de développer les coopérations et mutualisations entre les établissements de santé, publics et privés et les professionnels libéraux, dans le cadre d'une approche territoriale, pour mieux assurer la permanence ces soins (dans le prolongement des dispositions de la circulaire DHOS du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences).

¹⁵ Une disposition d'un arrêté du 28 juin 2005 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 modifié 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, exigeait des directeurs des ARH qu'ils établissent un comité, composé de représentants institutionnels et représentants des praticiens hospitaliers, « chargé de la mise en place, du suivi et de la régulation du nouveau régime de permanence hospitalière des soins et de l'organisation territoriale de cette permanence », cette « permanence » étant entendue au sens de l'ensemble des gardes et des astreintes y compris celles mises en place au titre de la continuité des soins ; ce comité devait « constate(r) les efforts de réorganisation de la permanence des soins et la diminution des lignes d'astreinte » ; il semble néanmoins que cette disposition n'ait pas eu de portée significative dans les années qui ont suivi son adoption. Elle a été abandonnée en 2013.

¹⁶ Sur la base de modèles-type définis dans la convention organisant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux.

Alors que les dépenses de personnel médical dans les établissements publics de santé ont fortement augmenté au cours de la première moitié des années 2000, en particulier celles liées à la mise en œuvre des gardes et des astreintes, à la suite principalement des mesures prises dans le cadre de la réduction du temps de travail et en vue de se conformer à la législation européenne en matière de temps de travail¹⁷, les pouvoirs publics ont initié une démarche résolue de rationalisation de l'organisation territoriale de la PDSSES à partir de 2009, dans le cadre de l'adoption et de la mise en œuvre de la loi HPST, en cohérence avec les recommandations de différents rapports publics¹⁸.

1.1.2 La création d'une mission d'intérêt général relative à permanence des soins hospitalière

Dans la perspective de l'adoption et de la mise en œuvre de la loi HPST, le gouvernement a introduit de nouvelles modalités de financement pour la « permanence des soins hospitalière » (PDSH), en créant à compter du 1^{er} mars 2009 une mission d'intérêt général (MIG) dédiée à cette mission avec l'objectif de mieux rémunérer les établissements effectivement investis dans sa mise en œuvre¹⁹. La création de cette MIG PDSH, portant initialement sur le seul champ des établissements de santé publics et privés à but non lucratif (établissements « ex-DG »), visait à « initier une démarche de rationalisation des gardes et astreintes au regard des besoins de la population (accueil et prise en charge par spécialité de nouveaux patients la nuit, le week-end hors samedi matin et les jours fériés), en optimisant la ressource médicale ».

Les tarifs de ces établissements ont été « débasés » du montant du coût des lignes de gardes et astreintes médicales au titre de la PDSH, estimé par le gouvernement à 760 M€ en année pleine au niveau national, sur la base d'une étude conduite par le cabinet Deloitte en 2008²⁰ en concertation avec les fédérations hospitalières et certaines agences régionales d'hospitalisation (ARH) - avec une marge d'incertitude conséquente, du fait de la difficulté pratique de distinguer les lignes de garde et d'astreinte mises en œuvre au titre de la « permanence des soins » de celles principalement mises en œuvre au titre de la « continuité des soins »²¹. Parallèlement, les ARH (puis les ARS) se sont vues réallouer ces moyens - à due concurrence des pertes tarifaires dans chaque région, dans un premier temps, en 2009 et 2010 - sous la forme d'une dotation MIG, avec l'objectif de faire évoluer

¹⁷ Cf. l'intégration au 1^{er} janvier 2003 des gardes dans le temps de travail des praticiens hospitaliers en vue de se conformer aux dispositions de la directive européenne 93/104 du 23 novembre 1993 (modifiée par la directive 2000/34 du 22 juin 2000), après un arrêt de la Cour de Justice européenne en 2000.

¹⁸ Cf. le rapport de l'IGAS « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers », janvier 2009, qui relevait notamment que les coopérations et complémentarités entre établissements pour la permanence des soins n'avaient pas été assez développées ; le rapport public thématique de la Cour des Comptes « Les personnels des établissements publics de santé », mai 2006 (et l'analyse des suites données à ce rapport dans le rapport public annuel de la Cour de 2009) ; et les deux rapports plus anciens suivants : rapport de la « mission nationale d'évaluation de la RTT dans les établissements de santé » présidée par Angel PIQUEMAL, octobre 2002, et le rapport de l'IGAS « La gestion des praticiens hospitaliers », décembre 2012. Cf. aussi de manière ponctuelle le « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital » présidée par Gérard Larcher, août 2007, qui traite toutefois principalement de la PDSA (dans le prolongement du rapport de Jean-Yves Graal « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins », février 2007).

¹⁹ Cf. le décret du 13 mars 2009 modifiant les articles D. 162-6 à D. 162-8 du code de la sécurité sociale, et la circulaire DHOS du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.

²⁰ La mission a pu obtenir un document de présentation des résultats (intermédiaires ou finaux) de cette étude, sans toutefois pouvoir établir un lien direct entre ces résultats et le montant estimé retenu *in fine* par le gouvernement.

²¹ Selon des données transmises à la mission par les services du SGMAS et un tableau issu de la circulaire DGOS du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé, ce montant aurait été fixé à 761,9 M€ (dont 740,1 M€ pour les régions de la métropole et 21,7 M€ pour les DOM), hors la prise en compte d'un montant de 8,0 M€ transféré au titre de la PDSH au service de santé des armées) et d'une aide exceptionnelle dégressive allouée en 2008 et reconduite en 2009 et 2010, destinée à accompagner les établissements de santé privés à but non lucratif (« ex-DG ») dans leurs efforts de retour à l'équilibre financier. Pour 2009, le montant du transfert a été 733 M€ au titre des dix derniers mois de l'année (à compter de la création de la MIG PDSH au 1^{er} mars).

progressivement la répartition de ces enveloppes au profit des établissements assurant effectivement la PDSH.

Des marges de modulation (possibilité de réduire l'enveloppe MIG PDSH d'un établissement en deçà d'un certain taux maximal d'évolution d'une année sur l'autre, sauf dans certaines situations particulières), croissantes dans le temps, ont ainsi été données aux ARH (puis aux ARS) - de 10% en 2009 puis de 20% en 2010 et 50% en 2011 - pour favoriser la réorganisation de la PDSH tout en lissant dans le temps l'impact de cette recomposition sur les revenus des établissements²².

Par la suite, la MIG PDSH a été élargie au financement de la permanence des soins dans les établissements de santé privés à but lucratif « ex-OQN » à compter du 1^{er} janvier 2012 (devenant ainsi la « MIG PDSH »), avant que le financement de la PDSH ne soit finalement confié au nouveau fonds d'intervention régional (FIR) créé au 1^{er} mars 2012. Dans le même temps, le gouvernement a contraint les ARS à réaliser un effort important d'économie dans la mise en œuvre de la PDSH, à hauteur de 3,9% pour les seuls établissements de santé et publics et privés à but lucratif (« ex-DG ») en 2011 et d'un total de 7,2% sur l'ensemble des établissements de santé en 2012. Alors qu'il estimait le coût de la PDSH dans les établissements privés « ex-OQN » à 60 M€, le gouvernement a arrêté :

- Un volume de financement pour la PDSH des établissements de santé publics et privés « ex-DG » à 735,0 M€ pour 2011, contraignant les ARS à un effort d'économie de 30 M€ dès cette année-là sur ce champ²³.
- Puis un montant de financement pour l'ensemble des établissements de santé, y compris les établissements privés « ex-OQN », de 765,0 M€ pour 2012, portant l'effort d'économie exigé par rapport à la base historique à 60 M€ sur l'ensemble des dépenses de PDSH²⁴. Dans le prolongement des décisions prises pour 2011, cet effort était destiné à affecter fortement les établissements « ex-DG » eu égard à leur part essentielle dans la mise en œuvre de celle-ci²⁵.

1.1.3 Une « mission de service public » dont l'organisation territoriale a été confiée aux ARS dans un cadre unifié

Parallèlement, la loi HPST et ses décrets d'application²⁶ ont posé les bases du cadre actuel d'organisation territoriale de la PDSH :

²² Cf. les deux circulaires DGOS précitées et celles du 11 mars 2011 et du 16 mars 2012 relatives aux campagnes tarifaires pour 2011 et 2012.

²³ Ce montant a été fixé en référence à une enveloppe historique de référence de 765,0 M€, correspondant à la dotation MIG PDSH de 761,9 M€ allouée aux établissements « ex-DG » pour les années 2009 à 2010, complétée par un montant de 2,6 M€ destiné à accompagner le financement des services d'urgences spécialisés (ex-POSU) des établissements privés.

²⁴ Cf. les circulaires DGOS du 11 mars 2011 et du 16 mars 2012 relatives aux campagnes tarifaires des établissements de santé pour 2011 et 2012, ainsi que l'instruction DGOS du 16 décembre 2011 relative aux modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la PDSH. Le gouvernement avait envisagé initialement d'élargir le champ de la MIG aux établissements privés « ex-OQN » dès le 1^{er} juillet 2011, mais cet élargissement a été repoussé au 1^{er} janvier 2012.

²⁵ Alors que l'estimation du coût de la PDSH médicale dans les établissements privés « ex-OQN » semble s'être logiquement appuyée sur des données et des travaux de la CNAM, la mission a pris par ailleurs note du fait que, lors de la création de la MIG PDSH puis PDSH, le gouvernement avait souhaité évaluer le coût de la PDSH non médicale pour les établissements « ex-DG » et « ex-OQN », en confiant une étude à un prestataire externe : le cabinet Deloitte, mandaté à nouveau, n'a cependant pu achever cette étude, ce qui a conduit le gouvernement à envisager de confier une telle étude à l'IGAS en 2012, une perspective qui ne s'est cependant pas concrétisée par la suite. Cf. l'annexe 14 du rapport du gouvernement au parlement sur la convergence tarifaire pour l'année 2011.

²⁶ Notamment le décret du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé et celui du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé.

- En érigeant la permanence des soins en une des nouvelles « missions de service public » (MSP) susceptibles d'être confiées à l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés, sous certaines conditions, notamment celle de garantir des tarifs conventionnés du secteur 1 pour l'ensemble des prestations délivrées aux patients accueillis au titre de ces missions, y compris en cas de ré-hospitalisation ou de soins consécutifs à un tel accueil²⁷ ;
- En donnant compétence aux directeurs généraux des nouvelles agences régionales de santé (ARS) pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission de service public, en cohérence avec les besoins de la population et les objectifs retenus dans le cadre du « schéma régional d'organisation des soins » désormais intégré dans le « projet régional de santé » (PRS) et devant comporter :
 - Une partie relative à l'offre de soins hospitalière, opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds ;
 - Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux (contrairement aux SROS précédents de 3^{ème} génération).
- En faisant du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre les établissements, publics et privés, et l'ARS, le support précisant les obligations associées à l'exercice de cette mission de service public (comme pour les autres) et (le cas échéant) les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations²⁸,
- Et en abrogeant en cohérence la base légale qui organisait la participation et la rémunération des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements privés dans le cadre des CPP préexistants.

1.1.4 Des objectifs ambitieux de rationalisation posés dans le cadre des premiers schémas régionaux d'organisation des soins (SROS-PRS)

Le gouvernement a précisé en outre les objectifs attendus et les modalités de cette « remise à plat » de la PDES dans un « 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 2011²⁹.

²⁷ En remplacement du « service public hospitalier » préexistant, l'article 1^{er} de la loi HPST a notamment défini 14 missions de service public », dont la « permanence des soins », pouvant être confiées aux établissements de santé et à certaines autres entités, dont le service de santé des armées et les groupements de coopération sanitaires (GCS), dans des conditions fixées par décret :

- Sous réserve d'assurer à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions les 3 garanties suivantes :
 - L'égal accès à des soins de qualité ;
 - La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;
 - La prise en charge aux tarifs fixés par l'administration ou aux tarifs des honoraires du secteur 1 ;
- Et en précisant bien que la 1^{ère} et la 3^{ème} de ces garanties étaient applicables à l'ensemble des prestations délivrées aux patients admis au titre de l'urgence ou accueillis et pris en charge dans le cadre de l'une de ces missions de service public, « y compris en cas de ré-hospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge ».

²⁸ Les établissements de santé assurant cette mission de service public sur un territoire lors de l'adoption de la loi HPST pouvant toutefois bénéficier d'une « reconnaissance prioritaire » dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

²⁹ Cf. les circulaires du 24 février et du 1^{er} août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS). Les éléments relatifs à la PDES n'ont pas fait l'objet de modifications significatives entre les deux versions de ce guide.

Soulignant le fait que les SROS-PRS devaient être conçus en cohérence avec le resserrement continu de la contrainte financière envisagé à partir de 2011, ce guide méthodologique a identifié la PDSSES, comme l'un des « enjeux » ayant un caractère organisationnel pour l'ensemble de l'offre de soins », constituant un des « leviers incontournables pour améliorer » celle-ci. Selon ce guide, la réorganisation de la PDSSES 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 PDSSES dont le champ n'était pas - et n'est toujours pas aujourd'hui - précisé au niveau législatif ou réglementaire ;
- Préciser les principaux enjeux - en termes d'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité de la prise en charge et de l'efficacité - attachés à la réorganisation de la PDSSES, et les principales orientations retenues au niveau national ;
- Préciser la démarche d'élaboration du « schéma-cible » de la PDSSES que les ARS devaient suivre dans chaque région ;
- Préciser les conditions d'attribution de l'ensemble des « missions de service public », dont la PDSSES, aux établissements.

L'annexe 1 présente les principales dispositions de ce guide concernant la PDSSES.

Tout en leur donnant une très grande marge d'autonomie dans la fixation de leurs schémas-cible, ce guide a invité les directeurs généraux des ARS à distinguer trois types de lignes susceptibles d'être reconnues au titre de la PDSSES :

- Les lignes de gardes et d'astreintes mises en place en raison d'une obligation réglementaire de « permanence médicale » attachée à une autorisation d'activité de soins :
 - Pour les activités suivantes : 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.
 - Ces lignes doivent être naturellement considérées pour la PDSSES, sous réserve d'être principalement mises en œuvre pour l'accueil de nouveaux patients, sans toutefois conduire à une reconnaissance systématique au titre de la PDSSES, le directeur général de l'ARS ayant vocation à retenir des choix optimisant la qualité de service et la mobilisation des ressources médicales du territoire concerné.
- Les lignes de gardes et d'astreintes qui ne résultent pas de telles obligations réglementaires mais qui sont « potentiellement » concernées par la PDSSES, 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.
- Les lignes de gardes et d'astreintes correspondant aux spécialités médico-techniques (biologie, radiologie et imagerie médicale, pharmacie), dont certaines peuvent être le cas échéant reconnues et indemnisées au titre de la PDSSES, « selon les marges de manœuvre financières disponibles au niveau régional ».

Ce guide méthodologique a requis en outre des directeurs généraux des ARS qu'ils élaborent leurs schémas-cibles de PDES en s'appuyant sur :

- La réalisation d'un diagnostic des besoins et des ressources médicales disponibles, éclairé notamment par les résultats d'une enquête déclarative menée au printemps 2011 auprès de l'ensemble des établissements dans toutes les régions, en vue de disposer d'un état des lieux exhaustif des lignes de garde et d'astreinte et de disposer d'une estimation du volume d'activité réalisé pendant les périodes de PDES.
- Et un partage du diagnostic dans le cadre d'une concertation avec les professionnels de santé, les établissements concernés et les fédérations hospitalières de la région.

Enfin, alors que la loi HPST a abrogé la base juridique organisant la participation et la rémunération des praticiens libéraux à la PDSH à compter du 1^{er} avril 2010, le dispositif a été prorogé par une lettre conjointe adressée au directeur général de l'UNCAM par les ministres en charge de la santé et du budget, dans l'attente de la mise en œuvre du nouveau dispositif envisagé qui s'est concrétisée par le biais de deux arrêtés successifs du 16 janvier 2012 et 18 juin 2013 (*Cf.* la partie 1.4 *infra*).

La mission relève en particulier que :

- La PDES 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 PDES depuis (*Cf.* la partie 1.1.5 suivante).
- Ce guide a continué d'inspirer dans une large mesure la doctrine des administrations centrales principalement concernées par la PDES (DGOS et SGMAS) et l'élaboration par les ARS de la seconde génération des SROS-PRS pour la période 2018-2022 (*Cf.* la partie 3).

1.1.5 Des modifications plus limitées du dispositif dans le cadre des lois plus récentes

Bien qu'elle ait rétabli la notion de « service public hospitalier » (SPH), selon des modalités strictes³⁰, et supprimé concomitamment la notion de « mission de service public » introduite par la loi HPST, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (MNSS) n'a pas modifié très sensiblement le cadre d'organisation de la PDES.

- Tous les établissements de santé, publics ou privés, sont restés à même de participer à la PDES. Les établissements de santé privés, autres que ceux habilités à assurer le service public hospitalier « qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence » sont considérés comme « associés au service public hospitalier »³¹. Ce statut exige simplement d'eux qu'ils offrent à « tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins » les garanties énoncées au titre I de l'article L. 6112-2 du CSP, dont celles de l'absence de dépassement des tarifs conventionnels

³⁰ Pour être « habilités à assurer le service public hospitalier », les établissements de santé privés doivent offrir à toutes les personnes qu'elles accueillent (sur l'ensemble de leur activité) les garanties énoncées au titre I de l'article L. 6112-2 du CSP, dont en particulier le respect des tarifs conventionnels de secteur 1, et respecter les obligations énoncées aux titres II et III du même article.

³¹ *Cf.* l'article L. 6112-5 du CSP.

du secteur 1, une condition déjà imposée par la loi HPST pour la mise en œuvre des missions de service public, et en particulier de la PDES.

- Le décret du 1^{er} décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier a tiré les conséquences du rétablissement de la notion de service public hospitalier et de la suppression de la notion de « mission service public » en cohérence, pour l'essentiel, avec les dispositions réglementaires qui préexistaient pour la PDES et les principales dispositions du « guide méthodologique d'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins » de 2011.
- Ce décret a en particulier encadré l'organisation territoriale de la PDES au sein d'un volet spécifique du schéma régional de santé et précisé la procédure d'appel à candidatures.

Alors que la loi MNSS a créé les « groupements hospitaliers de territoires » (GHT), la mission note en particulier que son adoption et sa mise en œuvre n'ont pas porté d'exigence nouvelle très significative en matière d'organisation territoriale de la PDES :

- Le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT a précisé que « la permanence et la continuité des soins » devait constituer un des thèmes abordés dans le cadre des « principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémedecine » que doit couvrir, entre autre, le « projet médical partagé » (PMP) de chaque GHT.
- Par la suite, un décret du 2 mai 2017 relatif aux règles de fonctionnement des GHT³² a imposé aux GHT d'établir 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 PDES des SROS³³.
- Toutefois, aucune disposition réglementaire complémentaire ni aucune instruction ministérielle n'a été prise pour préciser les attendus de ce « schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins ». Et la mission a pu constater lors de ces déplacements³⁴ que le schéma territorial de permanence et de continuité des soins de certains GHT était constitué d'un simple empilement des schémas des établissements partie du groupement³⁵.

Entre temps, un arrêté du 4 novembre 2016³⁶ a introduit des modalités d'indemnisation plus favorables des gardes et des astreintes – réalisées indifféremment au titre de la permanence et de la continuité des soins³⁷ - pour les praticiens des établissements publics de santé qui sont partie d'un GHT ayant adopté un tel « schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins » (Cf. la

³² 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.

³³ Cf. ainsi l'article R6132-3 du CSP.

³⁴ Cf. l'instruction interministérielle DGOS du 4 mai 2017 relative à l'organisation des GHT. Cf. également le rapport de l'IGAS « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) », décembre 2019 ; et le chapitre consacré aux GHT dans le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale 2020, octobre 2020.

³⁵ Sans qu'un tel document de compilation n'existe nécessairement du reste.

³⁶ 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.

³⁷ Reposant notamment sur un cumul des indemnités de sujétion qui leurs sont dédiées et des indemnités de « temps de travail additionnel » que ces périodes de travail peuvent générer pour les praticiens hospitaliers.

partie 1.4.1 *infra*). Bien qu'encore présentes dans les textes, ces dispositions sont devenues caduques en pratique depuis l'entrée en vigueur du décret du 2 mai 2017 précité.

1.2 Une organisation territoriale confiée aux ARS qui s'inscrit dans le cadre des schémas régionaux d'offre de soins des projets régionaux de santé (PRS)

L'organisation territoriale actuelle de la PDESES est ainsi principalement régie par les articles L 611-1-3³⁸, L6111-1-4³⁹, et R 611-41 à 611-49 du code de la santé publique (CSP).

Selon ces dispositions réglementaires :

- Le directeur général de l'ARS doit arrêter, dans le cadre du schéma régional de santé (SRS), un volet dédié à l'organisation de la PDESES (article R. 6111-41) :
 - Ce volet doit évaluer, sur la base du diagnostic établi, les besoins de la population et fixer des objectifs, pour les zones géographiques définies dans le cadre du projet régional de santé (PRS), « en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation ».
 - Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.
 - Il est arrêté pour une durée de 5 ans, mais peut-être révisé chaque année « lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie », avec des exigences de concertation régionale allégées⁴⁰.
- Lorsque le directeur général de l'ARS « constate, après confrontation des besoins » que la PDESES n'est pas assurée dans les conditions prévues, il doit ouvrir une procédure d'appel à candidatures. Lorsqu'il « constate l'impérieuse nécessité de pourvoir sans délai » à cette mission, « il peut désigner, à titre temporaire, un ou plusieurs établissements de santé assurant » le SPH « afin de garantir la continuité du service public dans l'attente des résultats » de l'appel à candidature précité (R. 111-42).
- L'appel à candidature précité doit comprendre à minima les éléments suivants (R. 6111-43):
 - 1° La définition de la mission de permanence des soins ;
 - 2° Les obligations liées à l'exercice de cette mission ;
 - 3° Les besoins de la population définis par le SRS auxquels le candidat doit répondre ;
 - 4° La durée de mise en œuvre de la mission de PDESES ;
 - 5° Le cas échéant, les modalités de compensation financière ;
 - 6° Les critères de sélection ;

³⁸ Cet article dispose que « (l)es établissements de santé peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire. »

³⁹ Cet article dispose que « (t)out patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. »

⁴⁰ Dans ce cas, seul l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est requis, et celle-ci dispose de 2 mois au plus pour le rendre.

- 7° Les modalités de suivi de l'exercice de la mission de permanence des soins et les indicateurs correspondants, qui figureront dans le CPOM de l'établissement ou dans un contrat spécifique ;
 - 8° La date de clôture de l'appel ;
 - 9° Le délai d'instruction des dossiers, d'une durée maximale de quatre mois ;
 - 10° Les informations à fournir par le candidat.
- Le choix du ou des établissements de santé chargés de la mission de PDS est fondée sur la seule appréciation du directeur général de l'ARS (les réponses étant étudiées à l'aune des considérations précédemment énoncées). A l'issue de la procédure d'appel à candidatures, il désigne un ou plusieurs établissements de santé chargés d'assurer cette mission, après avis des fédérations représentant les établissements de santé (R. 6111-43 et 44).
 - En outre :
 - Les décisions de désignation des candidatures doivent être publiées au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et sur le site de l'ARS (R. 6111-46).
 - Le directeur général de l'ARS peut déclarer l'appel à candidatures infructueux. Dans ce cas, il peut désigner un ou plusieurs établissements de santé assurant le SPH, pour répondre aux besoins de permanence des soins restés non couverts (R. 6111-47).
 - Il doit tenir à jour « l'inventaire des missions de permanence des soins assurées par des établissements de santé », cette liste devant être publiée sur le site de l'ARS (R. 6111-48).

La mission a relevé qu'un certain nombre d'ARS ne publient pas sur leur site Internet un tel inventaire des lignes de garde et d'astreinte effectivement reconnues et financées au titre de la PDES par les établissements de santé, et ne satisfont donc pas à cette dernière exigence réglementaire.

Recommandation n°1 Veiller à ce que les ARS publient en permanence sur leur site Internet l'inventaire à jour des lignes de garde et d'astreinte assurées par les différents établissements de santé qui sont reconnues et financées au titre de la PDES.

1.3 Un financement par le fonds d'intervention régional (FIR), destiné à favoriser l'atteinte des objectifs de rationalisation portée par la loi HPST

Le financement de la PDES est assuré par le fonds d'intervention régional (FIR), depuis la création de celui-ci au 1^{er} mars 2012 par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012⁴¹⁴².

Dans le prolongement de la création de la MIG PDSH puis PDES, l'intégration du financement de la PDES au FIR, dans le cadre d'enveloppes très largement fongibles⁴³ confiées aux ARS, au service

⁴¹ Le FIR est principalement régi par les articles L. 1435-8 à L. 1435-11 et R. 1435-16 à R. 1435-36 du CSP.

⁴² Selon le ministère de la santé, le FIR a été créé « avec pour ambition de regrouper au sein d'une même enveloppe, globale et fongible asymétriquement, des crédits auparavant dispersés. Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, le FIR vise à redonner aux agences régionales de santé (ARS), par une plus grande souplesse de gestion, de nouvelles marges de manœuvre dans l'allocation des crédits et à leur offrir des leviers renforcés au service d'une stratégie régionale de santé transversale, déclinant les objectifs nationaux de santé et favorisant les innovations au sein des territoires. Le fonds doit permettre aux ARS d'optimiser les dépenses, l'objectif étant de passer d'une logique de moyens et de financements fléchés à une logique d'objectifs et de résultats ». Cf. les rapports d'activité du FIR au Parlement pour les années 2012 à 2019 ; Cf. également les circulaires ou instructions annuelles relatives aux modalités de mise en œuvre du FIR depuis 2012.

⁴³ Un principe de fongibilité asymétrique, mentionné à l'article L. 1435-9 du CSP, limite la capacité des ARS à redéployer librement les crédits au sein des différentes missions financées par le FIR dans deux cas seulement :

d'objectifs nationaux et régionaux de santé, visait à faciliter l'atteinte des objectifs ambitieux de rationalisation qui leur étaient fixées dans le cadre de la mise en œuvre de la loi HPST.

Le financement de la PDSSES par le FIR vise à couvrir l'indemnisation des médecins des établissements participant aux lignes de gardes et d'astreintes de PDSSES telles que reconnues par l'ARS⁴⁴, selon des modalités de rémunération et de gestion différenciées entre établissements publics et privés « ex-DG » et les établissements privés « ex-OQN ».

La PDSSES (comme la PDSA) est financée au titre de sa « mission 3 » dédiée à « la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire » depuis la réorganisation des missions du fonds en 2015 (encadré 1) ⁴⁵.

Encadré 1 : Les cinq axes stratégiques du FIR

Depuis le 1er janvier 2015, suite à l'adoption de l'article 56 de la LFSS pour 2015, les missions du FIR sont articulées autour de cinq principaux axes stratégiques :

- La promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie (mission n°1) ;
- L'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire (mission n°2) ;
- La permanence des soins et la répartition des professionnels de santé et des structures de santé sur le territoire (mission n°3) ;
- L'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels (mission n°4) ;
- Le développement de la démocratie sanitaire (mission n°5).

La mission note que le cadre juridique et les instructions données aux directeurs généraux des ARS ne requièrent pas que les financements alloués dans le cadre du FIR couvrent la totalité du coût pour les établissements des ressources médicales mobilisées pour la mise en œuvre de la PDSSES, ni a fortiori l'ensemble des coûts induits par celle-ci :

- En pratique, les établissements publics et privés (« ex-DG ») reçoivent un financement du FIR pour leur participation à la PDSSES, de même que les médecins libéraux qui y participent dans des établissements privés à but lucratif (« ex-OQN »).

- Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnement médico-sociaux ;

- Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

⁴⁴ Dans les faits, comme précisé *infra*, les modalités retenues pour ce financement n'assurent pas qu'il couvre complètement les charges liées à l'indemnisation des médecins participant à la PDSSES dans les établissements publics et privés « ex-DG »

⁴⁵ Dans un premier temps, la PDSSES et la PDSA étaient financées au titre de la première des missions du FIR, dédiée à la permanence des soins dans son ensemble. Il est par ailleurs à noter que le champ des missions du FIR a été nettement élargi en 2013, notamment aux crédits relatifs à la performance et aux restructurations hospitalières, des crédits en faveur de l'amélioration des parcours, et des crédits dont l'objectif est de favoriser une approche transversale des prises en charge.

- La mission note à cet égard que l'article R6111-49 du CSP réserve les financements du FIR au titre de la PDSES, aux établissements publics et aux établissements privés qui assurent le SPH - à savoir les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) -, d'une part, et aux médecins libéraux exerçant dans les établissements privés « ex-OQN »⁴⁶ d'autre part⁴⁷ ;
- La mission relève en outre que l'article R6111-49 du CSP ouvre la possibilité d'un financement par le FIR pour cette participation à la mise en œuvre de la PDSES, mais n'emporte pas, en lui-même, une obligation de financement à ce titre⁴⁸.
- La mission note enfin que, si les conditions d'indemnisation des médecins libéraux participant à la PDSES au sein d'établissements privés à but lucratif (« ex-OQN ») sont bien précisées au niveau réglementaire (Cf. la partie 1.1.3.2 suivante), il n'en est pas de même pour les conditions de financement des lignes de PDSES des établissements publics et privés à but non lucratif (« ex-DG »). En outre, à la connaissance de la mission, aucune instruction ou orientation ministérielle formelle n'a été adressée aux directeurs généraux des ARS sur ce sujet précis depuis 2009⁴⁹ ou 2013⁵⁰.
- Certains responsables d'établissements de santé privés « ex-OQN » ont par ailleurs fait valoir à la mission que leur participation à la mise en œuvre de la PDSES, induisait pour eux des coûts bien supérieurs à la seule indemnisation des médecins libéraux qui exercent en leur sein, notamment des coûts d'organisation et de personnels. La mission observe qu'il en est logiquement de même pour les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif.

⁴⁶ Etablissements repérés au d. de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale.

⁴⁷ Cette précision mériterait d'être rappelée formellement, eu égard aux interrogations de certains responsables d'ESPIC rencontrés par la mission qui s'interrogent sur la possibilité que des médecins libéraux mettant en œuvre la PDSES en leur sein puissent être directement indemnisés par les CPAM.

⁴⁸ Selon cet article :

« La participation des établissements, des personnes mentionnées au premier alinéa du I de l'article L. 6112-2 et des hôpitaux des armées à la permanence des soins peut être prise en charge financièrement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.

En outre, pour sa participation à la permanence des soins assurée par un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné à l'article L. 6114-1 ou dans un contrat spécifique et selon les conditions fixées par ce contrat peut être indemnisé par le fonds d'intervention régional. »

⁴⁹ La circulaire DHOS du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé précisait simplement, en annexe, les estimations des coûts unitaires annuels moyens des lignes de garde et d'astreinte des personnels médicaux, retenues dans l'étude menée par le cabinet Deloitte en 2008 ayant servi pour le « débasage » du coût estimé de la PDSES des tarifs hospitaliers opéré en 2019, à savoir : 416 720 € pour une ligne de garde pour un sénior ; 173 030 € pour une ligne de garde pour un junior ; 130 030 € pour une ligne d'astreinte opérationnelle ; 29 190 € pour une ligne d'astreinte de sécurité (74 500 € avec déplacements) ; 21 150 € pour une ligne d'astreinte forfaitisée (30 220 € avec déplacements). En outre, la mission n'a pu établir un lien entre ces estimations et le montant du « débasage » finalement retenu.

⁵⁰ Alors que le financement de la PDSES a été confié au FIR dès le 1^{er} mars 2012, un « guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général » diffusé aux directeurs généraux des ARS par une circulaire du 19 février 2013 aborde curieusement le sujet du financement de la PDSES et inclut à ce sujet les indications suivantes à propos des établissements publics et privés à but non lucratif « ex-DG » :

« S'agissant du montant versé à l'établissement pour la participation de médecins salariés, la dotation peut être valorisée comme suit : lignes de garde sénior au coût minimum de l'indemnité de sujétion PH 264,63€ x 1,5 (charges) ; peuvent être pris en compte au-delà de ce minimum les surcoûts réglementaires liés à la participation de médecins hospitalo-universitaires ; plages d'astreinte au coût minimum de l'indemnité d'astreinte opérationnelle 42,13€ x 1,5 (charges), le nombre de déplacements étant à déterminer en fonction de l'activité attendue ».

La mission note en revanche qu'un arrêté pris en février 2012⁵¹ a précisé la nature des charges pouvant faire l'objet d'un financement au titre de la PDSES, conformément à l'article R. 6111-49 du CSP :

- Ces charges se limitent :
 - Pour l'ensemble des établissements de santé, à la rémunération et l'indemnisation des médecins hors structures d'urgence ;
 - Pour les établissements de santé privés à but lucratif (« ex-OQN »), à la rémunération et l'indemnisation de ceux qui exercent dans une structure d'urgence.
- Il apparaît ainsi que le financement par certaines ARS, dans le cadre du FIR, de certaines lignes de permanence assurée par des internes, pour pertinent qu'il puisse paraître, n'est pas conforme à la réglementation.

Il est à noter que la gestion comptable et financières du FIR est confiée aux ARS depuis le 1^{er} janvier 2016, à savoir depuis la création d'un « budget annexe » des ARS dédié à la gestion des crédits du FIR dans chaque région⁵² - et qu'elles assurent ainsi le paiement de l'ensemble des dépenses à l'exception de celles payables directement aux professionnels de santé qui restent confiées aux CPAM. Ce transfert s'est conjugué à la mise en place de la réforme « GBCP » (« gestion budgétaire et comptable publique »). La mise en œuvre de cette réforme a induit des changements notables dans la gestion financière et comptable des crédits du FIR dédiés à la PDSES (encadré 2).

Encadré 2 : Principaux changements dans la gestion comptable et financière de la PDSES intervenus au 1^{er} janvier en 2016

Depuis 2016, les ARS sont en charge des opérations d'engagement et de liquidation (service fait, calcul exact du montant) de l'ensemble des dépenses de PDSES ; elles assurent en outre le paiement de l'ensemble des dépenses pour les établissements de santé publics et privés à but non lucratif « ex-DG », seul le paiement des dépenses d'indemnisation des médecins libéraux exerçant dans les établissements privés « ex-OQN » restant confié aux CPAM.

Auparavant, depuis la création du FIR jusqu'en 2015, les ARS étaient en charge des opérations d'engagement, mais les CPAM étaient responsables de la liquidation et du paiement de l'ensemble des dépenses réalisées au titre de la PDSES, y compris celles consenties aux établissements de santé publics et privés à but non lucratif « ex-DG ».

Sur le plan comptable, cette réforme s'est également traduite par un passage à une comptabilité en mode LOLF pour le FIR (comptabilisant les « autorisations d'engagement » et les « crédits de paiement »), alors qu'auparavant la gestion comptable du FIR s'appuyait sur une comptabilité traditionnelle en « droits constatés »⁵³.

⁵¹ Arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique.

⁵² Par l'article 56 de la LFSS pour 2015. La création du budget annexe FIR a permis aux ARS de gérer leur budget de manière pluriannuelle, en instaurant la possibilité de reporter une partie des crédits non consommés sur l'exercice suivant. Par ailleurs, avec la mise en place de ce budget annexe, les ARS ont désormais la possibilité d'engager des crédits FIR dès le mois de janvier sur la base de la reconduction de 90 % du budget FIR de l'année précédente, sans attendre la publication de l'arrêté national qui fixe le niveau des crédits FIR de l'année.

⁵³ Cf. les rapports annuels du FIR et les circulaires annuelles SG relatives aux modalités de mise en œuvre du FIR pour les années 2012 à 2019 sur ces questions relatives à la gestion financière et comptable du fonds.

1.4 Des cadres d'indemnisation et de gestion distincts selon le statut des établissements et des médecins

Le cadre d'organisation des gardes et des astreintes dans les établissements et d'indemnisation des médecins qui les assurent, est distinct selon le statut des établissements :

- L'organisation et l'indemnisation des gardes et des astreintes médicales dans les établissements publics de santé, mises en œuvre au titre de la PDSSES ou de la continuité des soins, sont principalement régies 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 – un arrêté qui a été actualisé et amendé à de nombreuses reprises depuis son adoption.
- L'indemnisation des médecins libéraux mettant en œuvre la PDSSES dans les établissements de santé privés à but lucratif « ex-OQN » a été encadrée par des arrêtés pris successivement en janvier 2012⁵⁴ et juin 2013⁵⁵.
- L'organisation et l'indemnisation de l'ensemble des gardes et des astreintes médicales des médecins salariés des établissements de santé à but non lucratif sont principalement régies pour leur part par la convention collective de branche de ces établissements^{56,57}.

L'annexe 2 présente de manière détaillée les principales dispositions réglementaires, en particulier celles de l'arrêté du 30 avril 2003 précité, qui encadrent l'organisation et l'indemnisation des gardes et des astreintes, mises en œuvre dans les établissements de santé publics au titre indifféremment de la permanence ou de la continuité des soins.

L'annexe 3 présente en outre 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, d'une part, et dans les cliniques privées, d'autre part.

1.4.1 L'organisation et l'indemnisation des gardes et des astreintes au titre de la permanence ou de la continuité des soins dans les établissements publics de santé

S'agissant de l'organisation des gardes et des astreintes, la mission note en premier lieu que l'arrêté du 30 avril 2003 requiert des établissements de santé qu'ils distinguent un « service quotidien de jour » ; et un « service relatif à la permanence des soins⁵⁸, pour la nuit, le samedi après-midi, le

⁵⁴ Arrêté du 16 janvier 2012 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.

⁵⁵ 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.

⁵⁶ Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 (convention étendue par arrêté du 27 février 1961). Le titre 20 de cette convention précise les dispositions particulières applicables aux médecins, pharmaciens et biologistes exerçant à titre permanent, dans les établissements ayant fait le choix de l'application de ce titre à l'ensemble de leurs médecins salariés et dans certains établissements admis à participer à l'exécution du service public hospitalier lors de la publication de la loi HPST. Il est à noter que, à défaut d'accords le prévoyant expressément, la convention ne s'applique pas aux médecins, pharmaciens et biologistes autres que ceux visés au titre 20 de la convention.

⁵⁷ La mission a pris note du fait que l'accord de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif relatif aux astreintes (accord n°2005-04 du 22 avril 2005) ne s'applique pas au personnel médical.

⁵⁸ Dans cet arrêté, le terme « permanence des soins » désigne systématiquement « la continuité des soins et la permanence pharmaceutique ».

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. 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 concerner les activités d'anesthésie-réanimation et celles des maternités réalisant plus de 2 000 accouchements par an.

En second lieu, la mission note que les modalités de reconnaissance et d'indemnisation des gardes et des astreintes diffèrent :

- Selon le statut des praticiens :
 - Elles sont notamment différenciées entre les « personnels enseignants et hospitaliers », communément désignés comme « hospitalo-universitaires » (HU) et les autres catégories de praticiens, une distinction qui découle pour partie des cadres d'organisation et de reconnaissance du temps de travail différents pour ceux-ci (en lien notamment la notion de « temps de travail additionnel » retenue pour les seconds et non pour les premiers).
- Selon que l'établissement fasse partie ou pas d'un GHT ayant établi un « schéma régional de la permanence et de la continuité des soins » « organisé et coordonné au niveau » de celui-ci depuis l'arrêté du 4 novembre 2016 précité⁵⁹, avec des conditions d'indemnisation des gardes et des astreintes destinées à être plus favorables pour les premiers que pour les seconds, si l'on se réfère à la rédaction actuelle de l'arrêté du 20 avril 2003.
- Et, s'agissant des astreintes, selon que les établissements adoptent ou pas un dispositif de « forfaitisation » de celles-ci.

La mission relève à cet égard que le cadre porté par l'arrêté du 30 avril 2003 - qui apparait d'une très grande complexité, notamment pour la reconnaissance et l'indemnisation des astreintes, et qui comporte certaines imprécisions et certaines incohérences apparentes - n'a pas été mis à jour à la suite de l'entrée en vigueur du décret du 2 mai 2017 précité⁶⁰ (Cf. la partie 1.1.5 *supra*) qui a imposé aux GHT d'établir un tel « 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 PDES des SROS⁶¹. En pratique, les dispositions relatives à l'indemnisation des gardes et des astreintes que contient encore l'arrêté du 30 avril 2003 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, sont devenues caduques, comme les services de la DGOS l'ont indiqué à la mission.

La mission a pu noter aussi que certains établissements ne respectent pas certaines des dispositions réglementaires propres au système de forfaitisation des astreintes permis.

La mission relève enfin que l'organisation du travail en demi-journées, dont la définition précise est laissée aux établissements⁶², fait que les périodes de garde de nuit sont de 14 heures, ou d'une durée proche, dans la plupart des établissements, si bien qu'elles correspondent à des périodes de travail ou de mobilisation effective nettement plus longues que les périodes de jour, après prise en compte

⁵⁹ 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.

⁶⁰ 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.

⁶¹ Cf. également l'article R 6132-3 du CSP modifié par cet arrêté.

⁶² Avec la contrainte qu'aucune des deux périodes de jour et de nuit ne dépasse les 14h.

notamment de la pause déjeuner. Cela a logiquement conduit ces dernières années certains syndicats de médecins à revendiquer une comptabilisation des périodes de garde de nuit, plus favorable, au titre du temps de travail additionnel (TTA) que ces périodes génèrent, avec notamment une demande récurrente de décompte à 3 plages de 5h au lieu de 2 aujourd'hui.

Parmi les différentes situations possibles, s'agissant des gardes, la mission note en particulier que :

- Pour les principales catégories de praticiens, hors les HU, exerçant dans un établissement appartenant à un GHT ayant adopté un « schéma territorial de permanence et de continuité des soins », comme le requiert l'article R 6132-3 du CSP (depuis le décret du 2 mai 2017 précité) :
 - La réalisation d'une garde la nuit, le dimanche ou un jour férié donne lieu à une « indemnité de sujétion » fixée à 267,82 € (et à 133,90 € pour une demi-garde la nuit ou le samedi après-midi) ;
 - A laquelle peut s'ajouter une indemnité de TTA de 319,46 € (159,72 € pour une demi-période de TTA) si la période de travail en question donne lieu à un dépassement du seuil hebdomadaire de 48h en moyenne sur le quadrimestre concerné.
- Pour les praticiens HU :
 - La réalisation d'une garde la nuit, le dimanche ou un jour férié, donne lieu à une « indemnité de garde » de 479,64 € (l'indemnité étant fixée à 239,83 € pour une demi-garde réalisée sur une telle période et à 160,68 € pour une demi-garde mise en œuvre le samedi après-midi).

S'agissant des astreintes, la mission relève en particulier que :

- La réalisation d'une astreinte la nuit ou de demi-journées le dimanche ou un jour férié donne lieu à une « indemnité forfaitaire de base » fixée à 42,38 € pour l'ensemble des catégories de praticiens y compris les praticiens HU (et à 21,18 € pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi).
 - Ce montant qui correspond à l'indemnisation totale des astreintes qui ne donnent pas lieu à déplacement, est jugé très faible par la totalité des médecins rencontrés par la mission, eu égard à la contrainte de disponibilité permanente associée à ces astreintes et au fait que les médecins peuvent être amenés à donner des avis pendant ces astreintes, sans se déplacer, des situations qui s'avèrent très fréquentes pour certaines spécialités dans certains établissements.
- Dans le cas où l'astreinte conduit à une intervention au sein de l'établissement, le temps de travail effectué sur place, est comptabilisé dans le temps de travail, de même que le temps de trajet (sous une forme forfaitaire), et peut éventuellement donner lieu, pour les principales catégories de praticiens hors les HU, à une indemnité de TTA fixée à 159,72 € pour chaque plage de 5 heures ainsi cumulées au cours du quadrimestre.
- Dans le cas où l'établissement fait le choix de la forfaitisation des astreintes⁶³, le montant d'indemnisation d'une astreinte forfaitisée ne peut dépasser un seuil de 176,29 €, ou de 189,96 € pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires dans les établissements bénéficiant d'une autorisation de médecine d'urgence.

⁶³ Cette option n'exonère par l'établissement d'assurer un suivi du temps de travail des praticiens pour vérifier le non-dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire fixée à 48 heures.

Au-delà des considérations relatives à l'indemnisation des praticiens, la mission relève enfin l'importance des règles relatives à la notion de « repos de sécurité » (Cf. l'annexe 2) qui font que la mise en œuvre des gardes et des astreintes (au titre de la PDSES ou de la continuité des soins) affecte l'organisation de l'activité clinique de jour des établissements, au-delà du poids qu'elle représente sur le volume de temps de travail des praticiens.

1.4.2 L'indemnisation des médecins libéraux mettant en œuvre la PDSES, notamment dans les établissements de santé privés à but lucratif

Les conditions de reconnaissance et d'indemnisation des périodes de gardes et d'astreintes mises en œuvre au titre de la PDSES par les médecins libéraux, notamment ceux qui exercent dans les établissements privés à but lucratif « ex-OQN », ont été précisées par deux arrêtés pris successivement en janvier 2012 et juin 2013 dans le cadre de la mise en œuvre de la loi HPST⁶⁴.

Ces arrêtés ont défini, en premier lieu, les montants d'indemnisation des médecins libéraux pour leur participation à la mise en œuvre de la PDSES, indépendamment du statut de l'établissement (privé ou public) dans lequel ils exercent, de la manière suivante :

- Ils doivent recevoir une « indemnité forfaitaire pour chaque période de garde », dont le montant est fixé à :
 - 229 € pour une « période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié » ;
 - 79 € pour une « période de garde assurée en début de nuit » ;
 - 150 € pour une « période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi »
- Ils doivent également recevoir une « indemnité forfaitaire pour chaque période d'astreinte », fixée à :
 - 150 € pour « une période d'astreinte assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié » ;
 - 50 € pour « une période d'astreinte assurée en début de nuit » ;
 - 100 € pour « une période d'astreinte assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi ».
- Ces deux arrêtés ont précisé « (qu'aucun prélèvement de quelque nature que ce soit ne peut être effectué sur ces indemnités forfaitaires par l'établissement de santé ».

En outre, l'arrêté précité du 18 juin 2013 dispose que : « (c)es indemnités forfaitaires ne se cumulent ni, pour les médecins généralistes de gardes ou d'astreintes en unité ou service d'urgence, avec la majoration pour actes effectués la nuit mentionnée à l'article 14 de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (majoration MN) pour les actes effectués la nuit de 20 heures à 0 heure⁶⁵, ni avec les majorations forfaitaires pour sujétion particulière mentionnées au 2° de la section 1 du

⁶⁴ Arrêtés 16 juin 2012 et du 18 juin 2013 relatifs 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. Le second s'est substitué au second, en apportant quelques précisions.

⁶⁵ Selon le site AMELI, la majoration « MN » désigne la majoration pour les tarifs des médecins généralistes qui est fixée à 35€ pour des actes de nuit de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00 (« en dehors des situations visées à l'article 14-2 des dispositions générales de la NGAP ») pour les consultations ou actes CCAM suivants : « C, CS, G, GS, V, VS, VG, VGS, TC, TCG ».

chapitre II du titre XI de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels précitée (majorations MA et MG)⁶⁶. »

Ces deux arrêtés ont précisé, en second lieu, les conditions de mise en œuvre des gardes et des astreintes par les médecins libéraux, indépendamment à nouveau du statut de l'établissement (privé ou public) dans lequel ils exercent :

- Les médecins libéraux doivent transmettre les tableaux mensuels de gardes et d'astreintes réalisées au directeur d'établissement, au responsable du réseau de permanence des soins de l'établissement et, le cas échéant, au président de la commission médicale d'établissement (CME) ou de la conférence médicale. Cette transmission doit s'effectuer conformément aux stipulations prévues dans le CPOM conclu entre l'ARS et l'établissement pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins en établissement de santé.
- « Les engagements, obligations et modalités de mise en œuvre de la mission de service public » définis au CPOM doivent être exécutés au sein de l'établissement dans le cadre d'un ou plusieurs « contrats tripartites d'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins en établissement de santé » conclu(s) entre l'ARS, l'établissement et les médecins qui s'engagent à y participer.
- « Ce contrat (ou ces contrats) est (ou sont) conclu(s) pour une, plusieurs ou toutes les lignes de permanence retenues dans le cadre du CPOM avec l'ensemble des médecins participant à chacune de ces lignes. L'ensemble des lignes de permanence retenues dans le CPOM doivent être couvertes par ces contrats tripartites.
- Ces arrêtés ont en outre proposé en annexe un modèle détaillé pour ces « contrats tripartites d'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins en établissement de santé ».

Ces arrêtés ont précisé enfin que le versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux, dans le cas où ils exercent dans des établissements privés à but lucratif (« ex-OQN »), est assuré directement par les CPAM, en précisant en outre que ce versement doit faire l'objet d'une convention préalablement signée entre la CPAM et l'établissement concerné. Ces arrêtés ont ainsi proposé, à nouveau, un modèle pour cette convention - définissant notamment les obligations des établissements et la nature des services rendus par les CPAM - destinée à assoir la gestion du dispositif.

1.5 Un pilotage déconcentré dans le cadre d'un suivi national limité

Depuis la loi HPST, le pilotage du dispositif est essentiellement assuré par les ARS qui sont responsables de son organisation territoriale, dans le cadre des schémas régionaux de santé, et qui disposent avec le FIR d'un cadre de financement très souple pour celui-ci.

⁶⁶ Il s'agit des majorations perçues par les médecins dans certaines unités obstétriques pour des accouchements et actes complémentaires réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés. Selon le site AMELI, la majoration « MA » désigne la majoration de sujétion particulière fixée à 150 € pour « l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés pour les médecins spécialistes » ; et la majoration « MG » celle fixée à 228,68 € pour « l'ensemble des actes liés au premier accouchement pour le premier acte lié à la surveillance et pour les soins spécialisés des nouveau-nés réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés ».

Le suivi par les ARS de la mise en œuvre de la PDSES par les établissements de santé a vocation à s'effectuer dans le cadre du suivi annuel de leur CPOM. La mission retire toutefois des entretiens qu'elle a eus avec des interlocuteurs de plusieurs régions que le suivi assuré par les ARS s'opère plutôt principalement :

- De manière globale au niveau régional, dans le cadre de la préparation de leurs rapports annuels d'activité du FIR.
- Et que ce suivi relève d'une démarche structurée et concertée principalement dans cadre de la préparation les PRS et des SRS.

Au niveau national, depuis la mise en œuvre de la loi HPST sur 2010-2012, la PDSES n'a fait l'objet d'aucune orientation ministérielle nouvelle significative, formalisée dans une instruction ministérielle ou dans les circulaires annuelles relatives aux modalités de mise en œuvre du FIR.

La mission n'a pas non plus eu connaissance d'éléments de doctrine qui auraient pu être transmis aux ARS d'une manière moins formelle au cours des années récentes, notamment dans le cadre de la préparation de la seconde génération des PRS ou s'agissant en particulier des modalités de financement de la mise en œuvre de la PDSES par les établissements publics et privés « ex-DG »

Au niveau national, le suivi de la PDSES est essentiellement effectué dans le cadre du rapport annuel d'activité du FIR transmis au Parlement, qui est préparé par les services du SGMAS, en lien avec ceux de la DGOS, et arrêté formellement par le conseil national de pilotage (CNP) des ARS.

Ce bilan annuel d'activité présente, dans une synthèse générale, les orientations stratégiques du FIR, sa mise en œuvre financière et ses modalités de gestion. Puis pour chacune des cinq missions assignées au FIR, il établit un bilan quantitatif et qualitatif illustré par des actions et réalisations régionales. Pour la PDSES, comme les autres grandes actions financées, ce bilan annuel est construit sur la base d'une version commentée des extractions budgétaires nationales de la consommation du FIR, complétée par des exemples d'actions réalisées en région au cours de l'année⁶⁷. Les données financières produites se limitent à celles issues de l'applicatif « Système d'information budgétaire et comptable (SIBC) au niveau national, soit un nombre très faible de données pour l'année considérée⁶⁸ ; il ne présente pas de données relatives aux dépenses de PDSES du FIR par région, ni *a fortiori* aucune analyse fondée sur de telles données qui permettrait aux ARS de situer leurs décisions de financement de la PDSES au regard de celles des autres.

La mission retire de ses entretiens avec les services du SGMAS et ceux de la DGOS que le manque de temps dédié à la préparation de ce rapport et les limites du SIBC constituent les principaux freins à la dynamisation de ce rapport annuel, notamment sur son volet consacré à la PDSES.

Au-delà des demandes d'informations formulées dans le cadre de la préparation du rapport annuel d'activité sur le nombre de lignes de gardes et d'astreintes reconnues au titre de la PDSES par grandes catégories d'établissements - données qui n'ont pas donné lieu à des échanges entre la DGOS et les ARS et qui n'ont donc pas pu être fiabilisées depuis 2016 (Cf. le début de la partie 2), la DGOS n'a pas cherché à collecter d'information exhaustive, par voie d'enquête, sur l'activité en MCO des établissements pendant les périodes de permanence des soins depuis l'enquête conduite en 2011.

⁶⁷ Cf. le rapport de l'IGAS « Audit de la gestion du fonds d'intervention régional (FIR) et de ses modalités de reporting », novembre 2018.

⁶⁸ A savoir le total des crédits du FIR comptabilisés au niveau national pour la PDSES, et en annexe, la distinction entre le total crédits alloués aux établissements publics et privés « ex-DG » et le total de ceux alloués aux établissements privés « ex-OQN », en précisant pour ce dernier la part des indemnités de garde et d'astreinte.

La mission retire de ses entretiens avec les responsables de plusieurs ARS que ceux-ci souhaiteraient disposer d'éléments de comparaison interrégionaux sur le financement et la mise en œuvre de la PDSSES en région à des fins de parangonnage. Elle a relevé aussi certaines attentes de précision de doctrine du niveau national, notamment sur l'opportunité d'adopter des modalités de financement tenant compte du surcoût pour les établissements de la mise en œuvre de la PDSSES par les HU⁶⁹.

La mission note que la diffusion aux directeurs généraux des ARS de nouvelles orientations nationales relatives à la PDSSES serait d'autant plus souhaitable à la suite de la réforme en cours des autorisations d'activité de soins⁷⁰.

Enfin, la mission a pris note du fait que le SGMAS a organisé au printemps 2019 un cycle de dialogues de gestion relatifs au FIR avec l'ensemble des ARS, en lien avec les directions d'administration centrales (DAC) concernées du ministère des solidarités et de la santé. Cette initiative avait pour principal objectif de partager les choix réalisés dans chaque région dans la gestion du FIR, au regard des caractéristiques régionales : revue des financements associés à une sélection de mesures et de dispositifs, mise en œuvre de la fongibilité notamment au profit de l'enveloppe « prévention », trésorerie du FIR, retour sur l'exécution de l'année précédente et échanges sur la programmation de l'année en cours. Une reproduction à l'avenir de cet exercice pourrait permettre de dynamiser les échanges entre les DAC et les ARS sur la mise en œuvre de la PDSSES.

Recommandation n°2 Développer l'animation nationale de la PDSSES pour répondre à la demande des ARS de points de comparaison inter-régionaux et de clarification de points de doctrine sur les règles de financement et le champ de la PDSSES ; produire avant le renouvellement des prochains PRS en 2022 une nouvelle instruction sur la PDSSES prenant en compte les impacts de la réforme en cours des autorisations d'activité de soins.

2 Une mission de service public mise en œuvre principalement par l'hôpital public, des efforts de rationalisation conséquents et variables selon les régions depuis la loi HPST

Cette partie présente une analyse des principaux aspects de la mise œuvre de la PDSSES essentiellement fondée sur les données relatives au financement du dispositif par le FIR que la mission a pu collecter et consolider.

Cette approche s'est avérée d'autant plus nécessaire que la mission n'a pu disposer de données récentes complètes et fiables sur le nombre de lignes de garde et d'astreinte mises en œuvre au titre de la PDSSES dans chaque région :

- Les services du SGMAS et la DGOS ont collecté de telles données auprès des ARS, au cours des années récentes, de 2014 à 2019⁷¹, dans le cadre de la préparation des rapports annuels d'activité du FIR au niveau national, en distinguant, de manière intéressante :
 - Les principales catégories d'établissements bénéficiaires : CHU, CH, les établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) et les cliniques privées ;

⁶⁹ Cf. la partie 3 *infra*.

⁷⁰ Cf. la section 3.3.2 *infra*.

⁷¹ En raison de la crise sanitaire, le SGMAS et la DGOS ont allégé la procédure de saisine des ARS dans le cadre de la préparation du rapport d'activité du FIR pour 2019, transmis au parlement en octobre dernier. Ainsi, de telles données sur le nombre de lignes de garde et d'astreinte n'ont-t-elles pas été demandées aux ARS cette année.

- Et les spécialités médicales concernées.
- Cependant, selon le SGMAS et la DGOS, la fiabilité de ces données n'est pas assurée :
 - La qualité de ces données se serait détériorée depuis la réforme territoriale mise en œuvre en 2016 et, par manque de temps, les services de la DGOS n'ont pas pu organiser d'échanges avec les ARS afin de consolider ces données.
 - Les rapports annuels d'activité du FIR ont ainsi cessé de faire état de ces données, y compris de manière regroupée au niveau national, depuis 2016.
- La mission a pu également constater :
 - De sérieuses erreurs dans le *reporting* de certaines régions dont elle a pu analyser le schéma de PDSSES effectif.
 - Et le fait que certaines ARS n'ont pas transmis de données dans le cadre de la dernière collecte initiée par le SGMAS et la DGOS au printemps 2019.

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

- L'applicatif SIBC qui est déployé dans l'ensemble des ARS depuis 2010 et qui est utilisé pour leur suivi budgétaire et comptable ;
- L'applicatif « 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 FIR⁷².

Les sections 2.1, 2.2 et 2.3 présentent les principaux éléments de constat et d'analyse que la mission a pu tirer de ces données. L'annexe 4 en fournit une présentation plus détaillée.

La sections 2.4 présente pour sa part des éléments complémentaires sur la mise en œuvre de la PDSSES dans les cliniques privées, à partir de données de la CNAMTS.

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

Selon les données issues du SIBC, les dépenses comptabilisées au titre de la PDSSES 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 PDSSES 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.

⁷² Cf. le rapport de l'IGAS « Audit de la gestion du fonds d'intervention régional (FIR) et de ses modalités de reporting », novembre 2018.

Les dépenses de PDES représentent ainsi 0,7% de la consommation nationale de soins hospitaliers⁷³ en 2019 et un montant annuel moyen de dépenses par habitant de 10,3 €.

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

	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 PDES	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 PDES dans les dépenses du FIR, en %	...	22,5	21,1	18,9	...	...	...	...	...
Part de la PDES 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 PDES 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 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).
- 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/PDES 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 PDES a diminué de près de 11,5% entre 2010 et 2013⁷⁴, puis de 3% entre 2013 et 2016⁷⁵.
- Cette diminution des crédits dédiés à la PDES s'est poursuivie ces dernières années, mais à un rythme très ralenti (1,2% entre 2016 et 2019⁷⁶)⁷⁷.

⁷³ La consommation de soins hospitaliers tous secteurs confondus est estimée à 97 127 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 ».

⁷⁴ 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 PDES aux crédits alloués aux médecins libéraux mettant en œuvre la PDES 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.

⁷⁵ L'essentiel de cette baisse étant enregistrée en 2016.

⁷⁶ Cette diminution étant concentrée sur l'année 2019.

⁷⁷ Des données annuelles régionales détaillée d'exécution budgétaire pour la période 2010-2019 sont présentées dans l'annexe 4.

Au final les crédits comptabilisés pour la PDES ont diminué de 4,3% depuis 2013 et d'un total de 15,2% depuis 2010. Cet effort d'économie réalisé sur la PDES depuis 2010 apparaît d'autant plus prononcé que la population française a augmenté dans le même temps de près de 3,5%⁷⁸ et que la consommation nationale de soins hospitaliers a augmenté pour sa part d'environ 21% sur la période.

En distinguant les grandes catégories d'établissements de santé, on constate que l'effort d'économie réalisé sur la PDES 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 PDES 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

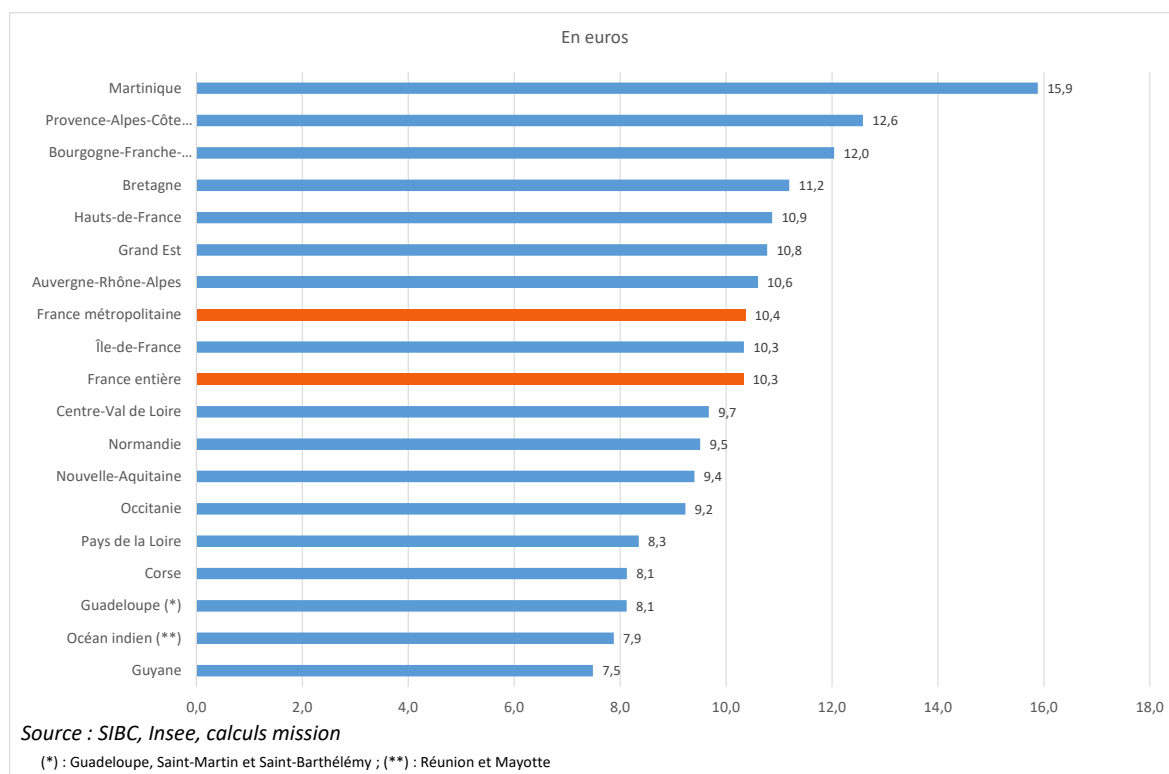
Rapporté à la taille de la population, le montant des dépenses du FIR consacrées à la PDES apparaît très variable selon les régions (graphique 1) :

- 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 PDES 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 PDES 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.

⁷⁸ 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.

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



Cette grande variabilité du montant des dépenses de PDES par habitant, selon les régions, reflète à la fois :

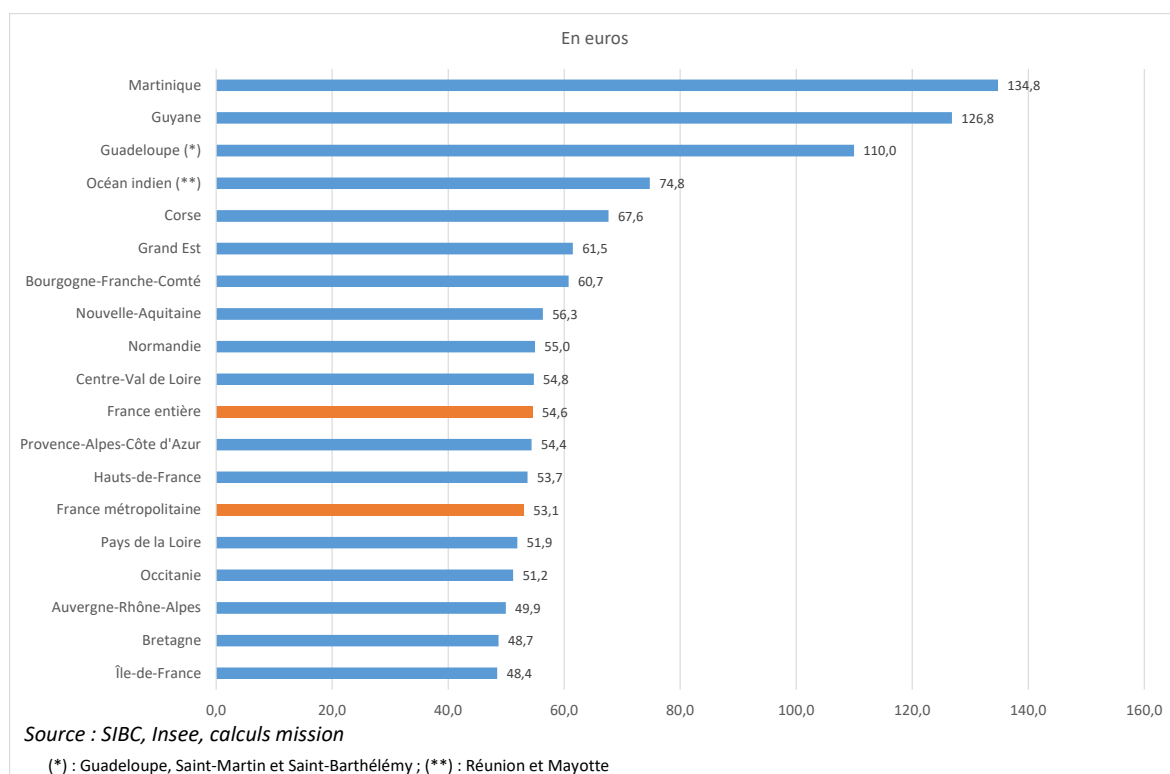
- Une très grande dispersion, selon les régions, du montant des dépenses totales du FIR par habitant, que la mission n'est pas vraiment en capacité d'expliquer, mais qui semble relever pour partie de disparités historiques dans la fixation des dotations régionales.
 - Rapporté au nombre d'habitants, 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 régionaux⁷⁹. 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 régionales⁸⁰.

⁷⁹ 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.

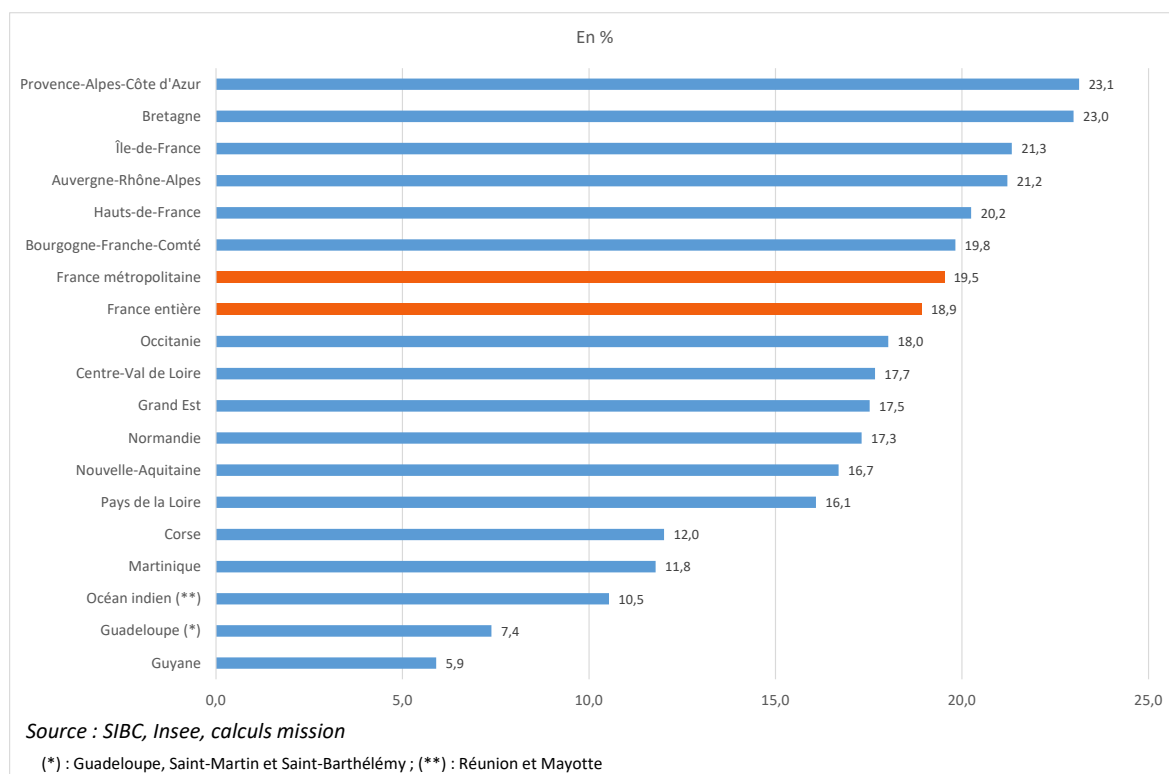
⁸⁰ Cf. le chapitre V « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire » du Rapport sur la Sécurité sociale 2020, octobre 2020.

- Et des degrés de priorisation en faveur de la PDSES 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 PDSES 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

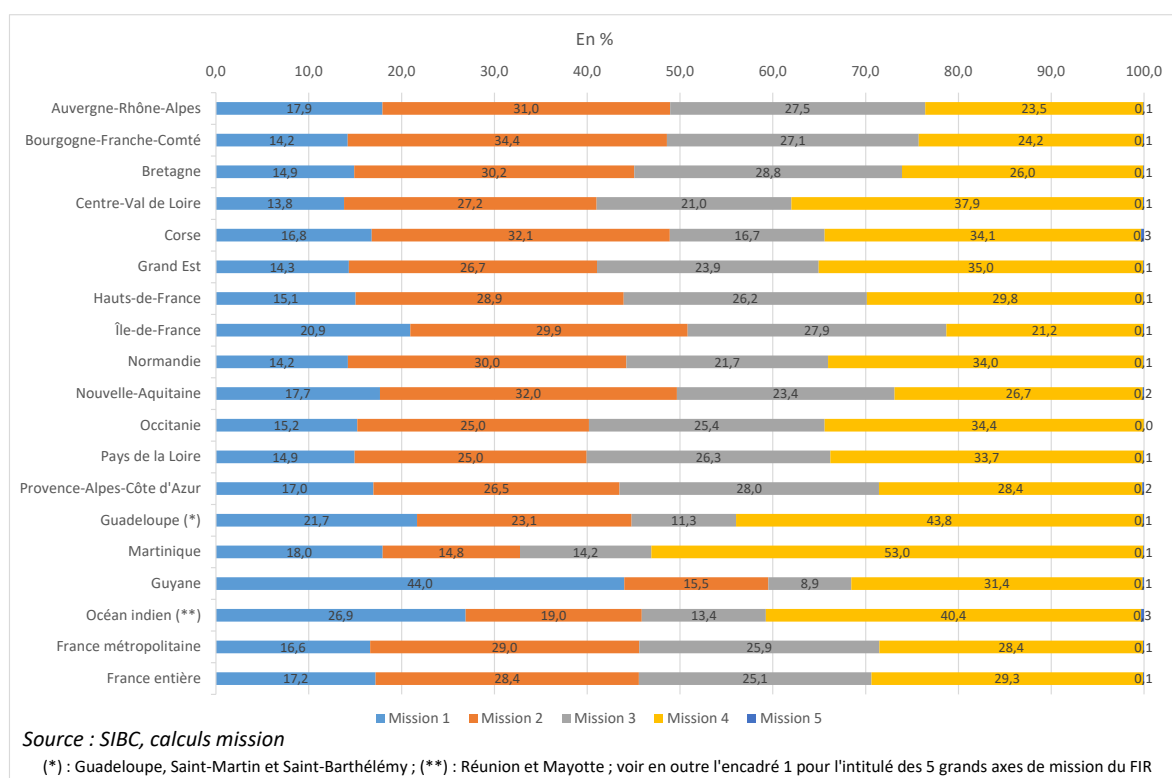


Graphique 3 : Part des dépenses allouées à la PDES dans le FIR en 2019, par régions



Le degré variable de priorisation en faveur de la PDES 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 (Cf. l'annexe 4).

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



La dispersion des montants régionaux de dépenses de PDESES par habitant en 2019 reflète également des efforts d'économie d'une intensité très variable selon les régions depuis la mise en œuvre de la loi HPST.

Alors que les dépenses de PDESES ont été réduites d'un peu plus de 15 % de 2010 à 2019 pour la France dans son ensemble (graphique 5) :

- 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 PDESES sont même restées globalement stables en PACA et ont légèrement augmenté en Martinique (1%).

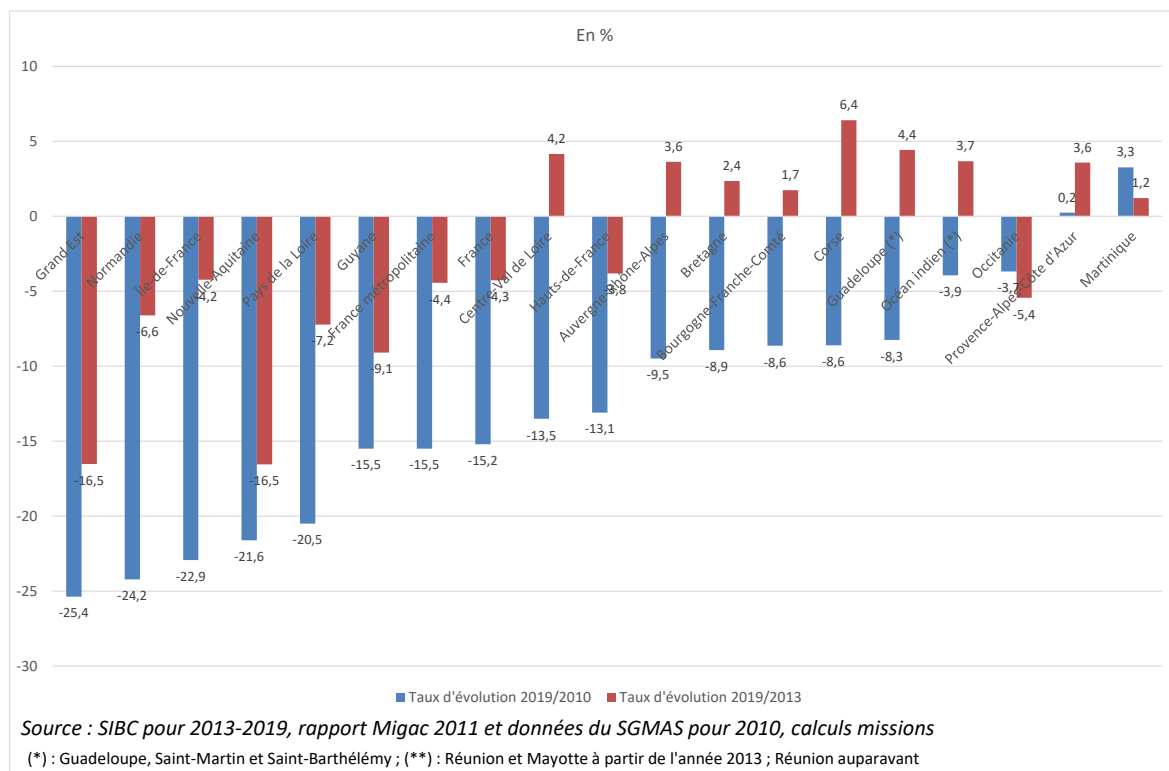
En second lieu, il apparaît, plus finement, que :

- Les dépenses de PDESES ont été très fortement réduites, de 10 à 20%, dans la plupart des régions métropolitaines⁸¹ 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 PDESES ont augmenté sur la période (+2%).

⁸¹ Entendues au sens de celles créées par la suite par la réforme territoriale mise en œuvre au 1er janvier 2016.

- Par la suite, les évolutions des dépenses de PDES 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 5).

Graphique 5 : 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 :

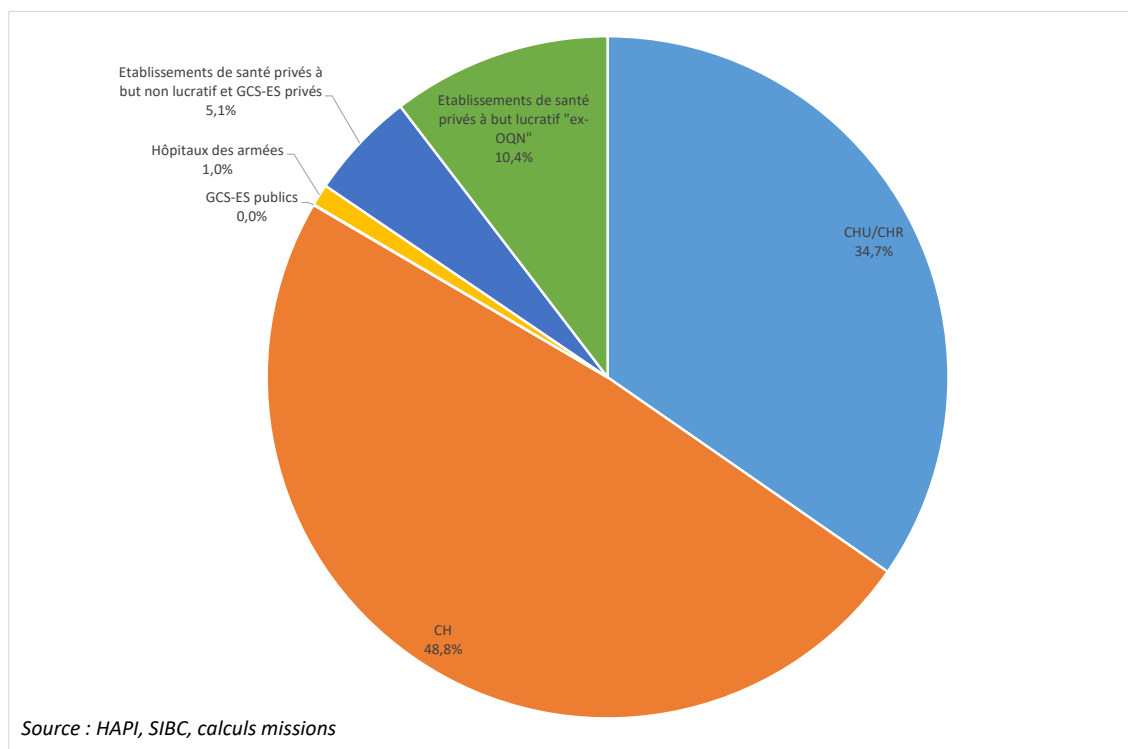
- Des efforts d'économie d'une ampleur très variable selon les anciennes régions entre 2010 et 2015, y compris entre celles qui ont été fusionnées en 2016.
- Une diminution très forte des dépenses de PDES entre 2015 et 2016 dans les régions du Grand Est (-11,5%) et de Nouvelle-Aquitaine (-9%), ainsi 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.

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

Les estimations de la mission combinant des données issues des applicatifs HAPI et SIBC font apparaître 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 6 : Répartition des dépenses de PDES par catégories d'établissements bénéficiaires en 2019, en %



Cette répartition des fonds dédiés à la PDSES selon les grandes catégories d'établissements de santé varie sensiblement selon les régions (Cf. l'annexe 4).

Mesurée par leur part dans le total des fonds alloués par les ARS à la PDSES, 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 PDSES 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 PDSES, 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 année⁸².

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 secondes une part comparativement limitée d'activités de soins requérant réglementairement des lignes de permanence (en chirurgie-obstétrique et réanimation notamment) et un positionnement croissant sur la chirurgie ambulatoire, d'autre part.

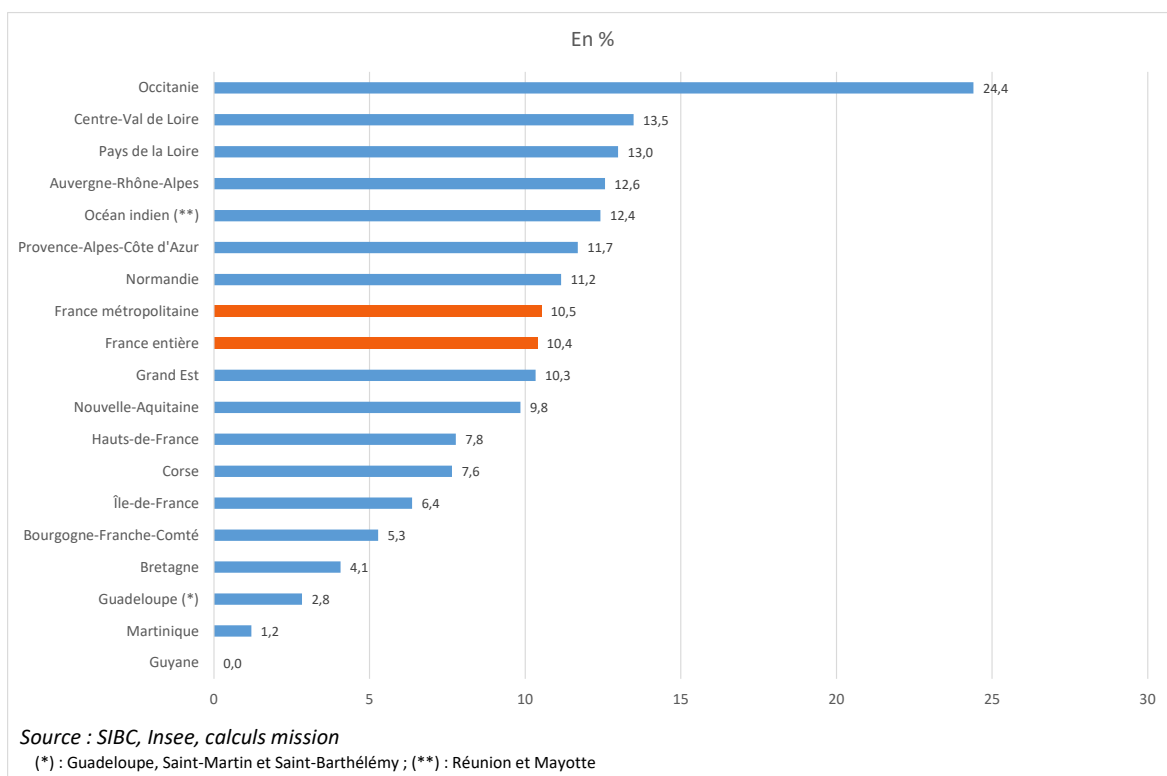
Pour autant, la diversité des situations régionales semble confirmer l'existence d'une marge d'augmentation importante de la participation à la PDSES de ces deux catégories d'établissements, dans certaines régions, notamment pour les cliniques privées.

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 7) :

- 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%).

⁸² Ces chiffres s'appuient sur les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) établis par la DREES.

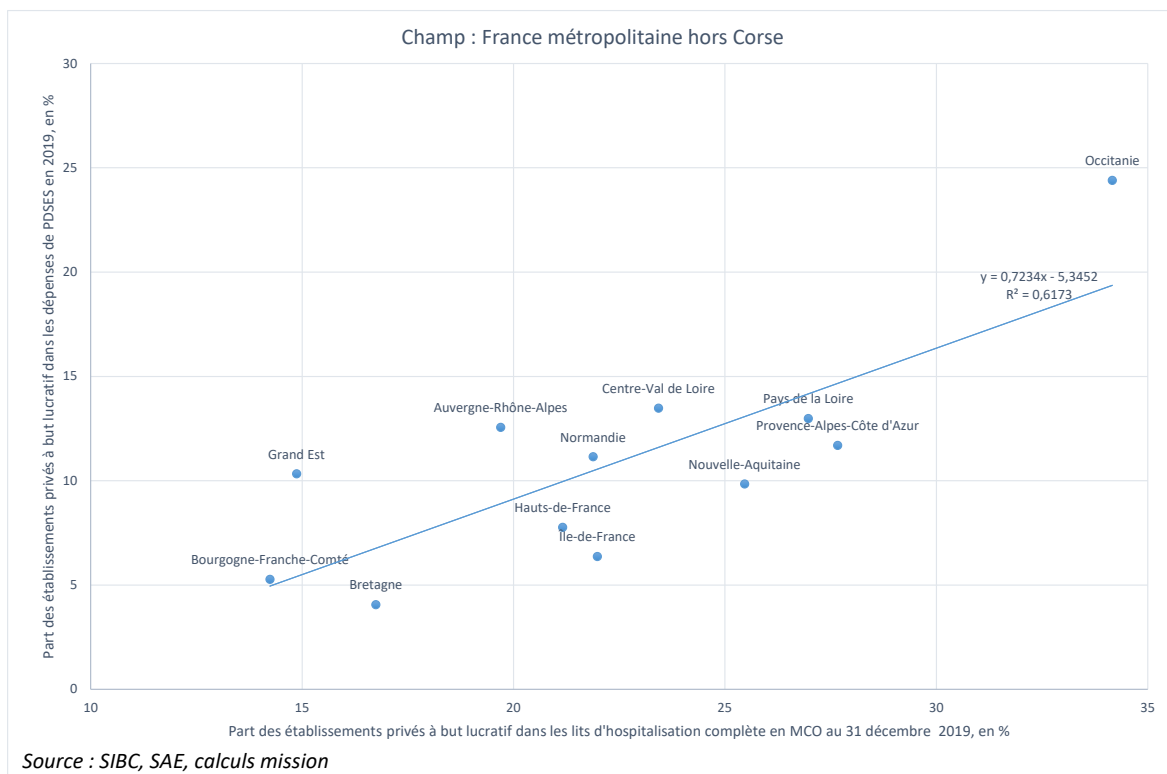
Graphique 7 : Part des dépenses de PDES allouée aux médecins libéraux des établissements de santé privés à but non lucratif « ex-OQN » en 2019 par régions



Et 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. 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 capacités 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 (graphique 8).

Graphique 8 : 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



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.

2.4 Un petit nombre de médecins libéraux engagés dans la mise en œuvre de la PDES dans les cliniques privées

La mission a collecté auprès de la CNAMTS des données plus détaillées que celles issues du SIBC sur le financement des médecins libéraux mettant en œuvre la PDES dans les cliniques privées⁸³.

⁸³ Il s'agit de données sur le nombre de forfaits de gardes et d'astreintes et les montants reçus à ce titre par ces médecins libéraux sur l'année 2019, par types de forfaits de garde et d'astreintes, par régions et départements, et pour certaines de ces données, par spécialités médicales.

La mission retire d'une première exploitation de ces données les principaux enseignements suivants (tableau 3) :

- Un peu plus de 6 650 médecins libéraux ont perçu des forfaits de gardes ou d'astreintes au titre de la PDSES⁸⁴ dans des cliniques privées en 2019, soit près de 19% de ceux qui exercent dans ces établissements⁸⁵ et 6% de l'ensemble des médecins libéraux répertoriés par la CNAMTS.
- Les médecins libéraux qui participent à la PDSES dans les cliniques privées relèvent de quelques spécialités : 29% d'entre eux sont des anesthésistes en 2019, 23,5% des chirurgiens, 14,5% des cardiologues, près de 12% des radiologues, 9,5% des gynécologues et 5% des pédiatres ; ces spécialités représentent 94% des médecins ayant participé à la PDSES en 2019.
- Parmi ces spécialités, 52% des anesthésistes exerçant en libéral ont participé à la PDSES dans des cliniques privées en 2019 ; il en va de même de 47% des chirurgiens et 20% des cardiologues libéraux.
- Les médecins libéraux qui participent à la PDSES dans les cliniques privées assurent dans l'ensemble beaucoup plus d'astreintes que de gardes : en 2019, ils ont effectué 363 000 astreintes ou demi-astreintes et 128 000 gardes ou demi-gardes⁸⁶, soit 74% et 26% du total des sujétions effectuées.
- Ceux qui participent à la PDSES assurent en outre en moyenne un grand nombre de sujétions, notamment d'astreintes : 54 astreintes ou demi-astreintes (tous types confondus) en moyenne en 2019 et près de 20 gardes ou demi-gardes.
 - Selon ces données, les pédiatres et les chirurgiens concernés assureraient en moyenne un nombre très élevé d'astreintes ou demi-astreintes (103 et 96 en moyenne en 2019).
 - Et les anesthésistes et les gynécologues un nombre relativement important de gardes et de demi-gardes (40 et 35 respectivement en 2019).
- En conséquence, les forfaits de gardes et d'astreintes représentent un complément de revenu relativement conséquent, en moyenne, pour les praticiens libéraux qui participent à la PDSES dans les cliniques privées : un peu plus de 10 600 € en moyenne sur l'ensemble.
 - Ce complément de revenu, s'élève à 16 650 en moyenne pour les pédiatres concernés, 11 800 pour les cardiologues, un peu plus de 11 700 pour les chirurgiens, 11 250 pour les gynécologues et près de 10 450 pour les anesthésistes.
 - Il est à noter que ces montants n'incluent pas les honoraires correspondant aux actes éventuellement réalisés pendant les périodes de PDSES par ces médecins libéraux.

⁸⁴ Cf. la section 1.4.2 pour une présentation des différents types de forfaits de gardes et d'astreintes.

⁸⁵ Un peu plus de 35 000 médecins libéraux exercent dans les établissements de santé privés à but lucratif, selon les données de la SAE de la DREES pour 2018.

⁸⁶ Les chiffres mentionnés, comme ceux qui suivent, correspondent aux nombres de forfaits d'indemnités de sujétions de gardes et d'astreintes perçus par les médecins libéraux au titre de la PDSES. Ils peuvent être légèrement inférieurs au nombre total de gardes ou demi-gardes et d'astreintes ou demi-astreintes réellement effectuées, eu égard au fait que ces indemnités ne peuvent être cumulées avec les majorations pour certains actes perçus par les médecins généralistes dans les services d'urgences et par les médecins dans les unités obstétriques. Cf. la section 1.4.1.2.

Tableau 2 : Mise en œuvre de la PDES par les médecins libéraux dans les établissements de santé privés à but lucratifs "ex-OQN" en 2019, par spécialités

	Nombre de forfaits reçus, en milliers			Montants total des indemnités perçues, en K€			Nombre de prat. libéraux ayant effectué des G&A	Part dans le total des prat. lib. ayant effectué des G&A, en %	Nombre moyen de forfaits perçus par les prat. libéraux en ayant perçu dans l'année		Nombre total de prat. libéraux	Part des prat. libéraux ayant effectué des G&A, en %
	Astreintes	Gardes	Total	Astreintes	Gardes	Total			Astreintes	Gardes		
	(A)	(G)		(A)	(G)				(A)	(G)		
Anesthésistes	83,7	47,7	131,4	10 746	9 447	20 193	1935	29,1	43,3	24,6	3 728	51,9
Cardiologues	28,3	39,1	67,4	3 845	7 570	11 415	967	14,5	29,3	40,4	4 779	20,2
Chirurgiens	149,6	4,5	154,0	17 878	447	18 324	1563	23,5	95,7	2,9	3 341	46,8
Radiologues	26,4	0,0	26,4	3 461	0	3 461	786	11,8	33,5	0,0	6 200	12,7
Gynécologues	19,9	22,2	42,1	2 814	4 323	7 137	635	9,5	31,4	34,9	4 713	13,5
Pédiatres	35,0	4,4	39,4	4 742	867	5 609	339	5,1	103,2	12,9	2 653	12,8
Omnipraticiens	1,9	10,0	11,9	284	1 856	2 141	126	1,9	15,4	79,3	58 266	0,2
Autres spécialités 1/	17,8	0,7	18,5	2 264	121	2 384	301	4,5	59,1	2,2	29 484	1,0
Ensemble des spécialités	363	128	491	46 034	24 630	70 664	6652	100,0	54,5	19,3	113 164	5,9

Source : CNAMTS (AMOS)

Champ : tous régimes, forfaits liquidés de janvier à décembre 2019, France entière

1/ Dont parmi les bénéficiaires de forfaits, en particulier : gastro-entérologues, médecine interne, ORL, pneumologues, ophtalmologues, psychiatres, néphrologues et endocrinologues

Une exploitation plus approfondie de ces données de la CNAM, notamment par régions ou départements, et par type de forfaits de gardes et d'astreintes, éclairerait davantage sur la mise en œuvre de la PDES dans les cliniques privées.

La mission note enfin qu'il n'existe pas de chiffres véritablement comparables sur la fréquence et la rémunération des gardes et des astreintes réalisées au titre de la PDES, par grandes spécialités médicales, pour les praticiens qui les mettent en œuvre dans les établissements publics de santé :

- De fait, les données de rémunération détaillées que produit le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)⁸⁷ portent sur l'ensemble des revenus associés à la mise en œuvre des gardes et des astreintes, sans distinguer si celles-ci relèvent de lignes reconnues au titre de la PDES ou de lignes mises en place au titre principalement de la continuité des soins. La partie 4.1 *infra* présente et tire certains enseignements de ces chiffres.
- En outre, les indemnités perçues par les praticiens des établissements publics de santé pour la réalisation de gardes et d'astreintes, sous la forme d'indemnités de sujétion ou d'indemnités de TTA, contrairement à celles perçues par les médecins libéraux, ne sont pas complétées par des honoraires lorsque des actes sont réalisés pendant ces périodes.

⁸⁷ Cf. la dernière enquête sur les rémunérations des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques dans les établissements publics de santé pour l'année 2016, dont les résultats sont présentés dans le tome 2 du rapport d'activité du CNG pour 2018.

3 La PDESES dans l'organisation territoriale des soins : le reflet de l'implication et des fragilités de l'hôpital public et des limites actuelles des coopérations entre établissements de santé

La mission a approché la place de la PDESES dans l'organisation des soins à travers des déplacements dans deux régions (Pays de la Loire et Centre Val de Loire), des échanges à distance avec l'ARS de Bretagne et plusieurs établissements de la région, avec l'ARS ARA et avec d'anciens directeurs généraux d'ARS ; elle a également exploité plusieurs schémas régionaux. Elle n'a pas pu échanger avec de grandes régions comme l'Île de France, PACA ou l'Occitanie, dans lesquelles le secteur privé est par ailleurs bien implanté. Cela constitue une limite de ses analyses.

3.1 La PDESES dans les schémas régionaux : une place globale importante dans le fonctionnement des établissements publics de santé, mais contrastée selon les spécialités et les types d'établissements

3.1.1 Les limites des sources exploitables nationalement pour apprécier l'organisation de la PDESES et l'activité réalisée

Les sources facilement accessibles pour approcher la mise en œuvre de la PDESES en région manquent. Les PRS, accessibles sur les sites des ARS, comportent un volet dédié à la PDESES qui définit le plus souvent les principes d'organisation de la PDESES, des indications de répartition des lignes par spécialités et par territoires. Par contre le schéma régional de PDESES, qui précise l'attribution des lignes par établissements de santé et résulte souvent de négociations ultérieures à l'adoption du PRS, est rarement disponible sur les sites des ARS. Récupérer les schémas régionaux suppose donc une démarche auprès des ARS que la présente mission envisageait de faire à travers un questionnaire qu'elle n'a pu adresser à l'ensemble de ces dernières.

Jusqu'en 2019, il était demandé aux ARS d'adresser au SGMAS une annexe statistique à leur rapport d'activité annuel du FIR, comportant des données sur les lignes de PDESES existant dans les différentes spécialités, et leur répartition entre établissements de santé publics, privés non lucratifs et privés lucratifs. Suite à la suspension de ces remontées dans le contexte de crise sanitaire, le SGMAS s'interroge sur l'opportunité de leur reprise pour deux motifs : d'une part la qualité des remontées semble s'être dégradée depuis la réforme régionale, et d'autre part ces données ne sont pas exploitées par la DGOS faute de temps et ne font pas l'objet d'un retour aux ARS. La mission estime toutefois cette annexe intéressante pour permettre une connaissance par le niveau national de la réalité de la mise en œuvre de la PDESES au niveau régional et faciliter des approches comparatives entre ARS. Si les ARS étaient réticentes à les produire tous les ans (malgré une stabilité des lignes), la mission recommande de rétablir un envoi, au moins l'année suivant l'adoption des PRS et le cas échéant la dernière année de leur application (pour prendre en compte les évolutions).

Recommandation n°3 Maintenir l'envoi par les ARS, au moins l'année suivant l'adoption de leur PRS, d'une annexe au rapport annuel du FIR présentant leurs lignes de PDESES et les principes d'organisation de leur schéma régional ; organiser l'exploitation de ces remontées pour en faire un retour aux ARS dans une visée comparative.

S'agissant des données statistiques sur l'activité de soins réalisée en période de PDESES, les sources nationales existantes s'avèrent également peu exploitables. Les établissements de santé doivent une semaine l'an renseigner dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), des données

d'activité de MCO réalisées sur les plages horaires de la PDSES, qu'elles soient exercées au titre de la continuité des soins ou dans le cadre de lignes reconnues au schéma régional. Mais ces données, mal cadrées sont également très mal remplies, y compris par de gros établissements. Certaines ARS procèdent en conséquence à des enquêtes ad hoc pour cerner l'activité spécifique aux lignes de PDSES qu'elles financent, faute de pouvoir exploiter la SAE. Cette dimension de l'enquête SAE mérite donc un nouveau regard de la DGOS et de la DREES soit pour confirmer son maintien, le cas échéant avec des adaptations, soit sa suppression.

Recommandation n°4 Etudier la possibilité de revoir dans l'enquête SAE, le champ des données d'activité collectées au titre de l'activité MCO réalisée dans les plages horaires de PDSES, pour en améliorer la qualité et l'intérêt notamment pour contribuer au suivi de la PDSES.

3.1.2 Les conditions d'élaboration et de suivi des schémas régionaux : beaucoup de négociations, moins de suivi

3.1.2.1 Les méthodes d'élaboration des schémas

La mission n'a pas conduit d'investigations rétrospectives concernant les PRS 1 et s'est concentrée sur l'élaboration du volet PDSES des PRS 2. Toutefois il ressort du bilan des 1ers schémas que ces derniers ont été porteurs d'ambitions fondatrices en termes de gradation et de mutualisation de la PDSES qui ont souvent peiné à se concrétiser dans l'organisation effective des lignes, alors même que les efforts de rationalisation budgétaire étaient quant à eux effectifs. Les difficultés de réorganisation de l'offre de soins (cf. Bretagne ou Pays de Loire) ont pesé dans ce sens, au point de faire ressortir des décalages entre principes, schéma initial et schéma effectivement appliqué.

Les schémas issus des PRS 2 ont souvent repris les mêmes principes généraux que ceux des PRS 1, avec un souci de plus grande effectivité. Les enjeux sont différents selon les régions : ajustements limités (cf. Pays de Loire), révision de principes importants (en Bretagne, mobilisation d'une enveloppe de 1 M€ pour reconnaître davantage de lignes dans les ES privés, et révision des règles de financement dans les ES publics), enfin harmonisation, parfois difficile et plus ou moins poussée, entre régions fusionnées.

Dans tous les cas, l'élaboration du volet du PRS dédié à la PDSES et du schéma régional détaillé, ressort comme un exercice sensible et souvent longuement concerté, dont l'élaboration s'est parfois étalée sur deux ans : diagnostic en 2017, principes posés dans les PRS adoptés en 2018, schéma régional et attribution des lignes courant 2019 avec révision du volet PDSES des CPOM. Pour autant, si les concertations sont réelles, certains acteurs, notamment la FHP, pointent des marges limitées de négociation et d'évolution, du fait du cadrage budgétaire retenu et/ou d'un statu quo quant à la place respective des différents acteurs.

Les étapes les plus courantes sont les suivantes :

- Bilan qualitatif du 1^{er} schéma ; parfois état des lieux précis, ES par ES, des lignes effectivement mises en œuvre (cf. région ARA), parfois aussi recueil de données d'activité (BFC, ARA, Normandie...),
- Consultation du réseau des urgences sur ses besoins d'aval,
- Groupe de travail avec les fédérations d'établissements de santé pour élaborer les principes directeurs,

- Concertations au niveau des délégations territoriales pour affiner les principes de mise en œuvre et notamment les mutualisations,
- Passage devant la commission de l'offre de soins de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie.

Dans tous les cas, l'enjeu des schémas régionaux consiste à gérer le risque attaché à l'accès aux soins en période de PDSES, en prenant en compte différents objectifs : rapidité d'accès aux soins, accès à des soins spécialisés de qualité et efficience en termes de ressources médicales mobilisées et de lignes financées. **Certaines ARS ont fait des efforts méthodologiques importants pour tenter d'objectiver l'attribution des lignes, qui gagneraient à être partagés entre agences :** objectivation, par enquête, de l'activité en PDSES, spécialité par spécialité, (cf ARA, Grand Est, PACA, BFC), repérage de la lourdeur des patients des urgences susceptibles de générer des besoins de soins spécialisés en aval (CVL). Ces travaux, compliqués par le caractère lacunaire des données d'activité en PDSES, ont une vertu pédagogique, mais ne débouchent toutefois pas nécessairement sur des inflexions organisationnelles majeures, du fait de contestations, voire de menaces de contentieux, comme en témoignent l'exemple des régions ARA et Grand est. L'équilibre délicat entre principes directeurs ambitieux et empirisme, pousse souvent à la stabilité.

Encadré 3 : Méthode d'élaboration du volet PDSES du SRS 2 en région Auvergne Rhône Alpes

Pour objectiver les critères d'attribution des lignes de PDSES, l'ARS ARA a lancé en 2017 une étude croisant différents paramètres :

- des éléments d'activité relatifs aux lignes de PDSES par spécialités (déplacements et interventions), recueillis par un questionnaire web adressé à 94 ES et croisés avec des seuils d'activité des SAU des établissements porteurs des lignes.
- des taux de couverture en lignes de PDSES pour 100 000 habitants, ajustés par le temps de transport entre établissement support et établissements du territoire.

L'étude a ainsi dégagé une typologie d'activités et des seuils d'activité de SAU permettant d'orienter la gradation des lignes. Cela a éclairé le schéma régional mais in fine l'ARS a renoncé à afficher dans le SRS, les seuils d'activité comme une règle d'attribution des lignes, face à une menace de recours. Elle a par contre réaffirmé fortement la reconnaissance de toutes les lignes afférentes aux activités réglementées, pas toujours mises en œuvre dans le respect strict des textes.

L'ARS Ile de France a conduit pour sa part des travaux qui objectivent la faible activité en nuit profonde dans certaines spécialités chirurgicales et éclairent la gradation des lignes de PDSES et la définition de leurs modalités, pour garantir un accès aux soins sécurisé sans trop disperser les ressources.

Tableau 3 : Données d'activité chirurgicale en PDESES en Ile de France, par spécialités (moyenne consolidée pour l'ensemble des sites répondants pour la période 2012-2016)

Spécialité	Nombre d'établissements		Activité régionale moyenne ¹		
	1ère partie de nuit	1ère partie et nuit profonde	1ère partie de nuit (par nuit)	Nuit profonde (par nuit)	Week-end (par week-end)
Chirurgie Orthopédique	41	30	21.4	8.3	112
Chirurgie viscérale	41	31	21.9	15.7	65.4
SOS mains	2	4	8	1.2	50
Chirurgie pédiatrique	4	7	4.2	2.2	18.5
Chirurgie urologique	7	11	4	2.5	11.3
Chirurgie vasculaire	2	12	2	1	9.2
Chirurgie ophtalmologique	2	5	1.75	0.9	7.8
Chirurgie ORL	4	5	0.6	0.5	0.8

Source : PRS 2018-2023 ARS ile de France

3.1.2.2 Une difficile harmonisation dans les régions fusionnées, qui reflète l'hétérogénéité des règles appliquées dans les régions

Le processus d'élaboration des schémas PDESES du PRS 2 s'est révélé particulièrement délicat dans les régions fusionnées du fait de règles préexistantes différentes. Les efforts d'harmonisation ont porté principalement sur les niveaux de valorisation financière des lignes. Lorsque que l'harmonisation s'est faite dans le sens d'un plus grand resserrement des lignes avec comme impact des baisses de recettes pour les établissements de santé concernés, des mécanismes de compensation ont pu être parfois mis en place. En Nouvelle Aquitaine, le Limousin et le Poitou Charentes étant apparus moins avancés que l'ex région Aquitaine sur les efforts de rationalisation, 18 ES subissant des pertes se sont vus accorder une enveloppe de compensation de 50 % en 2019 et 25 % de leurs pertes en 2020.

Les difficultés des régions fusionnées ne font que refléter une réalité majeure du dispositif de la PDESES, l'hétérogénéité des règles régionales sur des aspects fondamentaux (développés ci-après) :

- Activités reconnues,
- Densité du nombre de lignes et principes d'attribution ;
- Modalités d'organisation (demi-garde, demi-astreintes ...) ;
- Prise en compte dans la valorisation des lignes des CHU des coûts plus élevés pour les PUPH (cf. ARA) ;
- Reconnaissance de lignes d'internes en PDESES (Hauts de France) ;

- Niveau de valorisation financière des lignes d'astreintes (variant de 60 à 84 000€, pour un montant fréquent de 75 000€) ; prise en compte dans le PRS 1 de la Bretagne du coût de récupération dans la valorisation des gardes (seul cas repéré).

Tableau 4 : Valorisation financière comparée des lignes de PDSSES entre plusieurs régions

Région	Garde	Astreinte	Demi G et astreinte	Commentaires
CVL	105 583(privé) 186 000 (public)	60 000 (public) 69 250 (privé)		Restent à la marge quelques astreintes de sécurité à 57 000€ ;
PDL	179 816 (public) 105 783 (privé)	75 623 (public) 69 250 (privé)	127 720	
Bretagne	180 000	84 000		Au PRS 1 garde valorisée à 290 000 € car prise en compte en garde du temps de récupération
Normandie	181 782 (public) 105 433 (privé)	76 944 (public) 69 150 (privé)	129 363 (public) 87 183 (privé)	
Hauts de France	180000 (public)	75 000 (public)		

Source : Mission

Cette hétérogénéité est dénoncée par les fédérations hospitalières comme par les -conférences de directeurs de CH et présidents de CME. Dans un souci de transparence et d'équité, et pour renforcer l'adhésion des acteurs de terrain, il semble à la mission légitime de progresser vers plus d'harmonisation sur les règles de financement des lignes, tout en laissant aux ARS des marges de manœuvre importantes dans l'organisation de la PDSSES en lien avec les réalités territoriales de l'offre de soins (nombre de lignes reconnues, mutualisations, demi-gardes ...). Cet effort d'harmonisation et d'actualisation des orientations serait à conduire par le SGMAS et la DGOS en lien avec les ARS et les acteurs du secteur, en prenant en compte son impact financier.

Encadré 4 : Un exemple d'harmonisation d'une règle de financement en Bretagne

L'ARS Bretagne est revenue dans le PRS 2 sur l'intégration du temps de récupération, dans la valorisation des lignes de gardes, mais elle a maintenu les financements pour les ES concernés, sous forme d'une enveloppe de compensation permettant d'accompagner des projets de réorganisation de l'offre de soins et de la PDSSES, en visant en particulier des mutualisations plus effectives liées à des communautés médicales de territoire. A ce stade, la mission n'a pu évaluer l'usage effectif de ces enveloppes, mais il sera intéressant d'apprécier leur effet levier en fin de PRS.

3.1.2.3 Une attribution des lignes qui passe majoritairement par des reconductions et marginalement par des appels formalisés à candidatures

L'attribution des lignes aux établissements de santé semble se faire majoritairement dans une logique de reconduction ou d'attribution discutée entre ARS (au niveau régional ou des directions territoriales selon les ARS) et établissements sur la base des principes du PRS.

En application de l'article R6111-42 du CSP⁸⁸, un appel à candidatures peut intervenir pour répondre à une situation de carence liée à l'absence de candidature pour assurer une ligne. La procédure ne permet pas toujours de surmonter la carence (cf. en Corse, appel infructueux pour 3 spécialités, ORL, ophtalmologie, neurologie). Certaines ARS semblent utiliser cette procédure, au-delà de la stricte carence, pour attribuer les lignes avec plus de transparence, notamment quand plusieurs attributaires potentiels existent et/ou lorsque le PRS a retenu de larges fourchettes de nombre cible de lignes par territoire⁸⁹. Si ces démarches ne conduisent pas nécessairement à une réorganisation profonde du dispositif, elles ont le mérite d'apporter de la transparence (ce que réclame la FHP), sur la base de cahiers des charges explicitant les attentes de l'ARS en matière d'organisation des lignes et de garanties quant aux ressources médicales mobilisables. Ce type de démarches mériterait donc d'être approfondi en cas de reprise d'une mission sur la PDESES et discuté lors d'échanges inter-ARS, pour étudier l'intérêt d'une plus large diffusion de ce type de pratiques.

Encadré 5 : Le recours aux appels à candidatures en région Centre Val de Loire

La région Centre Val de Loire, dont le PRS a été adopté en juin 2018, a attribué une partie des lignes de PDESES hors appel à candidature, dont toutes celles de recours régional (sauf la réanimation pédiatrique). Elle a procédé en novembre 2018 à un 1^{er} appel à candidatures pour 39 lignes d'astreinte et 13 lignes de garde de niveau départemental, dans le cadre d'un cahier des charges posant le principe de réponses portées à l'échelle des GHT. Suite au caractère en partie infructueux du 1^{er} appel à candidature, un nouvel appel à candidature a dû être relancé en juin 2019, sans l'imagerie, les conditions techniques d'organisation de la PDESES selon les modalités affichées dans le PRS n'étant pas réunies ; en parallèle un ajustement à la marge du volet PDESES du SRS a été adopté.

3.1.2.4 Un suivi parfois distant de l'application des schémas de première génération par les ARS, des perspectives de renforcement intégrées aux SRS 2

L'expérience des schémas de 1^{ère} génération semble attester d'un suivi assez distant par les ARS de la mise en œuvre de ces derniers, jusqu'à l'élaboration du schéma suivant. Les CPOM ne constituent pas un cadre de suivi effectif vu le nombre de sujets traités ; au sein des établissements, le suivi de la PDESES s'apparente plus à une gestion d'enveloppe financière globalisée. Or le suivi peut contribuer à veiller à la soutenabilité et l'applicabilité du schéma arrêté (notamment en lien avec les ressources médicales disponibles), à identifier d'éventuels problèmes d'accès ou de

⁸⁸ R6111-42 : « Lorsque le directeur général de l'ARS constate, après confrontation des besoins tels qu'ils résultant du volet du schéma régional de santé dédié à l'organisation de la PDS avec la liste prévue à l'article R 6111-48, que la mission de PDS mentionnée à l'article L.6111-1-3 n'est pas assurée dans les conditions prévues, il ouvre une procédure d'appel à candidatures ».

⁸⁹ Grand est, 43 lignes soumises à appel à candidature ; région Centre Val de Loire : 52 lignes soumises à appel à candidature sur environ 350 lignes de niveau « territorial ».

qualité des soins en PDSES et permettre en cours de PRS des ajustements pertinents en termes d'efficacité et de besoins de santé.

Certains des nouveaux schémas affichent des modalités intéressantes de suivi :

- En PACA, principe d'un recueil annuel d'activité, avec ajustement du montant de financement des lignes le cas échéant
- En ARA, principe de suivis annuels thématiques (cf. pour 2020, était initialement prévue l'évaluation de la PDSES en unités de soins intensifs, anesthésie, néphrologie, imagerie)
- Plusieurs régions prévoient la mise en place avec les fédérations d'une instance de suivi de la PDSES, pour proposer, le cas échéant, des évolutions, du schéma.

Encadré 6 : Les enquêtes conduites par l'ARS Ile de France pour assurer le suivi de la PDSES

Dans le cadre du pilotage de la PDSES, et depuis le PRS 1, l'ARS Ile de France produit les résultats de 3 enquêtes déclaratives :

- Une enquête annuelle établit pour chaque établissement la liste des lignes de PDS
- Un registre d'activité mis en place en 2014 décrit l'activité chirurgicale aux horaires de la PDSES en nombre d'interventions réalisées par mois, par spécialité et par tranche horaire
- Un registre des refus et fonctionnements non conformes, hébergé sur le ROR, permet de déclarer les patients refusés par un établissement reconnu contractuellement pour une mission de PDSES

3.1.3 Le contenu des schémas : des principes stratégiques et une segmentation par spécialité largement convergents entre régions mais déclinés dans un maillage territorial inégalement dense et gradué

Les schémas régionaux de PDSES posent des principes d'organisation sur trois registres : le choix des activités reconnues, le découpage territorial à l'échelle duquel déployer les lignes, la définition de différentes modalités organisationnelles (astreintes, gardes, mix) différenciées selon les activités.

3.1.3.1 Les volets PDSES des PRS affichent des principes stratégiques largement inspirés de la circulaire de février 2011

Les principes stratégiques affichés par le volet consacré à la PDSES des PRS sont largement convergents entre les régions :

- Accès effectif aux soins dans les plages horaires de la PDSES : dans une logique territoriale graduée et dans le respect des règles d'accès financier (tarifs du secteur 1 quel que soit le statut de l'établissement⁹⁰) ;

⁹⁰ La mission n'a pas pu conduire d'investigations sur les pratiques tarifaires des établissements privés notamment pour les actes suivant la première prise en charge en PDSES ; les ARS ne semblent pas disposer de vision précise sur le sujet.

- Qualité et sécurité des soins : en réduisant les délais d'orientation en aval des urgences, en sécurisant les parcours de soins non programmés, en offrant une bonne lisibilité des filières de prise en charge ;
- Efficience et optimisation de la ressource médicale, en évitant les doublons de lignes inutiles et en développant les mutualisations entre ES ;
- Prise en compte de la télémédecine ;
- Répartition des contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé ;

Toute la difficulté est dans la déclinaison, souvent difficile et partielle, de ces principes généraux, et particulièrement en matière d'efficience et de répartition de la charge entre secteurs public et privé.

S'agissant des principes relatifs aux activités reconnues en PDESES, les PRS retiennent souvent trois catégories d'activités :

- Les activités dites réglementées qui font l'objet toutefois de doctrines différenciées selon les régions
- Une logique de gradation des lignes, en deux niveaux (activités « territoriales » et activités de recours) ou trois « niveaux » (activités de proximité, de référence et de recours régional et inter-régional).
- Une approche spécifique pour les activités médico-techniques (biologie, imagerie), avec un focus sur l'imagerie, en situation problématique dans toutes les régions rencontrées.

3.1.3.2 Des différences de doctrine régionale dans la reconnaissance des activités réglementées en PDESES

Certaines activités dites réglementées ont pour caractéristique d'être assorties d'obligations de permanence médicale, sous forme de gardes ou d'astreintes, permettant d'assurer la continuité des soins pour des malades déjà hospitalisés voire les nouveaux malades dans le cas de la PDESES. La circulaire de février 2011 précise à ce titre plusieurs points :

- L'obligation de permanence médicale « ne relève pas nécessairement du dispositif d'attribution de mission de service public de PDESES et du mécanisme de financement correspondant ». « Pour les activités réglementées comportant des obligations de permanence médicale, lorsque les titulaires d'autorisation ne sont pas retenus pour assurer la mission de service public de PDESES dans le schéma cible régional, le financement de ces obligations relève des recettes d'activité ».
- Certaines activités réglementées bénéficient de financements ad hoc, hors crédits de la PDESES (les SAU, les greffes, la HAD).
- Certaines activités relèvent plus de la continuité que de la PDESES (hémodialyse).

Les activités réglementées susceptibles de relever des financements spécifiques de la PDESES sont les suivantes :

- Réanimation adulte (article D.6124-31 du CSP)
- Réanimation pédiatrique spécialisée (D.6124-34)

- Obstétrique, sur la base de seuils d'activité en nombre de naissances pour définir les obligations d'astreinte ou de garde applicables aux gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, et pédiatres⁹¹ (D.6124-44)
- Néonatalogie, avec ou sans, soins intensifs (D.6124-61)
- Chirurgie cardiaque (D6124-123)
- Réanimation chirurgie cardio-vasculaire (D.6124-69)
- Soins intensifs en cardiologie -USIC (D6124-109)
- Angioplastie, coronographie (D.6124-164)
- Neurochirurgie (D.6124-138 ; R6123-101)
- Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie (R.6123-108)
- Activités interventionnelles sous imagerie endovasculaire en cardiologie (D6124-181)
- Greffe d'organes (greffe rénale D.124-164) et de cellules hématopoïétiques (D.124-71), greffe hépatique (D.6123-79)
- Neurologie – prise en charge des AVC (circulaire du 22 mars 2007)
- Traitement des grands brûlés
- Hémodialyse en centre
- Néphrologie d'urgence

Selon les ARS, la détention d'une autorisation dans ces spécialités emporte, ou pas, la reconnaissance financière de lignes de PDSSES. Plusieurs ARS (cf. ARA) ont posé comme priorité à l'occasion du PRS 2, d'une part le strict respect des obligations de permanence médicale dans les activités réglementées⁹² et d'autre part leur reconnaissance en PDSSES. D'autres ARS à l'inverse ne retiennent pas la systématisme du financement.

Beaucoup des activités réglementées n'existent qu'en CHU, en particulier hors de l'Ile de France, ce qui limite les débats sur la reconnaissance des lignes de PDSSES correspondantes. La non reconnaissance de lignes concernant des activités autorisées porte principalement sur :

- L'obstétrique : certaines ARS ne reconnaissent des lignes de PDSSES que pour une seule maternité sur le territoire de référence, celle de niveau 3 ou 2 bis ; les autres maternités assurent la continuité des soins et des accouchements non complexes, hors champ de la PDSSES.
- Certaines activités de chirurgie ou de médecine réglementées, comme la cardiologie interventionnelle, présentes dans des ESPIC ou des cliniques privées spécialisées ou de taille importante.

⁹¹ Maternité de moins de 1500 naissances : une astreinte opérationnelle ou garde en gynéco-obstétrique, en pédiatrie et anesthésiste réanimateur ; dans les maternités de plus 1500 ou plus de 2000 naissances : une garde de gynéco-obstétricien, une garde d'anesthésiste réanimateur sur site (+ 1500) ou dans l'unité (+2000) et une garde ou astreinte opérationnelle en pédiatrie.

⁹² Transformation de gardes seniors en gardes internes avec astreintes seniors par exemple

En cas d'implantation sur un même territoire de deux services exerçant la même activité réglementée et par souci d'éviter la dispersion, certaines ARS prennent en compte deux facteurs pour attribuer la ligne de PDSSES :

- Le niveau global d'activité en PDSSES pour cette activité et la capacité pour l'EPS d'absorber seul cette activité dans le cadre de sa ligne de PDSSES (cf. Pays de Loire)
- L'existence d'un service d'urgences dans le même établissement ; une situation plus fréquemment observée dans les établissements de santé publics.

L'arbitrage se portant dans la très grande majorité des cas, sur les établissements publics de santé (EPS), la frustration peut être grande pour certains ESPIC ou certaines cliniques privées aux plateaux techniques pointus, qui estiment assurer une permanence médicale au titre des activités réglementées, allant parfois au-delà de la seule exigence de continuité des soins (patients déjà suivis dans l'établissement souhaitant y être ré-hospitalisés en urgence par exemple) ou qui revendiquent de pouvoir développer leur activité via la PDSSES, grâce à la qualité de leurs plateaux techniques.

Par souci d'efficience, les ARS attribuent parfois des lignes mutualisées en cas d'activités réglementées déployées dans des ES localisés en proximité. Cela peut toutefois être parfois contesté, y compris au contentieux, par les ES concernés qui revendiquent le financement intégral d'une ligne.

Encadré 7 : Contentieux relatif à la mutualisation d'une ligne de PDSSES

L'ARS Bourgogne France Comté avait attribué une ligne de PDSSES mutualisée en cardiologie interventionnelle entre un EPS et un ESPL localisés à Dijon. Suite au contentieux engagé par l'établissement privé, le tribunal administratif a invalidé la position de l'ARS. Il estimé en effet que l'article R. 6123-132 imposant aux détenteurs d'une autorisation de cardiologie interventionnelle d'assurer une permanence médicale et un fonctionnement 24 H sur 24, tous les jours de l'année, ne prévoyait pas que ces obligations puissent être assurées à travers une mutualisation de moyens⁹³. Le juge n'a ainsi pas distingué, contrairement à la circulaire de 2011 à laquelle il ne s'est pas référé, « permanence médicale » et financement au titre de la PDSSES. L'ARS a fait appel.

Afin d'éviter de tels contentieux, il conviendrait de clarifier juridiquement ce point, dans le cadre d'une part de la réforme des autorisations dont les travaux semblent intégrer la notion de mutualisation de la permanence médicale pour plusieurs activités, et d'autre part d'une instruction sur la PDSSES qui en actualiserait les principes (cf. ci-après 3.3.2.2).

3.1.3.3 Une segmentation des activités inscrite dans une logique de gradation des soins et de filières plus ou moins formalisées

Alors que la circulaire du 11 février 2011 énumère des activités susceptibles d'être retenues en PDSSES, sans caractère prescriptif, on observe globalement une forte convergence dans les activités retenues par les ARS. Des variations existent toutefois selon les régions : certaines ARS reconnaissent des lignes de médecine polyvalente, de médecine interne, de gériatrie ou de psychiatrie pour fluidifier les urgences, d'autres ARS pas. Des lignes en néphrologie, de dermatologie, de pneumologie

⁹³ Tribunal administratif de Dijon n°1802280, SELARL groupe de cardiologie interventionnelle Dijon Bourgogne, lecture 19 décembre 2019.

reconnues dans certaines régions mais pas ailleurs car relevant de la continuité des soins ; idem pour les lignes de pharmacie.

Des échanges inter-ARS pilotés par la DGOS et le SG MAS permettraient de converger vers plus d'harmonisation, voire de contribuer à une actualisation du socle des spécialités reconnues dans une nouvelle circulaire sur la PDSES, en donnant une portée plus prescriptive à la liste des spécialités reconnues, charge aux ARS de définir le bon niveau de gradation territoriale dans l'attribution des lignes (cf. recommandation 5).

L'organisation graduée des spécialités varie entre deux ou trois niveaux selon les régions. Certaines spécialités n'existent qu'au niveau des établissements de recours ; d'autres se retrouvent tous les niveaux, d'autres sur les seuls niveaux de référence et de recours régional. Les activités s'inscrivent dans ce cas dans des organisations de filières inégalement formalisées : le modèle de référence est celui de la prise en charge des AVC plébiscité pour son efficacité et son organisation (équipements, télémédecine, appui du niveau de recours) ; mais même pour les spécialités relevant de filières moins formalisées, les services de recours assurent conseils, expertise aux niveaux territoriaux plus en proximité.

Les activités organisées en proximité

Elles sont portées par des CH de petite taille dotés de SAU et/ou de maternité. Il s'agit d'assurer un socle de soins spécialisés en proximité, tout en garantissant la qualité des soins et la soutenabilité des lignes, dans un contexte de démographie médicale défavorable :

- Obstétrique, filière périnatale et la pédiatrie
- Chirurgie orthopédique et viscérale,
- Cardiologie, incluant souvent les soins intensifs cardiologiques
- Anesthésie réanimation
- Médecine polyvalente et/ou gériatrique en aval des urgences, souvent dans le cadre de dispositifs partiels (le WE notamment)
- Radiologie (souvent externalisée)

Les activités dites de référence

Elles sont portées principalement par les établissements supports de GHT, parfois par d'autres (CH ayant des SAU à forte activité, isolés ou localisés dans des territoires à forte densité de population) ; c'est le niveau de gradation qui prête le plus à débats sur les choix des établissements porteurs de lignes, notamment de la part des établissements privés positionnés sur nombre de spécialités :

- Les soins critiques : réanimation ; soins continus ; USIC
- Les UNV
- Les chirurgicales spécialisées : urologie, ORL, ophtalmologie, vasculaires
- La cardiologie interventionnelle
- Les endoscopies digestives (hépatogastro-entérologie)
- Pneumologie et endoscopie bronchique

- La pédiatrie et l'obstétrique (maternités de niveau 2 B voire C)

Les activités de recours

Il s'agit d'activités hautement spécialisées, présentes dans un nombre limité de sites, le plus souvent en CHU, et qui se recoupent partiellement avec les activités réglementées. Leur affectation est relativement peu débattue, sauf dans les grandes régions comme l'Île de France dotée d'établissements privés comportant des plateaux techniques hautement spécialisés ; la FEHAP estime ainsi que les grands ESPIC franciliens sont insuffisamment reconnus dans le cadre de la PDES. La liste de ces activités dépend de la taille de la région et de la densité de l'offre de soins, y compris en termes de recours inter-régional :

- La réanimation pédiatrique
- Les chirurgies très spécialisées : pédiatrique, thoracique, cardiaque, maxillo-faciale, orale, de la main, neurochirurgie,
- Grands brûlés (recours inter-régional)
- Radiologie interventionnelle, neuroradiologie,
- Infectiologie
- Onco-hématologie
- Neurologie et UNV de recours
- Hémodialyse adulte et pédiatrique de recours
- Greffes⁹⁴

Les activités médico-techniques

Les activités médico-techniques (pharmacie, biologie, imagerie) présentent des problématiques distinctes, avec des enjeux majeurs de structuration territoriale et de fonctionnement s'agissant de l'imagerie.

La pharmacie et la biologie font l'objet d'approches variables par les ARS, souvent dans une logique d'ajustement en fonction des marges de manœuvre financières disponibles ; elles gagneraient à un effort de convergence. Elles prennent le plus souvent la forme d'astreintes mutualisées positionnées au niveau des ES supports de GHT et aussi de CH de taille moyenne avec des SAU ayant une activité importante. Aucun problème majeur d'organisation n'a été relevé par la mission ; a été soulevé seulement le sujet de l'impact sur la PDES en biologie de l'astreinte de l'Agence française du Sang (AFS) qui génère un surcroît d'activité (ex de Cholet).

La PDES en imagerie pâtit par contre de difficultés organisationnelles majeures et généralisées, induites par le manque de radiologues publics, une croissance très sensible de l'activité et des difficultés de mutualisation entre secteurs public et privé (cf. ci-après). Si tous les schémas régionaux de PDES affichent des principes de concentration et de mutualisation des lignes (par exemple une par département en région CVL), la mise en œuvre opérationnelle s'avère

⁹⁴ Même si l'activité réglementée des greffes d'organe relève de financements spécifiques, autres que les crédits FIR de la PDES, elle apparaît dans certain schéma est perçue par les acteurs de terrain comme une dimension à part entière de la PDES de recours.

problématique et le recours à la télé-imagerie externalisée, portée par des sociétés privées localisées à grande distance des établissements et des patients, se généralise dans les CH de petite et moyenne taille pour assurer la PDSSES. Par ailleurs plusieurs schémas affichent l'intention de développer l'imagerie interventionnelle au-delà des seuls établissements de recours (dans les établissements de référence notamment), mais butent sur le manque de radiologues formés à cette discipline. Dans plusieurs régions, le PRS et le schéma régional renvoient donc à des travaux ultérieurs pour revoir en profondeur l'organisation de la PDSSES en imagerie.

3.1.3.4 La répartition des spécialités par types de lignes : une forte concentration des activités de garde, une plus grande diversité des activités relevant des astreintes

Les schémas régionaux définissent les modalités d'exercice de la PDSSES, selon les spécialités et les territoires concernés.

Les gardes concernent un nombre très restreint d'activités, essentiellement des activités réglementées : soins intensifs, anesthésie et réanimation, périnatalité. L'imagerie (qui n'est pas réglementée) peut également faire l'objet de gardes lorsque les volumes d'activité sont très importants (cf. CHU). Certaines ARS peuvent accorder de façon (très) ciblée des lignes de garde pour des activités de chirurgie, soit du fait du fort niveau de sollicitation des astreintes par les SAU soit pour des raisons de fidélisation RH dans des CH de taille petite ou moyenne (médecins n'habitant pas à proximité).

Si les gardes concernent un petit nombre d'activités, elles représentent une part significative des lignes, entre 1/5 et 1/3 de ces dernières. Dans plusieurs régions, le PRS fait état d'une progression du nombre de gardes par rapport au schéma régional antérieur, en particulier en lien avec une application plus stricte des obligations réglementaires (cf. gardes en USIC).

La très grande majorité des activités, chirurgicales, médicales ou médico-techniques, relèvent d'astreintes, y compris s'agissant des spécialités de recours (chirurgicales, radiologie interventionnelle). Mais ces astreintes correspondent à des intensités d'activité variables selon les spécialités et les lieux, d'où des débats très sensibles sur leur indemnisation (cf. partie 3).

Certaines ARS recourent à des solutions mixtes pour optimiser les ressources médicales et les financements, en tenant compte de la réalité de l'activité en PDSSES : garde de début de nuit et astreinte de nuit profonde ; astreintes ou gardes de WE qui peuvent s'étendre parfois à des établissements non dotés de lignes de PDSSES en semaine.

Les schémas distinguent également les « lignes mutualisées » entre au moins deux établissements de santé, et les « lignes pleines ».

Les schémas peuvent ainsi décliner jusqu'à une dizaine de modalités, autant organisationnelles que financières, qui reflètent un souci de finesse et d'optimisation, aux dépens parfois d'une plus grande lisibilité.

Pour approcher la répartition quantitative des lignes par spécialités et par type de lignes, la mission a consolidé les annexes statistiques pour 2018, transmises par les ARS en complément de leur rapport annuel 2019. Comme évoqué au début de la partie 2, ces données sont affectées par des erreurs de reporting de certaines ARS et sont manquantes pour certaines régions (le Centre-Val de Loire et l'Occitanie).

Ces données font apparaître un nombre de 1850 lignes de gardes et de 3330 lignes d'astreintes reconnues par les ARS au titre de la PDSSES, pour la France hors les régions du Centre-Val de Loire,

d'Occitanie et des Pays de la Loire⁹⁵, des nombres qu'il convient de prendre avec prudence eu égard aux limites mentionnées ci-dessous.

Elles renseignent en revanche de manière vraisemblablement plus sûre sur le poids respectif des différentes activités médicales concernées par ces lignes de permanence. Elles montrent notamment les points suivants (tableau x) :

- Un grand nombre d'activités médicales font l'objet de lignes de gardes ou d'astreintes reconnues au titre de la PDSSES.
- Les gardes sont concentrées sur un nombre réduit d'activités médicales ou chirurgicales : neuf activités médicales et chirurgicales, principalement réglementées, concentrent de l'ordre de 82% des lignes de gardes : l'anesthésie adulte (22%), la réanimation adulte (18%), la gynécologie-obstétrique (12%), la cardiologie (10%), la pédiatrie (8%), la chirurgie viscérale et digestive (4%), la radiologie et l'imagerie médicale (3,5%), la neurologie et la chirurgie orthopédique (un peu plus et de l'ordre de 2,5% respectivement)..
- Les astreintes font l'objet d'une concentration de moindre ampleur, avec une présence plus forte des activités chirurgicales. Douze activités représentent 68% des lignes reconnues : l'anesthésie adulte et la chirurgie viscérale et digestive (9% chacune), la chirurgie orthopédique et la pédiatrie (7,5% chacune), la radiologie et l'imagerie médicale (6,5%), la gynécologie-obstétrique (5,5%), la médecine générale, gériatrique ou polyvalente (4,5%), la gastroentérologie⁹⁶ et la biologie médicale (un peu plus de 4%), la cardiologie interventionnelle (un peu plus de 3,5%), l'ORL-odontologie-stomatologie (3,5%) et la cardiologie (3%).

⁹⁵ Par ailleurs, les données transmises par l'ARS Centre-Val de Loire ne sont pas suffisamment détaillées (pour deux activités médicales) pour pouvoir être agrégées de manière satisfaisantes avec celles des autres régions.

⁹⁶ Dont l'endoscopie digestive.

Tableau 5 : Nombre de lignes de gardes et d'astreintes par activités médicales au 31/12 2018, pour la France hors les régions Centre-Val de Loire, Occitanie et Pays-de-Loire

	Nombre de lignes de		Poids de chaque activité médicale dans le total, en %	
	Gardes 1/	Astreintes 1/	Gardes	Astreintes
Anesthésie adulte	406,5	331,3	22,0	9,1
Anesthésie pédiatrique	17,0	11,5	0,9	0,3
Réanimation adulte (médicale, chirurgicale et polyvalente)	330,0	26,4	17,8	0,7
Réanimation pédiatrique	16,0	5,0	0,9	0,1
Réanimation néonatale	37,0	10,0	2,0	0,3
Cardiologie/affect. vasculaire/path. cardio-vasculaire (dont USIC)	183,5	109,8	9,9	3,0
Cardiologie interventionnelle	7,0	133,5	0,4	3,7
Radiologie interventionnelle	6,0	34,2	0,3	0,9
Néphrologie	13,5	60,5	0,7	1,7
Neurologie (dont UNV)	50,0	64,0	2,7	1,8
Gastroentérologie (dont endoscopie digestive)	8,5	151,9	0,5	4,2
Hématologie clinique	14,5	40,0	0,8	1,1
Pneumologie dont interventionnelle	8,5	67,5	0,5	1,9
Ophthalmologie	5,3	76,5	0,3	2,1
Pédiatrie	146,0	277,3	7,9	7,6
Médecine générale, gériatrique ou polyvalente	34,0	160,5	1,8	4,4
Gynécologie-obstétrique	220,0	194,9	11,9	5,4
Chirurgie infantile (notamment viscérale et orthopédique)	14,8	64,5	0,8	1,8
Chirurgie cardiaque	6,0	39,5	0,3	1,1
Chirurgie vasculaire	0,8	79,9	0,0	2,2
Chirurgie thoracique	1,5	31,8	0,1	0,9
Chirurgie viscérale et digestive	73,5	317,5	4,0	8,8
Chirurgie orthopédique (dont chir. main non SOS main) et traumat.	45,4	277,0	2,5	7,6
Chirurgie maxilo-faciale	4,0	32,0	0,2	0,9
Grands brûlés	5,0	10,0	0,3	0,3
SOS mains (labelisé)	0,0	16,5	0,0	0,5
Neurochirurgie et neuro-radio interventionnelle	14,5	51,5	0,8	1,4
Urologie	9,0	97,8	0,5	2,7
ORL-odontologie-stomatologie	8,5	125,0	0,5	3,4
Psychiatrie d'urgence (au sein des struct. autorisées à la méd. d'urgence)	19,5	33,5	1,1	0,9
Urgences privées (ex-OQN)	11,0	0,0	0,6	0,0
Biologie médicale	28,8	151,0	1,6	4,2
Radiologie et imagerie médicale	66,5	231,4	3,6	6,4
Pharmacie	4,3	44,8	0,2	1,2
Autres spécialités médicales et chirurgicales 3/	34,5	268,3	1,9	7,4
France (hors Centre-Val de Loire, Occitanie et Pays de la Loire) 2/ 3/	1850,6	3626,6	100,0	100,0

Source : ARS hors celles de Centre-Val de Loire, Occitanie et Pays de la Loire, calculs mission

1/ Ces données peuvent être affectées par des erreurs de reporting des ARS (comme évoqué en introduction de la partie 2 du rapport). Il convient de les interpréter avec prudence.

2/ Les données sont manquantes pour les régions Centre-Val de Loire et Occitanie. Celles relatives aux Pays de la Loire ne sont pas suffisamment détaillées pour pouvoir être agrégées de manière satisfaisantes avec celles des autres régions

3/ Après une correction discrétionnaire approximative liée à une erreur de saisie manifeste pour le nombre de lignes d'astreintes en dermatologie en Ile-de-France

3.1.3.5 Des territoires de référence hétérogènes selon les régions, une analyse du maillage en lignes à approfondir pour comprendre les paramètres et la pertinence des choix régionaux

La PDSES se décline au sein de territoires de référence, variables selon les régions :

- Les territoires de référence de la PDSES coïncident souvent avec ceux des départements, en particulier quand le périmètre des GHT coïncident avec ces derniers (cf. CVL, Pays de Loire). En ARA, les territoires de référence de la PDSES coïncident avec les départements (sous réserve du regroupement de la Drome et de l'Ardèche) alors que le périmètre des GHT s'en affranchissent parfois.
- Certaines ARS se sont calées sur des territoires de santé, soit des territoires beaucoup plus fins que ceux des GHT (cf. dans les Hauts de France avec 23 zones de PDSES pour 13 GHT hors le GHT Psychiatrique 59-62), soit (un peu) plus large (en Bretagne, 7 zones de PDSES pour 8 GHT).

La lisibilité et l'efficacité plaident pour des territoires de PDSES ni trop fins au risque d'émietter les lignes, ni trop larges, par souci d'accessibilité des soins et de facilitation des coopérations opérationnelles inter-ES. Cela plaide pour un maillage calé sur celui des GHT quand il est lui-même lisible et cohérent (ce qui n'est pas toujours le cas comme le pointe le rapport de l'IGAS sur les GHT).

Une analyse du maillage régional et infrarégional serait à conduire dans le cadre de travaux ultérieurs. La mission n'a pu réaliser l'exploitation approfondie des schémas régionaux de PDSES que pour trois régions (Hauts de France, Bretagne, Pays de Loire), ce qui est insuffisant pour en tirer des enseignements généralisables en ce qui concerne la densité comparée des lignes, ses facteurs explicatifs et encore moins la pertinence des choix régionaux. Il apparaît toutefois que des régions comparables en nombre d'habitants (cf. BFC et CVL) disposent d'un nombre de lignes différent, sans qu'il soit possible de faire la part entre choix régionaux, contexte géographique et structure de l'offre.

Dans le cadre d'une reprise de la mission et aussi du pilotage national de la PDSES, il serait donc intéressant de mener un triple travail :

- Comparer pour l'ensemble des ARS, le nombre de lignes en fonction de la population régionale et de l'offre MCO, pour tenter de distinguer des « profils » régionaux ;
- Approfondir la situation d'un plus grand nombre de régions, aux profils socio-géographiques et de structure d'offre (poids du secteur privé) plus variés, afin d'approcher les critères de choix et les questions de pertinence.
- Animer un travail inter-ARS sur les critères d'attribution des lignes ainsi que les indicateurs et méthodes pouvant contribuer à leur objectivation.

En première analyse, le nombre de lignes semble surtout corrélé à celui de la population (avec des effets d'échelle liés à la densité démographique) et à la densité de l'offre de MCO, tempérés par des choix, plus ou moins volontaristes selon les ARS, en termes de concentration et mutualisation des lignes. D'autres paramètres plus fins sont évoqués dans les schémas : enclavement de certains ES, afflux saisonniers de population.

Les acteurs territoriaux admettent également que ponctuellement, certaines lignes de PDSES sont moins justifiées par de réels besoins au titre de la permanence des soins, qu'à l'impérieuse nécessité

d'attirer et fidéliser, via le levier financier des gardes et astreintes, des médecins spécialistes, dans des CH en difficultés, pour permettre la survie de certaines activités.

Tableau 6 : Nombre de lignes de PDSES comparé dans plusieurs régions

région	population M hts	superficie km ²	densité hts/km ²	nb départements	nb GHT	nb CHU	nb ES MCO	nb ES participant à la PDSES	nb lignes G	nb lignes A	Nbre de lignes	% des lignes de garde
BFComé	2,8	47 800	58,8	8	12	2			107	236	343	31
Bretagne	3,3	22 200	121	4	7	2	66	33	75	246	321	23
CVL	2,7	39 150	66	7	7	1	48	34	62	237	299	20,7
HdF	6	31 800	189	5	13	2	115		200(+89 lignes Internes)	370	570	35
IdF	12,2	12 011	1001	8	15	1			350	700	1050	33
PdL	3,7	32 000	115	5	5	2	66	39	72	210+45 A de WE	327	22
PACA ⁹⁷	5	31 400	160	6	6	2		65	165	418	583	28

Source : Mission

3.2 La place de la PDSES dans l'organisation territoriale des soins : des enjeux de gradation, de sécurité des soins et d'efficience

3.2.1 Une organisation et un fonctionnement de la PDSES qui reflètent les forces et faiblesses de l'offre de soins dans les territoires

3.2.1.1 Une PDSES qui semble assurer son rôle de sécurité et d'accès aux soins pour les situations les plus graves

Dans les 3 régions avec lesquelles la mission a conduit les échanges les plus approfondis, aucune ARS n'a signalé de dysfonctionnements majeurs de la PDSES de nature à porter préjudice aux patients dans les situations les plus graves. Un nombre très limité d'évènements indésirables graves associés aux soins⁹⁸ (EIGS) semblent avoir été signalés au titre de la PDSES dans les régions visitées (l'ARS Pays de Loire n'en a repéré qu'un seul dans le cadre du bilan du PRS 1) .

Toutefois la faiblesse des évènements indésirables en PDSES est susceptible de refléter autant un nombre effectivement limité d'incidents qu'une sous-déclaration par les établissements de santé et la faiblesse du dispositif de monitoring (cf. rapport 2019 de l'HAS sur le retour d'expérience sur les

⁹⁷ Données 2017.

⁹⁸ Un évènement grave associé aux soins (EIGS) est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne dont les conséquences sont la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel, permanent, y compris une anomalie ou malformation congénitale (décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016).

EIGS). Dans le cadre de la reprise des travaux d'une mission sur la PDSES, un questionnaire aux GHT et à toutes les ARS permettrait d'affiner le diagnostic sur ce point précis. Les bonnes pratiques régionales mériteraient d'être capitalisées et diffusées, comme la démarche francilienne d'un registre des refus d'admissions et des fonctionnements non conformes en PDSES.

Encadré 8 : Le rapport annuel de l'HAS sur les EIGS

La Haute Autorité de Santé est chargée de collecter et d'analyser les EIGS après leur traitement au niveau régional par les ARS. Le rapport annuel 2019 faisait état de 1187 déclarations France entière (hôpitaux dont psychiatriques, secteur médico-social, Ville) dont 80 % à l'hôpital et 44 % dans les services de MCO. **49,5 % des EIGS se déroulent la nuit, WE ou jours fériés.** Les causes mettent en évidence l'influence du facteur humain : erreur de prescription, défaut de surveillance, non-respect de protocole, perte de maîtrise etc...

Le rapport témoigne d'un niveau de déclaration très inégal des EIGS selon les régions : Auvergne-Rhône-Alpes 219 ; Bourgogne-Franche-Comté 93 ; Bretagne 56 ; Centre-val de Loire 87 ; Corse 3 ; Grand Est 51 ; Guadeloupe 0 ; Guyane 0 ; Hauts-de-France 56 ; Île-de-France 200 ; La Réunion : 0 ; Martinique 5 ; Mayotte : 0 ; Normandie 20 ; Nouvelle-Aquitaine 75 ; Occitanie 65 ; Pays de la Loire 93 ; Provence-Alpes-Côte d'Azur 164.

Source : *Rapport 2019 de la HAS sur le retour d'expérience sur les EIGS*

Recommandation n°5 Développer les dispositifs de repérage des dysfonctionnements en PDSES en lien avec les SAMU et les établissements ; s'appuyer sur un usage plus rigoureux du dispositif de signalement des évènements indésirables graves associés aux soins et diffuser les bonnes pratiques comme le registre des refus et fonctionnements non conformes mis en place par l'ARS Ile de France.

La mission a identifié par ailleurs plusieurs aspects qui semblent contribuer positivement fonctionnement de la PDSES : la bonne articulation entre PDSES et réseau des soins urgents, le fonctionnement en filière et dans une moindre mesure les transports sanitaires.

Le dispositif de la PDSES semble fonctionner en bonne articulation avec le réseau des soins urgents. Ce dernier est à l'origine des hospitalisations en période de PDSES soit à la suite à un passage aux urgences pour la majorité des cas soit dans le cadre d'admissions directes via le 115 et les SMUR⁹⁹. Le réseau des urgences est à ce titre très associé aux travaux sur les schémas régionaux de la PDSES, pour exprimer ses besoins et sa vision de son fonctionnement.

Les SAMU disent avoir une vision claire et fine des services susceptibles d'admettre en PDSES en fonction des besoins des patients. Pour autant, cela ne les exonère pas de négociations parfois tendues avec les services concernés pour faire admettre des patients en urgence, du fait de tensions sur les lits disponibles. Les schémas prévoient parfois un affichage dans le ROR des lignes de PDSES et des lits disponibles ; cela semble peu effectif. Le PRS Ile de France pose le principe d'un coordinateur PDSES dans chaque établissement, interlocuteur unique de l'établissement aux horaires de la PDSES, pour faciliter les prises en charge.

Le fonctionnement des SAU et de la PDSES sont imbriqués. Les lignes de PDSES servent d'aval pour certains patients des SAU et les médecins décident ensemble des interventions à réaliser en PDSES

⁹⁹ La mission n'a pu récupérer de données chiffrées précises sur l'origine de l'adressage de l'activité en PDSES sauf par le CHU de Nantes : 56,3 % des hospitalisations en PDSES sont effectuées suite à un passage aux urgences, 33,5 % sur admission directe du domicile, 7,73% correspondent à des naissances et 4,4 % à des transferts d'autres ES.

ou susceptibles d'être différées au matin. Les médecins de permanence sont fortement sollicités par ceux des urgences pour des avis spécialisés et l'interprétation d'images. L'activité des lignes de PDSSES est dans plusieurs spécialités fortement dépendante du niveau d'activité des SAU, ce qui est pris en compte dans l'attribution de lignes par les ARS. Le souci de désengorger les SAU a d'ailleurs conduit de nombreuses ARS à autoriser des lignes de PDSSES de médecine polyvalente, interne ou gériatrique, qui relèvent ailleurs de la continuité.

Les acteurs de terrain rencontrés, ARS, SAMU, médecins des ES, ont tous souligné la lisibilité des filières de recours et leur fonctionnement robuste pour les situations exigeant des plateaux techniques pointus. La filière AVC, structuré par les UNV, adossées aux services de recours régionaux, apparait comme un modèle.

L'organisation des transports sanitaires ne semble pas faire obstacle au fonctionnement gradué de la PDSSES : pas de difficultés particulières au sein des SMUR dans les régions rencontrées mais des tensions parfois sur les ambulances dans certains territoires pour assurer les transferts inter-établissements. La couverture en hélicoptère, importante, voire très importante, dans certaines régions facilite l'accès aux CH de référence et de recours. Elle semble avoir aussi dans les territoires souffrant d'une offre de soins fragile, une dimension de « compensation » qui selon certaines ARS (5 hélicoptères en CVL) peut conduire à un équipement supérieur à la réalité des besoins.

3.2.1.2 Une PDSSES sous tension, qui reflète les fragilités de l'offre de soins ; une situation de l'imagerie particulièrement préoccupante.

Si la PDSSES est assurée sans dysfonctionnements majeurs, cette mission s'exerce sous tension. Les difficultés de la PDSSES dans les territoires sont liées à celles de l'offre de soins :

- Dispersion de l'offre MCO conjuguée avec des difficultés aiguës de recrutement dans les CH de taille petite et même moyenne, ce qui conduit à faire reposer la PDSSES sur un nombre trop faible de praticiens, d'où le recours structurel à l'intérim (cf. partie 3) ; le directeur de l'offre de soins d'une ARS a évoqué des « CH au bord de l'effondrement ».
- Pression très forte sur les CHU qui cumulent l'activité de PDSSES en provenance de leurs SAU surchargés, la PDSSES des spécialités de recours qu'ils sont souvent seuls à exercer et souvent l'appui apporté à des CH membres du GHT en difficultés pour tenir leurs lignes.
- Enjeux capacitaires, inégalement présents selon les spécialités et les territoires, mais qui pèsent sur les démarches d'hospitalisation en PDSSES. Selon le registre des refus et des fonctionnements non conformes en PDSSES, le PRS de l'Île de France estime à 32 % « les refus de patients liés à l'absence de place d'hospitalisation, alors que dans le même temps le nombre de lits de MCO tend à diminuer du fait du virage ambulatoire ».

Trois spécialités – l'imagerie au premier chef, la pédiatrie et l'anesthésie réanimation - se révèlent en forte tension en PDSSES du fait de problèmes structurels de recrutement qui pèsent sur l'ensemble de leur fonctionnement.

L'imagerie est de loin la spécialité posant le plus de difficulté avec un effet ciseaux entre une forte croissance de l'activité en PDSSES, et des problèmes de recrutement qui pèsent sur le calibrage des équipes publiques dans les CH et aussi les CHU.

Encadré 9 : Activité en imagerie en période - données d'activité au CHU de Nantes et au CH de Cholet

L'activité en PDS du CHU de Nantes en PDSSES a été multipliée par deux entre 2010 et 2019 s'agissant des actes faits sur scanner (passage de 6 136 actes à 13 606) et en IRM (de 77 à 162 par an), et par 6 s'agissant des échographies (de 330 à 1976). Par contre le nombre de radiologues a baissé de 23 à 17 entre 2016 et 2020.

Le CH Cholet indique pointe également une croissance des actes d'imagerie en période de PDSSES : 109 actes en moyenne le dimanche (+19 % entre 2014 et 2019) et 51 actes en moyenne la nuit (+29 %) ; dans le même temps les équipes de radiologues sont depuis 17 ans en sous-effectif chronique variant de 2 à 4 radiologues, avec 12 astreintes par mois. D'où le recours récent à la télé-imagerie externalisée à compter de 22H.

Source : CH de Cholet et CHU de Nantes

L'appui du CH support du GHT est souvent mobilisé pour sécuriser le fonctionnement des lignes dans des CH les plus en difficulté. Les coopérations public/privé sont exceptionnelles, sachant que dans certaines villes moyennes, l'imagerie privée apparaît aussi en difficulté (cf Cholet).

Le recours à la télé-imagerie privée « extraterritoriale »¹⁰⁰ en PDSSES se généralise dans les CH de petite et moyenne taille. Une enquête conduite par la FHF Bretagne a montré que sur 18 EPS sollicités, 15 recouraient à la télé-imagerie externalisée, principalement en PDSSES mais avec une croissance du recours à l'externalisation pour l'activité programmée. En région Auvergne Rhône Alpes, l'étude de 2017 préparatoire à l'élaboration du nouveau schéma régional de PDSSES, a montré que 34 % des lignes d'imagerie dans les établissements publics et 26 % des lignes dans les établissements privés étaient mises en œuvre en s'appuyant au moins partiellement sur la télé-imagerie externalisée. Les établissements publics de santé se trouvent donc de plus en plus dépendants de prestataires privés extérieurs à leur territoire, pour une activité essentielle à leur fonctionnement et avec des retours contrastés sur la qualité des prestations en fonction des opérateurs.

Plusieurs ARS ont ou vont lancer des travaux spécifiques sur la PDSSES en imagerie, dans le prolongement du PRS, avec pour objectif de structurer des solutions d'imagerie et de télé-imagerie associant radiologues publics et libéraux de leur territoire (travaux en cours en Bretagne, amorcés en Centre Val de Loire avec l'appui de l'ANAP, prévus en Pays de Loire et région Auvergne Rhône Alpes). Ces projets sont toutefois complexes à monter : la volonté de coopération entre acteurs publics et privés n'est pas acquise et les modalités concrètes de leur coopération sont difficiles à établir, en dépit de l'introduction récente du cadre juridique des plateaux d'imagerie médicale mutualisée (PIMM) qui permet des dérogations aux règles statutaires et conventionnelles de rémunération mais ne prévoit pas explicitement l'activité de télé-radiologie¹⁰¹.

¹⁰⁰ Trois sociétés ont été citées : IMADIS, ACETIAM, Télédiag.

¹⁰¹ Article L6122-15 du code de la santé publique

Encadré 10 : Les projets bretons dans le champ de la télé-imagerie

Face à la pénurie de médecins radiologues dans les secteurs public et privé, le projet dont la FHF est à l'initiative a deux dimensions :

- A court terme, une politique d'achat commune de prestations de télé-imagerie externalisée portée par le RESAH et le GCS E – santé Bretagne, qui a permis aux établissements publics de converger vers le même prestataire et de réduire les coûts
- A moyen terme, le projet de création d'une plateforme régionale de télé-imagerie publique privée couvrant PDSES, activité programmée et activité de recours ; ce projet fait l'objet d'un travail commun entre la FHF et l'URPS des radiologues, en associant les GHT et le GCS –E santé Bretagne. Les partenaires bénéficient de l'appui d'un cabinet pour travailler sur les aspects juridiques et le modèle économique du projet, cofinancé par l'ARS. Une expérimentation de la plateforme sur l'Ille et Vilaine est en cours de finalisation.

Les travaux régionaux sur la PDSES en imagerie gagneraient à être soutenus par le niveau national, du fait du caractère structurel des difficultés et de la complexité de montage des projets. A noter que les tentatives de plusieurs ARS de lier les autorisations d'équipements lourds à la participation à la PDSES se sont révélées décevantes en termes d'application concrète, une fois l'autorisation accordée. Le groupe de travail relatif à la réforme des autorisations dans le champ de l'imagerie, avait d'ailleurs commencé à aborder l'hypothèse d'une obligation de permanence médicale, mais les travaux ayant été interrompus, ce point, par ailleurs non consensuel, n'a pas pu être approfondi.

Recommandation n°6 Face à la situation critique de la PDSES en imagerie, conduire une concertation globale sur les difficultés de la spécialité, mener en lien avec les ARS des travaux nationaux visant à faciliter le montage de projets publics/privés de télé-imagerie territorialisée et prendre en compte dans les travaux relatifs à la réforme des autorisations, les enjeux de sécurisation de la PDSES en imagerie.

Les acteurs de terrain pointent par ailleurs des problèmes organisationnels susceptibles de peser sur la qualité ou sur l'organisation des soins en PDSES :

- Le recours à l'intérim pour assurer le fonctionnement des urgences et de certaines lignes de PDSES (en anesthésie principalement) dans des CH en sous effectifs.
- Une sur-spécialisation en chirurgie qui complique l'organisation de la PDSES du fait de réticences des praticiens à participer à des lignes moins spécialisées.
- Des problèmes ponctuels d'articulation entre internes de garde et seniors d'astreintes, pour sécuriser l'activité des premiers.

Par ailleurs, l'impact de la PDSES sur l'activité de jour, du fait des règles de récupération, s'avère d'autant plus fort que les équipes médicales sont réduites.

3.2.2 Une organisation de la PDSES au sein des GHT peu mutualisée, qui reflète le faible niveau d'intégration des projets médicaux et des configurations de GHT très hétérogènes

La création des GHT et le caractère en théorie structurant des projets médicaux partagés (PMP) devraient pouvoir servir de point d'appui à une organisation de la PDSES plus intégrée, permettant une optimisation des ressources médicales et une rationalisation des lignes au sein des établissements membres. Cet objectif a reçu une première traduction réglementaire à travers la

notion de « schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins, organisé et coordonné au niveau du GHT » apparue dans plusieurs textes depuis 2016 mais aucun ne donne d'indication de contenu concernant ce schéma¹⁰².

A ce stade, dans les régions rencontrées par la mission, les schémas territoriaux de la PDSES semblent le plus souvent soit inexistantes soit très peu structurants (consolidation de l'existant sans réelle réflexion commune). Ceci reflète d'une part la faiblesse des projets médicaux des GHT et d'autre part la grande hétérogénéité de leur configuration (« micro » et « méga » GHT) soulignées dans le rapport de l'IGAS relatif au bilan d'étape des GHT. Certaines ARS ont pourtant cherché à promouvoir des approches plus intégrées de PDSES. L'ARS Centre Val de Loire avait ainsi prévu que les réponses aux appels à candidatures pour les lignes de PDSES devaient se faire au nom du GHT et pas au niveau des établissements membres. In fine seuls 2 GHT sur 7 ont présenté une réponse commune, cette dernière traduisant par ailleurs moins un projet médical partagé, que le maintien d'équilibres inter-établissements. Des coopérations existent au sein des GHT mais le plus souvent ponctuelles : mutualisations de lignes subies plus que construites, CHU ou CH de taille moyenne venant en appui d'un CH de proximité, pour aider au fonctionnement de lignes de PDSES (cf imagerie).

La mission a toutefois repéré des organisations inspirantes, en particulier en Bretagne, dotée d'une pratique de coopération hospitalière plus développée que dans d'autres régions. A titre d'exemple, le GHT de Brocéliande atlantique (CH de Vannes comme CH support) développe différentes démarches de coopération et d'intégration médicales, qui dépassent la PDSES tout en contribuant à sa consolidation :

- Mise en place d'une direction commune, d'une fédération médicale inter-hospitalière aux urgences et de pôles médicaux inter-établissements (pôle de chirurgie, pôle femme-enfant, pôle urgences-réanimation-médecine). Ces pôles reposent sur des projets médicaux et des équipes médicales de territoire qui ont vocation à s'organiser pour assurer la PDSES. L'exercice sur deux sites semble rendre les recrutements plus attractifs (alterner des modalités d'exercice différentes au sein d'un CH de proximité et d'un CH de référence).
- Astreintes mutualisées dans plusieurs spécialités (urologie, orthopédie, pédiatrie et bientôt ORL) entre Vannes et Ploërmel et développement de la télé-expertise entre les deux sites. Ces astreintes mutualisées peuvent prendre plusieurs formes : mise en commun des ressources médicales des deux sites pour faire tourner une ligne ; ligne maintenue à Vannes avec un appui apporté au SAU de Ploërmel (avis, déplacements sur place de médecins si nécessaire, organisation des transferts), supervision par Vannes de l'astreinte de la maternité de Ploërmel. Le CHBA regrette toutefois qu'il n'y ait pas de reconnaissance financière, pour les médecins comme pour les établissements, des démarches de mutualisation qui tendent à alourdir l'activité des lignes.
- Assistants partagés : entre le CHU et les CH, et entre le CH support et les autres CH du GHT ; ce qui apporte une ressource supplémentaire de jeunes médecins encore en lien avec le CHU et profitant d'une diversité de contextes d'exercice.

Sans une intégration médicale renforcée des GHT, les perspectives semblent peu porteuses pour faciliter une organisation de la PDSES rationalisée et plus économe de ressources médicales. La médicalisation de la gouvernance des GHT prévue dans le cadre du plan Investir pour l'Hôpital et du Ségur de la santé peut constituer un levier pour atteindre cet objectif. Cette réforme, retardée par la crise sanitaire, prévoit d'intégrer la GRH médicale parmi les fonctions supports mutualisées à

¹⁰² Y compris l'instruction interministérielle du 4 mai 2017 relative à l'organisation des GHT

l'échelle du groupement et de créer une sous-commission relative à la permanence et à la continuité des soins au sein de la commission médicale de groupement. Elle pourrait être aussi l'occasion de donner au schéma territorial une assise réglementaire et un contenu plus forts, en prévoyant également les liens avec les établissements non membres du GHT, localisés sur le territoire.

Recommandation n°7 Faire de la réforme visant à la médicalisation de la gouvernance des GHT (GRH médicale mutualisée, COPS de groupement) en cours d'élaboration, un levier pour une PDSSES plus intégrée et optimisant les ressources médicales ; donner une assise réglementaire renforcée au schéma territorial de PDSSES.

3.3 Limites et leviers d'une répartition plus équilibrée de la charge de la PDSSES entre les différents acteurs

3.3.1 Une faible place des établissements de santé privés dans la PDSSES qui reflète des intérêts contradictoires et de coopérations public/privé limitées

Comme le montre la partie 1 du rapport d'étape, le poids dans la PDSSES des établissements privés de santé ne reflète pas leur place dans l'offre de soins. Dans un contexte de rationalisation budgétaire, la loi HPST n'a pas réussi à faire de la PDSSES une mission de service public plus largement répartie. Toutefois l'objectif d'un meilleur équilibre de la participation des différents acteurs à la PDSSES, fait l'objet de positions ambivalentes de la part des intéressés. Seule la revendication d'une plus grande harmonisation des règles entre les régions, fait l'unanimité entre tous les acteurs.

Le secteur privé, lucratif et non lucratif, s'estime traité de façon inégalitaire, compte tenu de la contribution de l'hospitalisation privée à la réponse aux besoins de santé sur les territoires et du niveau de certains de ses plateaux techniques. La FEHAP revendique une meilleure reconnaissance du secteur privé non lucratif dans la PDSSES, mais son poids dans l'offre de MCO étant faible, l'enjeu est plus ciblé territorialement (Ile de France, Grand est). La FHP a communiqué à la mission une contribution détaillée qui pose la PDSSES comme un enjeu stratégique pour l'hospitalisation privée. Elle revendique une plus grande place en PDSSES tout en contestant la notion de rééquilibrage au motif d'une différence de positionnement de l'offre du secteur privé dans les autorisations.

Encadré 11 : Contribution de la FHP à la mission IGAS – constats et recommandations

- Renforcer la transparence sur les critères d'attribution des lignes, face au constat d'attributions essentiellement guidées par l'historique et les enjeux financiers ; développer une évaluation qualitative des lignes et un pilotage par la donnée
- Harmoniser les règles régionales en termes d'activités éligibles à la PDSSES, de types de lignes reconnues.
- Remise en cause des mutualisations de lignes sans logique opérationnelle, fonctionnant comme un levier d'ajustement financier
- Attribuer systématiquement des lignes de PDSSES aux médecins urgentistes libéraux ; accorder à tout établissement détenteur d'un service d'urgences une ligne de garde en orthopédie, en anesthésie et chirurgie digestive.
- Revaloriser le niveau de rétribution des astreintes pour les professionnels libéraux ; interrogation sur l'absence de rétribution des établissements au titre des plateaux techniques mis à disposition.

- S'interroger sur le cadre réglementaire qui donne une place de plein droit au secteur public dans la PDSSES mais facultative au secteur privé ; remplacer la notion de « service public hospitalier » par un « service territorial de santé »

Même dans les régions où le secteur privé est davantage présent dans la PDSSES, la FHP dénonce des doctrines de financement défavorables. Elle pointe ainsi l'exemple de la région Occitanie où le PRS 2 prévoit des reconnaissances financières partielles de lignes (demi ou tiers d'enveloppe) aux établissements privés ayant une faible activité en PDSSES, sans suffisamment, selon elle, prendre en compte leur localisation dans des zones isolées. On peut noter a contrario l'effort de rattrapage opéré dans le cadre du PRS 2 en Bretagne (enveloppe supplémentaire de 1 M€), pour corriger une situation particulièrement basse.

Une plus grande objectivation de la place du secteur privé d'une région à l'autre serait utile pour étayer le débat, dans le cadre d'une reprise des travaux et/ou de réactivation de l'annexe statistique au bilan du FIR comptabilisant les lignes portées par le secteur privé lucratif et non lucratif.

De son côté, la FHF pointe l'impact défavorable de la PDSSES sur les conditions de travail et l'attractivité de l'exercice public, tout en dénonçant une couverture financière partielle des coûts de la PDSSES par le FIR. Les acteurs de l'hospitalisation publique déplorent le manque d'implication des professionnels libéraux dans la « charge de PDSSES », parfois aussi voire plus nombreux qu'eux dans certaines spécialités (imagerie, ophtalmologie, anesthésistes réanimateurs), mais ils sont réticents à partager des lignes dans le cadre d'enveloppe FIR sous contrainte.

Par-delà l'historique de la PDSSES et la politique des ARS, d'autres facteurs peuvent expliquer les différences de positionnement des secteurs publics et privés dans cette dernière.

Le poids contrasté des différents acteurs dans la PDSSES traduit en partie les positionnements différents dans l'offre MCO, des établissements publics (80 % des autorisations de SAU, hospitalisation complète dominante, présence des activités de recours) et des établissements privés lucratifs (dominante de chirurgie ambulatoire).

Nombre de praticiens libéraux ne sont pas demandeurs de participer à la PDSSES, et ont même quitté le secteur public en partie pour échapper à cette charge. Ils pointent dans le même temps, des contraintes spécifiques liées à l'exercice libéral, comme assurer le suivi de leurs propres patients en engageant leur responsabilité (cf. suites opératoires par exemple) et devoir à ce titre, se rendre disponibles aux heures de la PDSSES en cas de besoin.

Ils soulignent aussi les spécificités du modèle économique de la PDSSES pour les libéraux :

- Non revalorisation des indemnités de sujétions depuis 2013¹⁰³.
- Absence d'honoraires si pas d'actes réalisés pendant la garde ou l'astreinte. C'est pourquoi les astreintes d'ophtalmologie par exemple sont fort peu attractives pour les libéraux qui représentent le gros des praticiens.

¹⁰³ 229€ pour une garde de nuit, dimanche et jour fériés, 79€ pour un début de nuit, 150€ pour une garde en nuit profonde et le samedi après-midi ; 150€ pour une astreinte de nuit, de dimanche et jour férié, 50€ pour une astreinte de début de nuit, 100€ pour une astreinte de nuit profonde

- La perte sèche d'honoraires liée à l'annulation le lendemain d'interventions chirurgicales privées de couverture assurantielle dès lors que les praticiens ont travaillé pendant la nuit. La PDESES perturbe le modèle d'activité largement programmée sur lequel reposent les cliniques.

Les exemples de partage, coopération ou mutualisation existent toutefois même s'ils restent rares. Ils répondent à différents modèles :

- Mutualisation financière, correspondant à un simple partage de financement d'une ligne, chaque établissement continuant à l'assurer à temps plein,
- Mutualisation de lignes avec alternance d'exercice de la PDESES entre un ou plusieurs établissements publics et privés (cf ophtalmologie, ORL, urologie cardiologie, interventionnelle...).
- Très rarement exercice de la ligne par un établissement privé, seul détenteur de l'activité à l'échelle d'un territoire.
- Exceptionnellement, des organisations plus intégrées autour d'un plateau technique et/ou d'un projet médical partagés, sur une activité ciblée dans le cadre de conventions de coopération.

Encadré 12 : L'exemple de la mutualisation de la PDESES en ophtalmologie à Vannes

Faute de praticiens en nombre de suffisant (2 à 3), le CH de Brocéliande atlantique n'a pu assurer de ligne de PDESES en ophtalmologie pendant plusieurs années alors que 26 ophtalmologues libéraux exerçaient en ville ou en clinique. Grâce à la médiation d'un professeur du CHU de Rennes, un dispositif de mutualisation a pu se mettre : jusqu'à minuit la ligne est partagée entre CHBA et praticiens libéraux (une semaine par mois pour le CHBA et 3 semaines pour les libéraux) ; exercice de la PDESES de nuit profonde par le CBA et le CHU de Rennes. 15 ophtalmologues œuvrant en clinique ou en ville sont mobilisés.

Encadré 13 : Un exemple de coopération entre CHU de Rennes et la Clinique Saint Laurent

La clinique St Laurent est un ESPIC. Le CHU de Rennes a créé sur son site une unité de post-urgences et la clinique a ouvert 15 lits de post-urgences dans l'unité de médecine polyvalente. Dans ce cadre une ligne de PDESES mutualisée couvrant l'unité et les lits de post urgence a été mise en place, avec en complément une ligne d'interne partagées entre le CHU et la clinique courant les lits de médecine, de post urgences et le SSR.

3.3.2 Des pistes pour mieux équilibrer la contribution des différents acteurs peu consensuelles et à approfondir

3.3.2.1 Faiblesse des leviers disponibles pour mobiliser les praticiens libéraux en cas de réticences de leur part

En cas de refus de professionnels libéraux ou d'établissements privés lucratifs de participer à la PDESES, l'ARS ne dispose pas de levier pour surmonter cette opposition. La négociation et la force de conviction prévalent, sachant par ailleurs que le conseil départemental de l'ordre des médecins ne semble pas se positionner sur un rôle de tiers pour rapprocher les points de vue en cas de difficultés.

La première et principale limite tient au cadre d'exercice libéral lui-même, les lois et règlements qui le règlent ne prévoyant pas d'obligation formelle de participation à la PDSSES.

L'article 77 du Code de déontologie médicale (R.4127-77 du code de la santé publique) établit bien qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent », mais ce devoir ne correspond plus à une obligation individuelle depuis 2002 s'agissant de la permanence des soins ambulatoire. L'article 6314-1 du CSP dispose par ailleurs que « La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins [...] dans le cadre de leur activité libérale [...] » et que « Le directeur général de l'ARS communique au représentant de l'Etat dans le département, les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires [...] » ; mais cet article ne pose pas d'obligation de participation à la PDSA ni à la PDSSES.

Un hiatus est ainsi possible entre la direction d'un établissement privé lucratif favorable à une participation à la PDSSES pour gagner en activité et visibilité, et les praticiens libéraux qui y exercent, sur lesquels ne pèsent ni obligation légale ni lien de subordination à l'égard de la clinique. L'implication de ces praticiens passe donc nécessairement par des démarches négociées avec les directions d'établissements dans le cadre des contrats d'exercice, le cas échéant assorties d'incitations financières. **La contribution de la FHP relève en la matière que « le levier majeur des établissements de santé reste ... leur force de persuasion ».**

En l'absence de participation au service public hospitalier, le DG de l'ARS ne peut pas non plus confier l'exercice d'une ligne de PDSSES à un établissement privé en cas d'impérieuse nécessité constatée sur un territoire, comme cela est prévu pour les établissements de santé participant au service public hospitalier (art R 611-42 du CSP).

Le régime actuel des autorisations a également des limites pour impliquer l'ensemble des acteurs dans la PDSSES. Certaines ARS, sur la base de l'article L.6122-7¹⁰⁴, conditionnent l'octroi d'autorisations d'équipements médicaux lourds, à la participation à la PDSSES en imagerie. Mais ces clauses se révèlent peu efficaces une fois l'autorisation donnée si les engagements initiaux ne sont pas respectés, **la sanction prévue (suspension ou retrait de l'autorisation) apparaissant trop lourde à manier.**

Par ailleurs le rythme de renouvellement et d'octroi des autorisations ne correspond pas nécessairement à celui de l'urgence d'un problème de PDSSES à régler sur un territoire. Autre limite du régime actuel des autorisations, il ne prévoit pas pour toutes les activités réglementées la possibilité d'une mutualisation de l'obligation de permanence médicale, ce qui peut générer des risques de contentieux à l'encontre des décisions de mutualisation de lignes prises par les ARS dans le cadre de la PDSSES. Enfin se pose la question des activités hors régime des autorisations (cf ORL, ophtalmologie), pour lesquelles les établissements publics de santé ont du mal à assurer la PDSSES, du fait d'équipes trop réduites.

¹⁰⁴ L.6122-7 : « l'autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique. Elle peut également être subordonnée à des conditions relatives à la participation à une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L.6112-1 ou à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et à la permanence des soins. »

3.3.2.2 Les pistes pour favoriser une contribution accrue des praticiens libéraux à la PDES, dans le cadre d'une meilleure reconnaissance des établissements de santé privés dans le dispositif

La mission n'a pas pu approfondir techniquement les pistes de nature à faciliter un meilleur équilibre entre les différents acteurs dans la participation à la PDES, les interlocuteurs potentiels (administrations, ordres, fédérations) n'étant pas pleinement disponibles. Il lui semble toutefois que la situation très tendue de l'exercice de la PDES dans certains territoires et pour certaines spécialités, est de nature à justifier l'étude de leviers plus contraignants, dans un équilibre global qui permette également de mieux reconnaître la place des établissements de santé privés dans la PDES. Les pistes suivantes ont été identifiées :

- **Faciliter une compréhension partagée des enjeux de la PDES sur les territoires.** Il s'agirait de poser au niveau territorial un cadre d'échange entre GHT et ES privés sur la PDES, en renforçant la place de la PDES dans le cadre de la coordination des soins urgents¹⁰⁵ et/ou en faisant évoluer le contenu du schéma territorial de PDES pour prévoir des articulations entre GHT et partenaires de leur territoire. Les CPTS par contre, n'apparaissent pas à ce stade comme le cadre le plus adapté (déploiement très lacunaire dans certaines régions, maille territoriale parfois trop fine par rapport aux enjeux de la PDES).
- **Mieux reconnaître la place dans la PDES des établissements de santé privés sur certains territoires et dans certaines activités.** Il s'agirait en particulier d'attribuer les lignes au titre de plateaux techniques spécialisés à forte activité, en priorité dans les établissements dotés de SAU. Compte tenu de la contrainte financière, la mission n'estime par ailleurs pas prioritaire de prévoir à court terme une revalorisation du montant des indemnités pour les praticiens libéraux, mais force est de constater que l'absence d'actualisation depuis bientôt 10 ans envoie un signal négatif et n'est pas prolongeable indéfiniment.
- **Favoriser les dispositifs de coopération et mutualisation de moyens pour les activités sous tension.** La facilitation du montage de plateformes d'imagerie associant acteurs publics et privés constitue une priorité, pour permettre l'aboutissement des initiatives en cours en région.
- **Mettre à l'étude les conditions d'une mobilisation des établissements de santé privés lucratifs et des professionnels libéraux, pour contribuer à la PDES, en cas de carence conduisant à une situation d'impérieuse nécessité sur un territoire.** Le sujet est d'une extrême sensibilité, sachant que la participation à la PDSA est établie sur la base du volontariat depuis 2002, avec toutefois une possibilité de réquisition. Toutefois le fait que la PDES constitue une mission de service public susceptible d'être exercée par des établissements de santé privés, pourrait justifier cette mesure d'exception pour garantir, de façon transitoire, l'effectivité de la PDES dans une spécialité et sur un territoire ciblés. Cette mesure serait mobilisée probablement de façon très exceptionnelle, mais constituerait un levier supplémentaire de négociation pour les ARS. Les contrats d'exercice passés entre les cliniques et les praticiens libéraux devraient prévoir également une obligation de participation à la PDES, en cas de désignation par l'ARS de leur établissement pour exercer une ligne dans ce cadre.

¹⁰⁵ le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) prévu à l'article R6313-1 du CCP pourrait en théorie constituer ce cadre

- **Travailler, dans le cadre de la réforme des autorisations, à faciliter d'une part la mutualisation des lignes de PDSSES et d'autre part à rendre effectives les clauses de participation à la PDSSES introduites par les ARS dans les décisions d'autorisation.** Une piste consisterait à introduire des sanctions financières qui en cas de non-respect de obligations de participation à la PDSSES, seraient plus facilement mobilisables qu'une suspension ou un retrait d'autorisation. Cette mesure s'appliquerait en particulier aux autorisations relatives à l'activité d'imagerie.

Recommandation n°8 Etudier l'extension du champ de l'article R611-42 pour permettre au DG de l'ARS, en cas d'impérieuse nécessité, de désigner un établissement de santé privé lucratif pour participer à la PDSSES, à titre temporaire ; prévoir dans les contrats liant établissements et praticiens libéraux, une obligation de participer à la PDSSES en cas de mise en œuvre de l'article R611-42.

Recommandation n°9 Etudier dans le cadre de la réforme des autorisations des dispositions de nature à faciliter la mise en œuvre de la PDSSES dans les activités en tension (imagerie en priorité) ; expertiser l'introduction à l'article L.6122-7 de sanctions financières, mobilisables notamment en cas de non-respect d'une obligation de participation à la PDSSES liée à l'octroi d'une autorisation ;

Recommandation n°10 Renforcer le fondement juridique de la mutualisation des lignes de PDSSES, en prévoyant dans le cadre de la réforme des autorisations la mutualisation possible de la permanence médicale pour certaines activités, et en explicitant mieux cette possibilité dans les textes relatifs à la PDSSES pour couvrir l'ensemble des activités, autorisées et non autorisées.

4 La PDSSES pâtit des fragilités des ressources médicales, publiques en particulier, qu'elle contribue à amplifier

Les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation des gardes et des astreintes dans les établissements publics de santé, à leur rémunération et au décompte du temps de travail n'opèrent pas de distinction entre les lignes principalement mises en œuvre au titre de la PDSSES stricto sensu ou au titre de la continuité des soins.

En pratique, les responsables des établissements santé et les praticiens concernés n'opèrent pas non plus cette distinction entre permanence et continuité des soins dans l'organisation et le fonctionnement des gardes et des astreintes.

De même, les différentes bases de données relatives à la rémunération, au temps de travail et aux conditions de travail des médecins (CNG, Diamant, DREES) ne permettent pas de distinguer l'impact sur ces dimensions des premières et des secondes.

L'évaluation de l'impact spécifique de la PDSSES en matière de ressources humaines est de ce fait très compliquée. Les analyses présentées reposent en partie sur l'exploitation de données relatives aux gardes et astreintes appréhendées globalement et non uniquement sur celles mises en œuvre dans le cadre de la PDSSES.

La mission considère toutefois que les enjeux pour l'offre de soins et la gestion des ressources humaines médicales sont suffisamment importants et étroitement liés pour justifier que l'analyse soit approfondie y compris lorsque le distinguo permanence *versus* continuité n'est pas possible.

4.1 La PDSSES, une réalité avec laquelle les acteurs hospitaliers entretiennent des rapports ambivalents

4.1.1 La PDSSES au cœur de nombreux enjeux, de rémunération et d'attractivité notamment, qui la dépassent et pèsent sur la sollicitation des ressources médicales

La mission a pu constater dans le cadre de ses auditions et déplacements que la mise en œuvre de la PDSSES soulève d'autres enjeux que la seule organisation optimale de l'accès aux soins la nuit et le week-end, des enjeux qui conditionnent fortement le positionnement et les prises de décision des acteurs. On relèvera en particulier :

- Un enjeu d'image et de « marketing » hospitalier
Cet enjeu est particulièrement sensible historiquement pour les établissements publics de santé, pour lesquels la mise en œuvre de la PDS représente un élément consubstantiel de leurs missions ; cet enjeu est aussi important pour les représentants des établissements privés qui y associent une forte dimension de reconnaissance des missions qu'ils remplissent dans le système de santé, en particulier dans leurs filières stratégiques ;
- Un enjeu de financement pour les établissements publics
Pour ceux qui bénéficient « historiquement » de financements au titre de la PDSSES, toute mesure de gestion (suppression ou partage de ligne, réduction des montants forfaitaires alloués) représente une baisse de ressources. Dans un contexte de pression budgétaire soutenue au cours de la dernière décennie, les acteurs s'efforcent de préserver les financements dont ils bénéficient ;
- Un enjeu de rémunération pour les professionnels
 - Les praticiens libéraux réalisant des gardes ou des astreintes dans les établissements privés au titre de la PDSSES perçoivent de l'assurance maladie des indemnités forfaitaires de sujétion, ainsi qu'une rémunération pour les actes effectués à cette occasion. Si la garde ou l'astreinte n'est pas reconnue au schéma régional de la PDSSES, elle n'est pas rémunérée, ni par l'assurance maladie ni par l'établissement. Seuls les actes réalisés pendant la garde ou l'astreintes génèrent une rémunération ;
 - La situation est différente pour les praticiens hospitaliers publics. Toute garde ou astreinte réalisée leur est rémunérée par l'établissement. Et si les établissements ont intérêt à ce que leurs gardes et astreintes soient reconnues dans le schéma régional pour percevoir de l'ARS les financements correspondants, ils ont également toute autonomie pour en créer hors du schéma. Les charges induites sont dans ce cas supportées sur le budget de fonctionnement de l'établissement.

La mission a constaté que **la création de gardes et d'astreintes, en PDSSES ou au titre de la continuité des soins, peut être motivée par une autre considération que la structuration nécessaire des filières de soins : assurer aux praticiens une rémunération complémentaire à leurs émoluments de base.**

Il s'agit souvent, des dires des responsables hospitaliers, d'une condition *sine qua non* au recrutement de praticiens, voire en conséquence, au maintien de certaines activités dans l'établissement. Ces situations semblent plus répandues dans les établissements, centres hospitaliers de taille moyenne, notamment ceux éloignés des grands centres urbains, qui rencontrent des difficultés aigues d'attractivité. **La participation à une garde ou une astreinte devient alors paradoxalement un facteur d'attractivité.**

La fréquence de ces situations est difficile à objectiver. Les témoignages recueillis par la mission sont toutefois suffisamment nombreux pour être rapportés et pour que cette réalité soit prise en compte dans les analyses développées.

L'appropriation de ces enjeux est au cœur de la complexité et de l'ambivalence du rapport de chaque acteur avec la permanence des soins ; elle n'est pas sans impact sur la gestion des ressources humaines médicales :

- La PDSSES est revendiquée et défendue par les établissements publics quand ils alertent dans le même temps sur l'impact négatif sur l'attractivité des carrières publiques et sur le déséquilibre de charges supporté par rapport aux praticiens libéraux ;
- Les représentants des établissements privés regrettent souvent de ne pas être davantage reconnus par les ARS dans l'organisation de la PDSSES. Cette revendication ne concerne toutefois la plupart du temps que certaines spécialités, correspondant à leur positionnement stratégique, beaucoup moins les spécialités dans lesquelles la PDSSES peut être fragile dans les territoires ;
- Les praticiens sont à la fois intéressés par l'opportunité d'augmenter leur rémunération en assurant des gardes ou des astreintes et préoccupés de l'impact de celle-ci sur leurs conditions de travail, en particulier lorsque la taille réduite de l'équipe médicale impose une fréquence élevée de gardes ou d'astreintes.

4.1.2 Des difficultés amplifiées dans le secteur public du fait des écarts de rémunération et de marges de manœuvre limitées en matière de politique de salariale

La mission a pu mesurer lors de ses déplacements la sensibilité aiguë pour les acteurs hospitaliers, publics en particulier, des questions d'attractivité en lien avec les tensions démographiques et les différentiels de rémunération, en particulier dans les spécialités les plus concurrentielles.

Si les acteurs conviennent que l'attractivité des carrières médicales publiques procède d'un ensemble de facteurs (le projet médical, la nature des activités, le fonctionnement des équipes, l'équipement mis à disposition, les conditions de travail), les questions de rémunération tiennent manifestement une place importante.

Les responsables hospitaliers disposent de marges de manœuvre très limitées leur permettant de développer une politique de rémunération réellement différenciée pour tenir compte de déficits d'attractivité liés à des considérations territoriales ou aux écarts de rémunération avec le secteur libéral: les grilles indiciaires, les déroulements de carrière, le régime indemnitaires des praticiens hospitaliers sont fixés par voie réglementaire ; les conditions de rémunération des praticiens contractuels sont également très strictement encadrées.

Les seuls éléments variables de paie à leur disposition sont liés soit à l'exercice territorial, soit surtout à la participation aux gardes et astreintes et à la réalisation de temps de travail additionnel (TTA) et ils ont à plusieurs reprises indiqué y avoir recours en appui de leur politique d'attractivité.

La mission s'est donc attachée à objectiver les constats qui lui ont été rapportés en cherchant à comparer, dans certaines spécialités les plus directement concernées par la PDSSES, les revenus des praticiens libéraux et des praticiens hospitaliers en identifiant en outre, dans le revenu des praticiens hospitaliers, la part résultant d'indemnités et de primes, en particulier celles liées aux gardes et

astreintes, qui s'ajoutent à leurs émoluments de base. Elle s'est pour cela appuyée sur des données publiées par la DREES¹⁰⁶ et par le CNG¹⁰⁷.

- La mission attire l'attention sur le fait les données comparées ne sont pas strictement équivalentes¹⁰⁸.
- Les données présentées mettent toutefois en évidence des constats éclairants et utiles pour les travaux conduits par la mission.

Tableau 7 : Analyse comparée des revenus nets des praticiens libéraux et hospitaliers dans une sélection de spécialités¹⁰⁹

Spécialité/ discipline	Médecins libéraux Revenu 2014	Praticiens hospitaliers Revenu en CH 2016	Rapport revenus libéraux / PH en CH	Praticiens hospitaliers Revenu en CHU 2016	Rapport revenus libéraux / PH en CHU
Anesthésistes réanimateurs	193.300 €	84.700 €	+ 128 %	78.300 €	+ 147%
Radiologues/ imagerie médicale	201.000 €	80.200 €	+ 150 %	66.800 €	+ 200 %
Spécialités Chirurgicales	160.800 €	79.350 €	+ 102%	71.700 €	+ 124 %
Ophtalmologie (DREES) / Spécialités Chirurgicales (CNG)	168.000 €	79.350 €	+ 111%	71.700 €	+ 134 %
Cardiologues (DREES) / Spécialités médicales (CNG)	136.400 €	71.800 €	+ 90 %	67.100 €	+ 103 %
Pédiatres (DREES) / Spécialités médicales (CNG)	73.300 €	71.800 €	+ 2%	67.100 €	+ 9 %

Source : DREES, CNG

Les enseignements suivants peuvent être dégagés des données du tableau ci-dessus :

- Les revenus nets des praticiens libéraux sont supérieurs à ceux des praticiens hospitaliers, dans des proportions extrêmement significatives, y compris pour ceux exerçant en CH qui sont en moyenne supérieurs aux revenus des praticiens exerçant en CHU (+90% pour la cardiologie, +128% pour l'anesthésie réanimation, +150% pour la radiologie). Le revenu net des radiologues libéraux est triple de celui des radiologues exerçant en CHU.
- La pédiatrie fait figure d'exception dans le panel présenté, les revenus hospitaliers étant quasiment équivalents aux revenus libéraux.

¹⁰⁶ Note Études et Résultats n°1022 de la DREES, « Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014 », Tableau 3 relatif au revenu libéral 2014.

¹⁰⁷ Rapport d'activité 2018 du CNG Tome 2 Études statistiques complémentaires, Quatrième partie « Bilan de l'enquête rémunérations des personnes médicaux ».

¹⁰⁸ Elles portent sur le revenu de deux années différentes (2014 et 2016) ; elles ne portent pas exactement sur le même découpage de spécialités (données disponibles par disciplines et non par spécialités concernant les praticiens hospitaliers) ; elles ne comprennent pas pour les praticiens hospitaliers les revenus issus de l'activité libérale (environ 10% des PH exercent une activité libérale en CHU, 20% en CH).

¹⁰⁹ Rapport d'activité 2018 du CNG Tome 2 Études statistiques complémentaires, Tableaux 13 et 14 relatifs aux rémunérations nettes annuelles moyennes des praticiens hospitaliers temps plein.

- Cette analyse d'écart est d'autant plus significative que le revenu des praticiens hospitaliers comprend une part significative (voir ci-dessous) composée d'indemnités et primes issues des gardes et astreintes et du temps de travail additionnel, correspondant à des sujétions supplémentaires par rapport aux obligations de service de base.
- Ces écarts objectivent une situation de déficit concurrentiel en matière de rémunération sur laquelle les acteurs hospitaliers ont fortement insisté.

Tableau 8 : Analyse de la part des indemnités et primes dans la rémunération brute des praticiens hospitaliers¹¹⁰

Spécialité/ discipline	Praticiens hospitaliers Revenu brut en CH	Indemnités et primes moyennes en CH ¹¹¹	Part des indemnités et primes dans revenu global en CH	Praticiens hospitaliers Revenu en CHU	Indemnités et primes moyennes en CHU	Part des indemnités et primes dans revenu global en CHU
Anesthésistes réanimateurs	103.400 €	28.700 €	27,7%	96.300€	21.600 €	22,4%
Radiologues/ imagerie médicale	96.800 €	22.000 €	22,7%	82.100 €	12.200 €	14,8 %
Spécialités Chirurgicales	96.300 €	24.600 €	25,5 %	88.300 €	17.300 €	19,6 %
Spécialités médicales (dont cardiologie et pédiatrie)	87.900 €	16.000 €	18,2 %	83.100 €	11.200 €	13,5 %

Source : CNG

Les enseignements suivants peuvent être dégagés des données du tableau ci-dessus :

- La part des indemnités et primes est significative, elles représentant de 18,2 à 27,7 % du revenu global annuel en CH ;
- Leur poids relatif est sensiblement plus élevé en CH qu'en CHU, et ce dans toutes les spécialités. Cela peut s'expliquer par un effet prix (niveau moyen des astreintes rémunérées) ou volume (fréquence de participation liée à la taille des équipes), analyse approfondie que la mission n'a pu conduire.

L'analyse peut être poussée à un niveau plus fin portant spécifiquement sur le poids financier représenté par les gardes, les astreintes et le temps de travail additionnel dans les spécialités et disciplines plus particulièrement étudiées.

¹¹⁰ Rapport d'activité 2018 du CNG Tome 2 Études statistiques complémentaires, Tableaux 7 et 8 relatifs aux rémunérations brutes annuelles moyennes des praticiens hospitaliers temps plein.

¹¹¹ L'essentiel des indemnités et primes perçues est constitué de l'indemnité de sujétion de gardes, des indemnités d'astreintes et des indemnités de temps de travail additionnel (Tableaux 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 et 32 du tome 2 Études statistiques du Rapport d'activité 2018 du CNG).

La seule autre indemnité à représenter un poids significatif dans le total des primes et indemnités perçues est l'indemnité de service public exclusif. Elle représentait 5.560 € en 2016 pour les praticiens qui l'ont perçu toute l'année (90% en CHU et 80% en CH). L'indemnité de service public exclusif est une indemnité prévue au 6° de l'article D6152-612-1 versée aux praticiens exerçant leur activité à temps plein et qui s'engagent, pour une période de trois ans renouvelable, à exercer exclusivement en établissement public, c'est-à-dire à ne pas exercer d'activité libérale intra hospitalière.

Le tableau 9 met en évidence, pour chaque spécialité/discipline, la proportion de praticiens concernés ainsi que le montant moyen perçu¹¹² en 2016 au titre des indemnités de sujétion de garde, des astreintes et du temps de travail additionnel.

Tableau 9 : Impact des gardes, astreintes et du temps de travail additionnel sur les praticiens hospitaliers exerçant en CH

	GARDES		ASTREINTES		TTA ¹¹³	
	% de PH concernés ¹¹⁴	Perçu par ETP en moyenne au titre de l'indemnité de sujétion ¹¹⁵	% de PH concernés	Perçu par ETP en moyenne au titre des indemnités pour astreintes ¹¹⁶	% de PH concernés	Perçu par ETP en moyenne au titre de l'indemnité du TTA ¹¹⁷
Anesthésistes réanimateurs	85,6%	16.637€	26,7%	7.087€	94%	6.962€
Radiologues/ imagerie médicale	28,7%	10.734€	78,4%	14.375€	52,7%	7.666€
Spécialités Chirurgicales	32,3%	13.375€	72,4%	16.762€	53,4%	8.190€
Spécialités médicales (dont cardiologie et pédiatrie)	32,9%	8.502€	65,1%	6.958€	52,4%	4.985€
Toutes spécialités/disciplines	41,5%	12.548€	55,8%	7.892€	53,6%	5.557€

Source : CNG

Les enseignements suivants peuvent être dégagés du tableau ci-dessus :

- L'anesthésie réanimation apparaît clairement comme la spécialité la plus sollicitée au titre des gardes avec 85,6% des PH mobilisés¹¹⁸ ;
- En moyenne, toutes spécialités confondues, 41,5% des PH exerçant dans les établissements ayant répondu à l'enquête du CNG ont participé aux gardes en 2016 ;
- La mobilisation des radiologues et les chirurgiens publics dans les dispositifs d'astreintes apparaît très nettement avec un taux de mobilisation respectivement de 78,4 et de 72,4%.

¹¹² Le rapport d'activité du CNG présente également les données correspondant au 1er et au 9ème déciles, ce qui permet d'appréhender de manière complémentaire l'amplitude des écarts pour chaque paramètre, et notamment le niveau atteint pour les 10% des praticiens aux indemnités les plus élevées.

¹¹³ Cumul des praticiens dont le TTA est comptabilisé en TTA de nuit et en TTA de jour.

¹¹⁴ Source : requête spécifique du CNG à la demande de la mission sur la base des informations recueillies dans le cadre de l'enquête Rémunérations 2016.

¹¹⁵ Rapport d'activité 2018 du CNG Tome 2 Etudes et statistiques complémentaires, Tableau 25 Indemnité de sujétion selon la spécialité dans les CH - PH temps plein.

¹¹⁶ Rapport d'activité 2018 du CNG Tome 2 Etudes et statistiques complémentaires, Tableau 31 Astreintes selon la spécialité dans les CH - PH temps plein.

¹¹⁷ Rapport d'activité 2018 du CNG Tome 2 Etudes et statistiques complémentaires, Tableau 27 et 29 TTA de jour + de nuit selon la spécialité dans les CH - PH temps plein.

¹¹⁸ Le taux de mobilisation maximum est atteint la médecine d'urgence avec 93,1%.

- Le taux de mobilisation des spécialités médicales est légèrement inférieur (65,1%). Il doit par ailleurs recéler des disparités relativement importantes entre les réanimateurs, les cardiologues, les pédiatres d'une part et les autres spécialités médicales d'autre part ;
- Le montant moyen perçu par les radiologues et les chirurgiens au titre des astreintes, respectivement 14.375 et 16.762€, est élevé au regard du niveau de rémunération des astreintes. Il est probablement la résultante de la fréquence de mobilisation des praticiens concernés et du niveau de rémunération des astreintes fixé par chaque établissement.
- A titre d'illustration, 16.762€ (chirurgiens) correspond à la réalisation de 90 astreintes par an (soit une tous les 5 jours) si elles sont rémunérées au tarif forfaitisé plafond (189, 96€) ou de 135 astreintes par an (soit près d'une tous les 3 jours) si elles sont rémunérées à un tarif intermédiaire (125€).
- Ces niveaux de sollicitation paraissent élevés dès lors notamment qu'il s'agit de moyennes.
- Enfin, si les anesthésistes réanimateurs sont les plus largement mobilisés au titre du temps de travail additionnel (94%), le revenu moyen issu du TTA est nominalement plus élevé pour les radiologues et des chirurgiens (légèrement supérieure à 50%) qui en effectuent (7.666 et 8.190€).

Ces éléments constituent **un faisceau d'indicateurs qui, sans pouvoir l'établir avec certitude, semblent confirmer les éléments recueillis auprès des acteurs hospitaliers concernant l'utilisation faite du levier des gardes et astreintes comme facteur d'attractivité salariale** et qui peut se traduire par :

- Le maintien ou la création de lignes de garde ou d'astreinte, y compris lorsque les effectifs médicaux sont précaires ;
- L'utilisation optimisée des marges de manœuvre permises par la réglementation pour la fixation du niveau de rémunération des astreintes (cf. possibilité de forfaitisation) sans lien nécessaire avec la lourdeur des astreintes ;
- Le recours, dans certaines situations, à des systèmes de rémunération irréguliers qui dépassent les modalités prévues par la réglementation, cas de figure que les établissements assument au regard de l'importance des différentiels de rémunération et faute de disposer d'autres leviers.

La mission attire donc l'attention sur le fait que :

- La mise en place de gardes et d'astreintes n'est manifestement pas toujours justifiée au regard des stricts besoins de la PDSES ou de la continuité des soins, mais également, dans certaines circonstances, pour consolider une position dans l'offre de soin locale, sécuriser des financements ou améliorer la rémunération des praticiens ;
- Les dispositions actuelles sont peu incitatives à l'optimisation des dispositifs de permanence de soins et à la mutualisation dans ce cadre des ressources médicales compte tenu de l'importance du facteur rémunération individuelle ;
- L'organisation et les dispositifs de rémunération mis en place dans certains établissements sont fragiles sur le plan des ressources humaines mais également sur le plan juridique.

La mission note également que les travaux engagés par la direction générale de l'offre de soins pour renforcer l'attractivité des carrières médicales publiques¹¹⁹, dans le cadre de la stratégie Ma santé 2022, du plan d'action Investir pour l'hôpital et des accords du SEGUR de la santé devraient **proposer aux gestionnaires hospitaliers un ensemble de nouveaux leviers qui pourraient leur permettre de développer des politiques d'attractivité renforcée et de réduire l'utilisation de la PDSSES comme un levier détourné d'attractivité.**

Elle relève que les conclusions du Ségur de la Santé n'ont pas in fine retenu de mesures portant sur les gardes et astreintes, pour retenir prioritairement des mesures de portée plus transversale (revalorisations en début et fin de carrière, revalorisation de l'indemnité de service public exclusif).

4.2 La PDSSES dépendante et exigeante en matière de ressources médicales

Les enjeux financiers ont largement pesé depuis l'origine sur la manière d'appréhender le dossier de la PDSSES. Pourtant, pour fonctionner dans des conditions satisfaisantes, sûres et stables, la PDSSES doit également mobiliser des compétences médicales dont les qualifications, le volume et la répartition sur le territoire doivent être adaptés aux besoins du système de santé.

Les ressources humaines médicales constituent, avec les plateaux techniques, la pierre angulaire de l'organisation de la PDSSES ; il convient d'éviter qu'elles n'en deviennent le talon d'Achille. C'est déjà le cas dans certains territoires et la fragilité réelle de nombre de dispositifs de gardes et astreintes conduit à redouter une aggravation de la situation.

4.2.1 Une mobilisation de temps médical qui pèse fortement sur les équipes hospitalières

De nombreuses informations sont nécessaires pour appréhender de manière fine, à l'échelle territoriale, régionale et nationale, le fonctionnement des lignes de garde et d'astreinte et leur impact sur la mobilisation des ressources médicales¹²⁰. Or ce sujet est extrêmement difficile à documenter. La gestion des plans de gardes et d'astreintes comme celle des praticiens est totalement déconcentrée au niveau des établissements. Il n'existe aucun système d'information qui permette de recueillir et de traiter ces données, pas même à l'échelle régionale.

L'analyse de la réglementation et les enseignements que la mission a pu retirer des démarches qu'elle a initiées (analyse des schémas régionaux, administration de questionnaires auprès des établissements rencontrés, audits) permettent toutefois de dégager les principales problématiques en présence.

Le fonctionnement des gardes sur place ou d'astreintes au domicile a des incidences sur le temps de travail, sur les conditions de travail des praticiens et sur l'organisation des activités. Les éléments relatifs au temps de travail et aux activités présentés ci-dessous s'appliquent en droit aux praticiens

¹¹⁹ Amélioration de l'attractivité de l'entrée dans la carrière, développement de l'exercice mixte, revalorisations indiciaires, reconnaissance des valences non cliniques, amélioration de la reconnaissance de l'exercice territorial, réforme du statut de contractuel, lutte contre les dérives de l'intérim médical.

¹²⁰ Nombre de lignes, répartition par spécialité, nombre de praticiens qui contribuent à chaque ligne, statut, âge, la fréquence moyenne et la répartition par quartiles ou déciles du nombre de gardes ou d'astreintes réalisée par an par praticien, niveau de sollicitation des astreintes (appels, déplacements), de modalités de rémunération des astreintes.

hospitaliers¹²¹ et non aux praticiens exerçant au sein des établissements privés même si des dispositions équivalentes peuvent être appliquées dans la gestion de ces établissements.

4.2.1.1 Impact sur le temps de travail

- La garde, un dispositif de permanence des soins couteux en ressources médicales
 - Une garde mobilise 17 plages¹²² de temps de travail chaque semaine (14 de nuit, 1 le samedi après-midi, 2 le dimanche en journée) soit environ 900 plages par an (selon la répartition des jours fériés). Les obligations de service d'un praticien à temps plein sont de 416 plages par an. 2,3 ETP de praticien doivent donc être mobilisés pour faire fonctionner une ligne de garde sur une année entière (en tenant compte du temps de formation et de l'absentéisme).
 - **Le « coût » d'une ligne de garde ne se limite donc pas aux indemnités de sujétions versées aux praticiens, elle mobilise également un volume substantiel de temps médical.** Cet aspect doit être pris en compte dans les décisions de création ou de maintien de gardes car cela a un impact direct sur le temps de travail disponible pour les activités en journée, impact particulièrement sensible pour les spécialités en tension démographique.
 - **Quand les ressources internes sont insuffisantes pour que l'établissement remplisse ses missions et les mécanismes de mutualisation inopérants, les établissements sont alors contraints de recourir à l'intérim.** Dans les conditions de coût, d'instabilité des équipes et avec les effets délétères sur les collectifs de travail extrêmement préoccupants qui ont été largement décrits. Ce sont, de manière assez cohérente, des spécialités fortement soumises aux gardes telles que la médecine d'urgence et l'anesthésie réanimation qui sont régulièrement citées parmi celles pour lesquelles le recours à l'intérim médical est le plus pratiqué.
- L'astreinte
 - Le temps d'astreinte passé au domicile n'est pas comptabilisé comme du temps de travail, y compris les sollicitations téléphoniques. Seuls les déplacements le sont (temps forfaitaire de déplacement 1h aller-retour + durée de l'intervention sur place).
 - L'impact d'une astreinte sur le temps de travail, comme sur les activités du service (voir au 4.2.1.3), est de ce fait aléatoire. Il dépend du nombre et de la durée des interventions, il est très variable selon la nature des activités et le contexte sanitaire. Certaines astreintes de recours ne donnent lieu à déplacement que quelques fois dans l'année (astreintes très spécialisées en CHU par exemple), d'autres le sont plusieurs fois par semaine (astreintes de chirurgie viscérale par exemple).
- Les organisations mixtes
 - Le choix est parfois fait, pour mieux s'adapter à la réalité du besoin médical et réduire l'impact sur le temps de travail médical, de mettre en place des dispositifs hybrides (demi-garde en 1^{ère} partie de nuit, demi-astreinte en nuit profonde) ou partiel (astreinte de week-end).

¹²¹ L'article R 6152-27 du code de la santé publique prévoit 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 ».

¹²² Une plage de temps de travail correspond à une demi-journée (matin, après midi, soirée ou nuit profonde).

- Si l'organisation hybride paraît cohérente en termes d'utilisation du temps médical, elle semble mal perçue par les praticiens : elle mobilise le temps social utile (la soirée), elle est moins bien rémunérée que la garde, elle est fatigante avec un retour très tardif au domicile et plus compliquée à gérer le jour suivant (cf. impact sur de l'astreinte sur l'organisation des activités). A contrario, les astreintes partielles de week-end ne paraissent pas susciter de réaction équivalente et répondent bien aux besoins qui peuvent être spécifiques au week-end.

4.2.1.2 Impact sur les conditions de travail des praticiens

- La garde

- La pénibilité

L'alternance du travail de jour et de nuit est l'un des 6 critères qui rendent éligibles au compte professionnel de prévention (C2P) avec un seuil d'éligibilité fixé à 50 nuits par an. Si, en l'état actuel, les praticiens hospitaliers, de même que les autres catégories professionnelles de la fonction publique hospitalière, ne sont pas éligibles au C2P, l'existence de ce critère rappelle toutefois que l'alternance du travail de jour et de nuit constitue un facteur de pénibilité reconnu.

La mission invite à veiller, dans l'hypothèse où l'application du C2P prévention serait étendue à la fonction publique hospitalière, à ce qu'il s'applique également aux praticiens dans des conditions qui permettent de reconnaître la pénibilité représentée par les formes les plus exigeantes de participation à PDES.

- La fréquence

L'impact sur les conditions de travail n'est pas le même selon que les praticiens réalisent quelques gardes par an ou qu'ils en assurent deux par semaine et un ou deux week-end par mois.

L'impact individuel de la participation à une ligne de garde est d'autant plus important que le nombre de praticiens qui y participent est réduit. Le rapport entre le nombre de lignes de gardes et d'astreintes à assurer dans une spécialité et le nombre de praticiens disponibles pour y participer constitue un indicateur de soutenabilité particulièrement important.

Ainsi, schématiquement¹²³ :

- Dans une équipe de 12 praticiens mobilisés sur une ligne de garde, chacun doit assurer environ 3 gardes par mois dont une garde de week-end tous les deux à trois mois. Il s'agit dans ce cas d'une contrainte qui paraît relativement supportable ;
- Dans une équipe de 6 praticiens, chacun doit assurer plus de six gardes par mois (soixante-quinze dans l'année) soit plus d'une et demie en moyenne par semaine dont plus d'un week-end par mois. Dans ce cas, la contrainte paraît beaucoup plus difficilement supportable dans la durée.

¹²³ Ces illustrations sont établies hors périodes de vacances ou situations d'absentéisme/dispenses de garde au sein de l'équipe (effectifs réduits et fréquence de garde augmentée)

Si une contribution renforcée peut être demandée en certaines circonstances aux praticiens (congrés, compensation d'absence ponctuelle, recrutement en instance...), la situation est très préoccupante dès lors que l'effort demandé devient chronique. Cela doit conduire à interroger la soutenabilité de l'organisation, pour des raisons de préservation de la santé des praticiens et de sécurité des soins.

- L'intensité

Le fonctionnement d'une garde implique que le praticien soit présent sur site, il n'implique pas nécessairement sa présence permanente dans les services de soins. Sa mobilisation effective dépend de la nature et du niveau de l'activité, le praticien doit adapter sa présence dans le service en fonction. Les établissements mettent donc à la disposition des praticiens des lieux (chambres de gardes) leur permettant de se reposer au cours de la garde tout en restant disponibles sans délai dès que nécessaire.

Lors des entretiens conduits par la mission, de nombreux interlocuteurs ont **fait mention de l'augmentation ressentie au cours des années récentes de l'intensité des gardes**. Plusieurs raisons sont avancées : augmentation du volume de l'activité, évolution de la lourdeur des prises en charge, multiplication des sollicitations d'avis (en CHU notamment). La mission n'a toutefois pu objectiver cette évolution qui est perçue par les acteurs comme un facteur de pénibilité accrue.

Lorsque la charge d'une ligne devient trop lourde, des adaptations peuvent être recherchées (transformation d'une astreinte d'appui en seconde garde, création d'une seconde ligne, appui sur une ligne de garde d'internes). Cela n'est pas toujours possible compte tenu des ressources médicales supplémentaires que de telles adaptations nécessitent.

- L'âge

La pénibilité ressentie et la capacité à accepter la contrainte que représente la participation aux gardes peut évoluer avec l'âge. C'est la raison pour laquelle des dispositifs de dispense ont été prévus par la réglementation.

La mission relève par ailleurs que si la pénibilité des gardes de nuit qui est traditionnellement mise en avant, les plus jeunes praticiens rencontrés ont également fait valoir que les gardes de week-end représentaient une contrainte forte et pénalisante pour leur vie personnelle et sociale.

- L'astreinte

- L'impact des astreintes sur les conditions de travail des praticiens procède, comme pour les gardes, du nombre de praticiens disponibles pour assurer une ligne mais également du caractère aléatoire et parfois répétitif des sollicitations, téléphoniques notamment.

L'impact est considéré comme limité lorsque les sollicitations interviennent en soirée (23h à minuit maximum). Il est *a contrario* beaucoup fort lorsque les appels ont lieu en nuit profonde, et parfois de manière répétée (enchaînement d'interruptions du cycle du sommeil). C'est aspect a été plus mis en avant par les praticiens rencontrés que les conséquences d'une astreinte déplacée.

Ainsi schématiquement :

- Dans une équipe de 8 praticiens mobilisée sur une ligne d'astreinte (semaine/week-end¹²⁴), chacun doit assurer environ 1 astreinte de semaine ou un week-end d'astreinte par mois. Il s'agit dans ce cas d'une contrainte qui paraît supportable ;
- Dans une équipe de 3 praticiens mobilisée sur une ligne de d'astreinte, chacun doit assurer environ trois astreintes de semaine ou de week-end par mois. Cela implique qu'en moyenne chaque praticien est contraint dans son organisation de vie et ses activités personnelles (activités sociales et déplacements) un jour sur trois, et un week-end sur trois. Dans ce cas, la contrainte paraît beaucoup plus difficilement supportable, d'autant plus que comme indiqué, l'astreinte ne représente pas seulement une sujétion d'emploi du temps mais qu'elle génère, dans des proportions variables, des sollicitations et une activité effective.
- Sans pouvoir apprécier s'il s'agit d'une tendance de fond, la mission a entendu, de la part notamment des plus jeunes praticiens, **l'expression d'une préférence pour les gardes vis-à-vis des astreintes. Non pour des considérations de rémunération mais de conditions de travail** : étaient mis en avant le caractère clair et stable de la garde par opposition aux incertitudes associées à l'astreinte ainsi que, signifiant sur le plan sociologique, l'intrusion dans la sphère personnelle que représente l'astreinte.

L'évolution dans certaines spécialités vers des dispositifs plus ramassés, reposant sur un peu plus de gardes et moins d'astreintes, serait congruente avec de telles aspirations.

Encadré 14 : Quelques exemples recueillis au CHU de Nantes et au CH de Cholet

Les ratios présentés par le CHU de Nantes paraissent relativement soutenables dans l'ensemble des spécialités, y compris en anesthésie réanimation (80 praticiens pour 7,5 gardes et 2,5 astreintes), en radiologie (31 praticiens pour 1 garde et 3 astreintes) ou en gynécologie obstétrique (19 praticiens pour 1 garde et 1 astreinte), conséquence probablement de l'attractivité préservée de cet établissement.

La charge de PDES est assurément significative mais le ratio nombre de praticiens/ligne est encore équilibré.

La situation de plusieurs spécialités paraît beaucoup plus précaire au CH de Cholet.

En anesthésie-réanimation, 3 lignes (1,5 garde et 1,5 astreinte) doivent fonctionner avec 12 praticiens et en réanimation, 1 garde avec 4 praticiens, ce qui paraît plus que fragile. A contrario, d'autres spécialités assurent 1 garde avec 7 praticiens (Pédiatrie, cardiologie) voire 10 (gynécologie obstétrique), ce qui correspond à un ratio plus acceptable.

La situation de plusieurs spécialités à astreinte apparaît également très fragile : une astreinte fonctionne avec 4 praticiens en ORL, 3 en imagerie et en néphrologie, 2 en chirurgie vasculaire et en ophtalmologie.

4.2.1.3 Impact sur l'organisation des activités

- La garde

L'article R 6152-27 du CSP stipule que le praticien « bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures » et que « Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, il peut accomplir une durée de travail continue maximale de

¹²⁴ Les astreintes sont le plus souvent organisées avec une astreinte de semaine (du lundi au vendredi) et une astreinte de week-end, du vendredi au lundi.

vingt-quatre heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente ».

Il s'agit de ce qui est usuellement appelé le repos de sécurité. En application de ces dispositions, un praticien ne doit pas être inscrit au tableau de service le lendemain d'une garde. Il s'agit d'une question de protection de la santé du professionnel et de sécurité des activités.

Si le respect du repos de sécurité a longtemps été un sujet de revendication des représentants des personnels médicaux, il semble que désormais le principe soit mieux accepté et respecté de manière croissante. Il doit néanmoins continuer à faire l'objet d'un suivi étroit pour s'assurer que les pratiques se sont durablement adaptées.

- L'astreinte

Dans ce cas de figure à nouveau, la gestion des conséquences de l'astreinte se révèle plus compliquée en raison de l'incertitude qui lui est associée.

Aucune restriction particulière d'activité n'est prévue un lendemain d'astreinte sans déplacement (y compris en cas d'appels téléphoniques en nuit profonde). L'article R 6152-27 du CSP prévoit par contre que « Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement survenu au cours d'une astreinte est garanti au praticien ».

Cela implique que des dispositions doivent être prises dans l'organisation du service pour que dans le cas où le praticien d'astreinte ait eu à se déplacer, ses activités du lendemain n'en souffrent pas.

Cela limite la capacité d'inscrire au tableau de service des activités programmées (en bloc opératoire par exemple) et oriente plutôt vers des activités administratives (courrier, codage) ou de recherche. Ce qui se révèle particulièrement difficile dans les équipes de petite taille et qui interviennent en particulier sur des plateaux techniques (blocs opératoires par exemple) ; les marges d'organisation y sont plus réduites.

4.2.2 Des obligations inégalement réparties entre les praticiens hospitaliers publics et libéraux qui constituent un facteur supplémentaire de fragilisation des ressources médicales publiques

Les dispositions de l'article 77 du Code de déontologie médicale (R.4127-77 du code de la santé publique) rappelées au 3.3.2.1 constituent une limite majeure à l'implication des praticiens libéraux dans le fonctionnement de la PDES.

Il n'existe par ailleurs pas de dispositions conventionnelles, générales ou spécifiques à certaines spécialités, qui concourent à l'engagement des praticiens libéraux dans la PDES.

Cette situation est à mettre en regard des obligations qui pèsent sur les praticiens hospitaliers. Le rôle historique tenu par les établissements publics de santé dans l'offre de soins, les missions de service public qu'ils assument et les dispositions statutaires des praticiens hospitaliers, l'article R 6152-28 du CSP notamment, concourent à faire obligation aux praticiens hospitaliers de participer à la permanence des soins.

Selon qu'il choisit d'exercer en libéral ou en tant que praticien hospitalier public, les obligations du praticien vis-à-vis de la PDES sont de portée différente : son engagement ne peut être que volontaire dans le premier cas, il s'impose à lui dans le second.

La mission a cependant relevé de nombreuses discordances de rédaction dans la réglementation en vigueur, le terme de continuité des soins étant en particulier utilisé à plusieurs reprises dans une acception qui recouvre manifestement les concepts de permanence et de continuité

C'est en particulier le cas de l'article R 6152-28 du CSP¹²⁵ qui dispose que « Les médecins (...) ont la responsabilité médicale de la continuité des soins avec les autres membres du corps médical de l'établissement » ; « Ils participent à la continuité des soins, ou à la permanence pharmaceutique organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile ».

Aussi la mission considère qu'il serait opportun de procéder à la mise en cohérence des textes réglementaires concernant les notions de permanence et de continuité des soins afin d'homogénéiser le droit et d'éviter tout risque d'ambiguïté d'interprétation.

L'une des questions sous-tendues par la mission réside dans l'appréciation du caractère désincitatif de l'obligation de participation à la PDSSES au moment du choix de la spécialité ou de l'engagement dans une carrière à l'hôpital public.

4.2.2.1 Le choix d'une spécialité semble relativement peu impacté par le facteur PDSSES

Le choix de la spécialité représente pour un étudiant une décision très engageante ; elle l'oriente dans un certain type d'activité (chirurgie, biologie, santé publique, psychiatrie...), elle conditionne plus ou moins fortement son mode d'exercice (spécialités à forte prévalence hospitalière ou ambulatoire) et ses conditions de travail (spécialités à plus ou moins forte obligation de PDS), elle détermine en partie le niveau de rémunération auquel il peut aspirer.

La mission a donc sollicité du CNG des données susceptibles de mettre en évidence une possible corrélation entre la charge de participation à la PDSSES et le choix de la spécialité à l'entrée dans le 3ème cycle des études de médecine.

Le CNG a établi une analyse d'attractivité des 44 spécialités reconnues depuis la mise en œuvre de la réforme du 3ème cycle des études médecine, années 2017 à 2020, en rapprochant pour chaque spécialité, le nombre de postes ouverts, le nombre de postes pris à l'issue de la procédure de choix, le rang de classement des étudiants prenant le premier et le dernier poste ouvert dans la spécialité. Il en déduit un indicateur d'attractivité. Plus la valeur de l'indicateur est faible, plus la spécialité est considérée comme attractive.

En 2017, l'ophtalmologie, la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique (0,09) et les maladies infectieuses et tropicales (0,11) étaient les trois spécialités au plus faible indicateur d'attractivité ; la médecine et santé au travail (0,87), la médecine générale (0,84) et la biologie médicale (0,78) étaient les trois spécialités dont l'indicateur d'attractivité était le plus élevé.

L'analyse des données transmises par le CNG permet d'établir les constats suivants :

- Les spécialités qui présentent l'indicateur d'attractivité le plus élevé ne sont pas des spécialités à forte charge de PDSSES (voir ci-dessus) ;
- L'indicateur d'attractivité des spécialités les plus fortement soumises aux charges de PDSSES s'établit globalement dans la moyenne :
 - Anesthésie-réanimation : indicateur de 0,26 à 0,18 de 2017 à 2020

¹²⁵ Statut des praticiens hospitaliers titulaires ; Art 6152-408 pour les praticiens contractuels.

- Médecine intensive de la réanimation : 0,22 à 0,34
 - Gynécologie-obstétrique : 0,35 à 0,30
 - Radiologie et imagerie médicale : 0,15 à 0,20
 - Chirurgies viscérale (0,39) et orthopédique (0,26 à 0,25)
 - Ainsi que, à un moindre niveau, la pédiatrie : 0,37 à 0,40
- La médecine cardiovasculaire, également fortement sollicitée en matière de PDESES figure parmi les spécialités les plus attractives : 0,12 à 0,11.

Il ne semble donc pas y avoir de corrélation entre la charge de PDESES et le choix des spécialités des étudiants. Il n'est par ailleurs pas noté d'évolution significative en matière d'attractivité sur la période étudiée.

On rappellera toutefois que **plusieurs des spécialités à forte charge de PDESES comptent, à l'exception notable de la pédiatrie, parmi les plus rémunératrices en libéral, ce qui n'est probablement pas sans lien avec les choix opérés.**

Encadré 15 : Faciliter le changement de spécialité en cours de carrière pour les praticiens exerçant dans des spécialités fortement soumises à la PDESES

Les futurs praticiens font le choix de leur spécialité à l'entrée dans le 3ème cycle, soit à 25/26 ans en moyenne. L'obligation d'assurer la PDESES tout au long de sa carrière, en particulier si l'on souhaite exercer à l'hôpital public, peut constituer une limite importante au choix de certaines spécialités alors même que l'étudiant est intéressé par la spécialité elle-même.

La loi du 26 janvier 2016 a créé un dispositif, dit du second DES, permettant à des praticiens de changer de spécialité en cours de carrière. Le changement de spécialité doit être volontaire, il est soumis à des conditions de sélection et de formation complémentaire pour accéder à la nouvelle spécialité. Ce dispositif a été conçu pour offrir une alternative à l'irréversibilité du choix initial de la spécialité et permettre une diversification des parcours de carrières.

Il pourrait être utilisé au bénéfice des praticiens souhaitant changer de spécialité après avoir contribué, au cours de leur première partie de carrière, à faire fonctionner la PDS et assumé un volume important de gardes (anesthésistes réanimateurs, réanimateurs, gynécologues obstétriciens par exemple). Une priorité pourrait leur être reconnue lors de l'examen des demandes de changement de spécialité. Cela permettrait d'ouvrir des perspectives de carrière différentes au moment du choix de la spécialité.

4.2.2.2 Une évaluation difficile de la prise en compte de la charge de PDESES à l'entrée ou en cours de carrière

La mission a souhaité évaluer l'impact que ce facteur est susceptible d'avoir sur le choix de carrière, vis-à-vis du secteur public en particulier.

Le CNG publie chaque année dans son rapport d'activité le taux de vacance statutaire sur les postes de praticiens hospitaliers. Ce taux représente le rapport du nombre de postes non pourvus par un praticien titulaire sur le nombre de postes budgétés dans chaque spécialité.

Comme le signale le CNG, cette donnée est à interpréter avec précaution. Le taux de vacance statutaire est structurellement supérieur au taux de vacance réel, un certain nombre de postes étant

dans les faits occupés par des praticiens positionnés temporairement sur d'autres statuts (praticien contractuel ou assistant des hôpitaux dans l'attente d'une nomination comme PH par exemple). Le suivi longitudinal de cet indicateur ainsi que l'analyse du positionnement relatif des spécialités peuvent toutefois se révéler utiles.

Tableau 10 : Taux de vacance statutaire 2019 des postes des praticiens hospitaliers à temps plein dans une sélection de spécialités

Spécialité	Taux de vacance statutaire (en %)
Pédiatrie	22,6 %
Chirurgie infantile	22,6 %
Chirurgie digestive et viscérale	24,3 %
Moyenne nationale	29,1 %
Gynécologie Obstétrique	29,1 %
Médecine d'urgence	29,2 %
Médecine intensive de la réanimation	29,5 %
Médecine cardiovasculaire	33,4 %
Anesthésie réanimation	38,5 %
Médecine du travail	39 %
Oncologie médicale	40,5 %
Radiologie	43,4 %
Ophtalmologie	44,1 %

Source : CNG

Ces données appellent les commentaires suivants :

- Le taux de vacances moyen, toutes spécialités prises en compte, qui s'établit en 2019 à 29,1%, est en dégradation constante au cours des dernières années. Il était de 25,7% en 2015. Cela paraît traduire un affaiblissement régulier de l'attractivité des carrières publiques.
- Il est difficile d'établir une corrélation entre le facteur PDSES et l'attractivité des postes de praticiens hospitaliers, :.
 - Trois des spécialités les plus exposées aux charges de PDSES ont un taux de vacance très proche de la moyenne nationale (Gynécologie Obstétrique, Médecine d'urgence, Médecine intensive de la réanimation) ;
 - Le taux de vacance de la pédiatrie et de la chirurgie digestive est sensiblement inférieur à la moyenne nationale quand celui de l'anesthésie réanimation et de la radiologie sont très supérieurs à cette moyenne ;
 - Enfin, la médecine du travail, l'oncologie médicale et l'ophtalmologie figurent parmi les spécialités dont le taux de vacance est le plus élevé alors que leur charge de PDSES est très limitée voire nulle.

L'analyse de ces données posent à nouveau la question du lien susceptible d'exister entre les critères de choix de carrière et les questions de rémunération et plus largement de tensions démographiques.

Un autre indicateur aurait pu être étudié : l'évolution par spécialité du pourcentage de jeunes diplômés qui passent le concours de PH. Cela permettrait d'évaluer une possible érosion de l'intérêt pour le statut de PH en début de carrière, dans les spécialités les plus exposées à la PDSES en particulier. La mission n'a pas été en mesure de procéder à cette analyse.

De nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission dans le cadre de ses déplacements en région ont insisté sur le fait que les nouvelles générations de praticiens adhèreraient de manière moins naturelle à la nécessité de participer au fonctionnement de la PDSSES.

- Cette obligation constituerait, plus qu'auparavant, un déterminant de choix de carrière, dans certaines spécialités en particulier (anesthésie réanimation, gynécologie-obstétrique, radiologie notamment) ;
- Cette évolution témoignerait de la recherche d'un rapport différent à l'exercice professionnel (équilibre vie professionnelle-vie personnelle, vigilance plus développée concernant les horaires de travail, recours au temps partiel) ;
- C'est le rapport des futurs praticiens à leur exercice et à leurs obligations professionnelles qui est interrogé et le renouvellement des ressources médicales appelées à faire fonctionner la PDSSES au cours des prochaines années et décennies qui en dépend.

En dépit des difficultés d'objectivation mentionnées, la mission considère que cela représente à tout le moins un facteur de risque dont il convient de tenir compte ; un risque de fragilisation du fonctionnement de la PDSSES mais également un risque supplémentaire d'affaiblissement des ressources médicales du secteur public hospitalier.

Recommandation n°11 Reconnaître une priorité lors de l'examen des dossiers de changement de spécialité aux praticiens issus de spécialités fortement soumises aux contraintes de la PDSSES.

4.2.3 De nouvelles approches à développer pour une utilisation plus soutenable du temps médical

La mission a constaté la fragilité réelle de nombre de dispositifs de gardes et astreintes sous l'effet des tensions démographiques, de la dispersion des ressources et d'évolutions sociétales.

- Certaines organisations ne sont toujours opérationnelles que grâce à l'engagement éminemment remarquable de praticiens qui continuent à remplir leur mission en dépit des difficultés croissantes qu'ils rencontrent pour assurer les tableaux de service (faiblesse des effectifs) et de l'épuisement qui en résulte ;
- La continuité de fonctionnement de certains dispositifs repose sur la mobilisation de solutions plus ou moins stables et sécurisantes (recours à l'intérim, délégation partielle de la PDS à des structures tierces de télé-expertise, tableaux de gardes ou d'astreintes incomplets, mobilisation de praticiens à diplômes hors union européenne (PADHUE) non titulaires d'une autorisation de plein exercice...).

Cette situation précaire expose à des risques d'effondrement de la PDSSES dans certaines spécialités ou certains territoires. Le basculement peut intervenir subitement à l'occasion du départ d'un praticien, d'un arrêt maladie, d'une retraite, avec un retentissement possible sur la permanence de soins mais également sur la pérennité d'activités de jour.

La mission considère dans ce contexte que la soutenabilité à moyen et à long terme de l'organisation des gardes et astreintes est fortement dépendante d'une gestion plus maîtrisée et mieux répartie du temps médical. La viabilité des dispositifs ne pourra être assurée si des mesures ne sont pas prises pour réduire l'émiettement des ressources médicales en période de PDSSES.

Pour cela, quatre leviers doivent être mobilisés.

4.2.3.1 La fixation d'un nombre minimal de praticiens nécessaire au fonctionnement des lignes de gardes et d'astreinte

Il n'existe aucune disposition de cette nature dans la réglementation actuelle¹²⁶.

Au regard des fragilités qui affectent la PDSSES et risquent de renforcer la pression qui pèse sur les équipes médicales, la mission est d'avis que **des conditions de viabilité du fonctionnement des lignes de garde et d'astreinte doivent être posées.**

Elles devraient être comprises comme le standard minimum à atteindre. Il devrait être possible d'y déroger en cas de nécessité absolue, sur autorisation expresse du directeur général de l'ARS, après que l'ensemble des autres solutions ait été étudié (mutualisation de ressources, rationalisation de dispositifs, recours à la télé-expertise). L'intégration du pilotage de la PDSSES au sein des GHT contribuera à cette démarche de consolidation des organisations.

Recommandation n°12 Expertiser l'introduction d'un nombre minimal de praticiens pour faire fonctionner les lignes de gardes et d'astreinte avec la possibilité d'y déroger en cas de nécessité absolue sur autorisation expresse du directeur général de l'ARS après que l'ensemble des autres solutions (mutualisation de ressources, rationalisation de dispositif, recours à la télé-expertise) aient été étudiées.

4.2.3.2 La rationalisation des dispositifs de PDS et la mutualisation effective de ressources médicales au sein des territoires

Selon la mission, l'élaboration des schémas territoriaux et régionaux de la PDSSES devrait comprendre un examen systématique du volet démographie et **chaque ligne dont l'inscription est envisagée aux schémas devrait faire l'objet d'une vérification préalable de soutenabilité en matière de ressources médicales disponibles.**

Cette évolution impliquerait une modification de la procédure d'attribution des lignes de garde et d'astreinte au titre du schéma régional qui ne pourraient être allouées automatiquement puisque nécessairement soumises à une vérification concernant les ressources médicales disponibles.

Les mécanismes de financement pourraient par ailleurs être adaptés en cas de mutualisation de lignes (cf. réduction graduelle des financements pour amortir progressivement la perte de ressource et permettre de financer des dépenses d'appui aux nouvelles organisations de PDS mises (ex de l'ARS Pays de Loire), rémunération majorée des lignes les plus lourdes).

Le fonctionnement des gardes et astreintes devrait faire l'objet chaque année d'un suivi à l'échelle du GHT (présentation en Commission médicale de groupement d'un bilan de fonctionnement du schéma territorial) et à l'échelle régionale (présentation du bilan de fonctionnement du schéma régional en Commission régionale paritaire¹²⁷), avec examen systématique, dans les deux cas, des données de soutenabilité démographique.

¹²⁶ Des mentions existent pour les internes et pour les personnels enseignants et hospitaliers.

¹²⁷ Art. 6152-325 et 6152-326 du code de santé publique. Elle est notamment consultée par le DG de l'ARS sur l'organisation de la permanence et de la continuité des soins ainsi que de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et l'évaluation de cette organisation

Recommandation n°13 Prévoir l'examen systématique lors de l'élaboration des schémas territoriaux et régionaux de PDES de la disponibilité des ressources médicales nécessaires pour chaque ligne retenue aux schémas.

4.2.3.3 L'élargissement du vivier des professionnels susceptibles de participer à la PDS

La réforme du 3ème cycle des études de médecine, l'introduction du concept d'exercice en autonomie supervisée au cours de la phase de consolidation des compétences et la création du statut de « docteur Junior » font évoluer la fin du processus de formation des médecins. L'un des objectifs est de mieux les accompagner vers l'accès au plein exercice à l'obtention de leur diplôme d'études spécialisées. Ce chemin d'accès à la pleine autonomie s'entend pour les activités de jour comme de nuit.

- Les docteurs juniors seront amenés à participer aux lignes de gardes ou d'astreintes seniors au cours de la phase de consolidation des compétences. En ce sens ils contribueront à élargir les viviers de professionnels mobilisés pour faire fonctionner la PDES dans les établissements dans lesquels ils seront affectés pour cette phase.
- Leur participation à des gardes ou astreintes seniorisées sera toutefois encadrée par des conditions d'autorisation et de supervision spécifiques. Le respect de ces dispositions est essentiel pour éviter toute dérive risquant de faire des docteurs juniors une variable d'ajustement des plans de gardes et d'astreintes.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé vise à renforcer les conditions de l'intégration au système de santé des praticiens à diplôme hors union européenne (PADHUE). Ces praticiens sont titulaires d'une autorisation d'exercer dans une spécialité délivrée dans leur pays de formation, ils ont satisfait à des épreuves de sélection en France et sont autorisés à réaliser un parcours de consolidation des compétences de deux années avant d'obtenir le plein exercice.

- Leur participation aux gardes et astreintes seniors pourrait être envisagée encadrée par des conditions équivalentes à celles mises en œuvre pour les docteurs juniors. Cela permettrait élargir le vivier des praticiens contribuant au fonctionnement de la PDES tout en sécurisant les conditions.
- Leurs conditions de sélection comme d'encadrement semblent compatibles avec une telle évolution qui nécessiterait une adaptation législative.

De nouvelles dispositions incitatives à l'engagement des praticiens dans le fonctionnement de la PDES au sein de leur territoire pourraient être créées.

- Il est possible pour un praticien, sous réserve de l'accord de sa direction d'établissement, de réaliser des gardes dans un autre établissement. Les contreparties ne sont toutefois pas considérées comme suffisamment attractives pour que les praticiens disponibles s'engagent ou s'engagent dans le respect des dispositions réglementaires relatives au cumul d'emploi dans le secteur public.
- La création d'un mécanisme incitatif de solidarité territoriale a été annoncée par le ministère de la santé parmi les mesures destinées à lutter contre les dérives de l'intérim médical grâce notamment à une majoration de la prime d'exercice territorial.

- La concrétisation et le déploiement rapides d'un tel dispositif devraient être de nature à réduire l'intérêt des praticiens à se tourner vers l'intérim médical, qui doit par ailleurs être mieux contrôlé, ou vers des pratiques de cumul d'emploi non autorisées par la réglementation.

Il convient enfin de rendre possible sur décision du directeur général de l'ARS, la participation des professionnels libéraux en cas de carence menaçant l'effectivité de la permanence des soins au sein d'un territoire (cf. dispositions présentées au 3.3.2.2).

Recommandation n°14 Renforcer les dispositifs existant (prime d'exercice territorial, et indemnités de sujétion) et/ou mettre à l'étude la création d'un nouveau dispositif incitatif à l'engagement des praticiens dans le fonctionnement de la PDSSES au sein de leur territoire.

4.2.3.4 Exploitation de toutes les opportunités offertes par le développement de la télé-expertise

La mission est d'avis que le développement de la télé-expertise est rapide et ses potentialités d'utilisation devraient désormais être recherchée dans le cadre de la rationalisation des dispositifs de PDSSES, et pas uniquement limitées à la radiologie ou à la filière Neuro AVC régulièrement citées.

L'identification systématique dans les schémas régionaux de PDSSES des activités médicales pour lesquelles le recours à la télé-expertise présenterait de l'intérêt permettrait de limiter :

- La dispersion des ressources au sein d'un territoire (création de pôles d'expertise départemental ou régional) ;
- Les déplacements des professionnels (dans le cadre d'astreintes) ou des patients (pour la réalisation d'un diagnostic).

Afin d'appuyer les ARS dans cette démarche, une consultation thématique des Conseils nationaux professionnels pourrait être engagée pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques en la matière.

Le déploiement des nouvelles modalités de collaborations entre établissements reposant sur la télé-expertise devrait s'accompagner de pré requis réglementaires, techniques et financiers pour sécuriser juridiquement les activités envisagées dans le cadre de la PDSSES, assurer leur fonctionnement stable et reconnaître financièrement l'expertise délivrée.

Ces éléments devraient être disponibles et portés, sous une forme accessible et opérationnelle, à la connaissance des établissements de santé pour permettre leur appropriation rapide. L'implication dans cette démarche de l'ANAP et des fédérations hospitalières paraît nécessaire.

Selon la mission, **ce type de dispositif devrait se construire en priorité entre les acteurs du territoire avant d'envisager le cas échéant des solutions d'externalisation à des opérateurs extérieurs** (cf. le projet de plateforme de télé-imagerie en Bretagne). Il s'agit d'un enjeu important de pérennisation d'activités au sein des territoires. A défaut, le risque est élevé de créer les conditions d'une dépendance à un acteur extérieur pour la viabilité de certaines activités.

Recommandation n°15 Mobiliser l'ANAP pour élaborer un vade-mecum sur les solutions de télé-expertise mobilisables en appui de la PDSSES (potentialités d'activités, bonnes pratiques, conditions réglementaires, techniques et financières)

4.3 La reconnaissance financière de la PDES nécessite d'être adaptée aux réalités actuelles de son fonctionnement

4.3.1 Le régime de rémunération des gardes et astreintes doit mieux tenir compte des réalités du fonctionnement de la PDES

La mission indique qu'elle a entendu, lors des entretiens qu'elle a pu conduire, une forte demande des acteurs hospitaliers d'une revalorisation du tarif des gardes et astreintes. Elle n'a pas été en situation de réaliser de simulations budgétaires de ces demandes compte tenu des conditions dans lesquelles ses travaux ont été conduits.

Au-delà des demandes de revalorisations, la mission a identifié un certain nombre de pistes susceptibles de faire évoluer le cadre réglementaire pour mieux répondre aux enjeux de la PDES. Ces pistes sont présentées ci-après. Elles constituent des réflexions exploratoires. Compte tenu des conditions de déroulement de la mission, elles n'ont pu être approfondies techniquement et évaluées financièrement avec la direction générale de l'offre de soins ni testées auprès des acteurs.

4.3.1.1 La reconnaissance des gardes

Cette question doit être traitée sous deux angles :

- La gestion du temps médical
 - Le respect du repos de sécurité au lendemain d'une garde a longtemps été un sujet de revendication des représentants des personnels médicaux. Il semble que le principe soit désormais reconnu par tous et respecté de manière croissante.

Si le dispositif n'appelle pas de modification, la mission recommande que son respect continue à faire l'objet d'un suivi et d'évaluations régulières de la part des instances compétentes, les commissions d'organisation de la permanence des soins à l'échelle territoriale et les commissions régionales paritaires à l'échelle régionale.
 - Les modalités de comptabilisation du temps de travail réalisé au cours des gardes de nuit n'ont pas fait l'objet de modification récentes. L'article R 6152-27 du CSP qui prévoit que « Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine (...). Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées » reste applicable.

La mission constate que la sensibilité de ce sujet est bien identifiée par le ministère de la santé, au regard notamment des dispositions de la directive 2003/88/CE.

Elle relève également que les dispositions prévues par l'article 2 de l'arrêté du 30 avril 2003 permettent aux établissements de comptabiliser le temps médical en continu, dans les spécialités les plus exposées à la réalisation de gardes.

Elle recommande qu'un suivi du déploiement du temps médical continu soit réalisé par les commissions paritaires régionales.
- La rémunération
 - La rémunération actuelle des gardes des praticiens hospitaliers repose sur un tarif unique. Il n'est pas possible de reconnaître différemment celles qui sont particulièrement lourdes.

- La réalité du fonctionnement de la PDS au sein des territoires démontre pourtant que l'intensité de certaines gardes peut être beaucoup plus élevée que la moyenne. Il a également été relevé que, dans certaines situations, les acteurs ne respectent parfois pas la réglementation pour pouvoir accorder des bonifications d'indemnités.

Il serait donc intéressant d'étudier la création d'un coefficient de majoration de l'indemnité de sujétion de garde. Un tel dispositif, encadré, régulé et évalué permettrait de tenir compte :

- De l'intensité particulière de certaines lignes (cf. accompagnement des démarches de mutualisation, reconnaissance de fonctions d'expertise territoriale ou régionale particulièrement sollicitées, par exemple en CHU, augmentation structurelle de l'activité moyenne) ;
- De la fréquence particulièrement élevée de participation des praticiens au fonctionnement d'une ligne de garde (cf. dérogation du directeur général de l'ARS en cas de passage sous le seuil minimal de praticiens requis pour assurer le fonctionnement d'une ligne).

L'engagement des praticiens les plus sollicités serait ainsi mieux reconnu.

Recommandation n°16 Mettre à l'étude la création d'un coefficient de majoration de l'indemnité de sujétion de garde permettant de mieux reconnaître l'engagement des praticiens dans le fonctionnement des lignes les plus lourdes (intensité ou, dans certaines situations, fréquence particulièrement élevée).

4.3.1.2 La rémunération des astreintes

Selon la mission, les modalités actuelles de rémunération des astreintes devraient être modernisées. La mission a fait le constat que des modifications pourraient être envisagées pour mieux tenir compte des aspects suivants :

- La reconnaissance des activités réalisées en télé-expertise depuis le domicile.
 - La création d'un tarif spécifique applicable à certaines spécialités pour lesquelles le recours à la télé-expertise peut être organisé, la radiologie en particulier, semble opportune (cf. meilleure reconnaissance de l'activité assurée pendant les astreintes, réduction des déplacements) ;
- La redéfinition des critères de forfaitisation des astreintes.
 - La possibilité de recourir à la forfaitisation des astreintes offre de la souplesse aux établissements, elle est pour cela appréciée. Il semble toutefois que les dispositions réglementaires pourraient être améliorées pour une mise en œuvre plus simple, équitable et transparente.
- La mission a identifié plusieurs pistes de réflexion qui demanderaient à être approfondies en concertation avec les acteurs hospitaliers :
 - La définition de priorités de déploiement des astreintes forfaitisées (cf. sollicitations téléphoniques élevées, déplacements réduits par exemple) ;
 - L'opportunité de définir des niveaux de forfaitisation afin de simplifier la mise en œuvre (cf. 3 niveaux par exemple) ;

- L'opportunité de supprimer l'exclusivité reconnue aux « activités liées au fonctionnement des blocs opératoires » pour forfaitiser une astreinte au plafond réglementaire (189,96 €) ;
- Le processus de validation institutionnelle des critères de forfaitisation, de sélection des astreintes et de suivi permettant de garantir transparence et équité à l'échelle du GHT.

Recommandation n°17 Ouvrir une concertation destinée à moderniser le régime des astreintes.

4.3.1.3 Mise en cohérence réglementaire en lien avec l'évolution des GHT

Si les évolutions envisagées par la direction générale de l'offre de soins concernant les GHT devaient se concrétiser, la dualité des dispositions inscrites aux articles 13 (pour la rémunération du temps de travail additionnel) et 14 (pour la rémunération des astreintes) de l'arrêté du 30 avril 2003, dualité de régime selon que le GHT a ou non adopté un schéma territorial de la PDSES, n'aurait plus de raison de subsister. Ces schémas territoriaux deviendraient la règle, l'arrêté pourrait être simplifié en conséquence.

4.3.2 Le financement des établissements à adapter en conséquence des modifications apportées au régime de rémunération des gardes et astreintes

Sans préjuger des modifications qui pourraient être apportées au régime des gardes et des astreintes, la mission recommande :

- Que le financement alloué aux CHU tienne compte du surcoût induit par les conditions spécifiques de rémunération des gardes des personnels enseignants et hospitaliers. Plusieurs ARS ont choisi depuis le PRS 1 de tenir compte de ce surcoût. Sa généralisation constituerait une mesure d'harmonisation et d'équité au regard des coûts supportés.
Cette prise en compte pourrait procéder soit de la fixation d'un taux moyen de participation de ces personnels arrêté à l'échelle nationale, soit d'un calcul au réel réalisé chaque année entre les CHU et leur agence.
- Que les modalités de financement des établissements par les agences permettent la couverture la plus juste possible des charges engagées par les établissements pour mettre en œuvre la PDSES. Au-delà de la problématique de la participation des personnels enseignants et hospitaliers, des situations ont été rapportées à la mission dans lesquelles des lignes n'étaient que partiellement prises en charge. Il n'existe par ailleurs aucun mécanisme d'actualisation qui permette de tenir compte des éventuelles évolutions des tarifs réglementaires des gardes ou des astreintes. La couverture au réel du coût des astreintes constitue un autre sujet plus compliqué à expertiser.

Il est symboliquement très important que dès lors que des décisions d'organisation sont prises dans le cadre du schéma régional de la PDSES, les établissements mis à contribution pour assurer cette mission de service public soient couverts le mieux possible des charges qu'ils engagent à ce titre.

5 Éléments de conclusion provisoire sur les axes de travail et éléments de méthode préconisés dans l'hypothèse d'une reprise de la mission

5.1 Les fragilités de la PDSSES qui risquent de s'amplifier dans les prochaines années, appellent des choix stratégiques pour mieux reconnaître et répartir la charge

La mission n'a pas pu dresser un diagnostic de la PDSSES aussi précis et exhaustif que le sujet le mérite. Toutefois, des éléments recueillis ressortent les points d'attention suivants qui, selon la mission, justifieraient une reprise des travaux quand le contexte s'y prêtera.

Si le dispositif de PDSSES semble globalement assurer son rôle d'accès aux soins spécialisés urgents, en particulier pour les situations médicales les plus lourdes grâce à la solidité des réponses de recours, il est soumis à de très fortes tensions qui le fragilisent. Ces tensions risquant de s'accroître fortement dans les prochaines années du fait des problèmes de démographie médicale du secteur public sur fonds d'émiettement et de cloisonnement de l'offre hospitalière, **il y a un risque avéré de fragilisation profonde de cette dimension essentielle de l'accès aux soins urgents.**

D'ores et déjà plusieurs spécialités sont en difficulté : l'imagerie, la pédiatrie et l'anesthésie réanimation. **L'imagerie exige dès la sortie de la crise sanitaire, des travaux nationaux pour conforter la réponse publique et les partenariats publics/privés** sous peine de voir se généraliser dans de brefs délais la dépendance du secteur public aux plateformes privées extraterritoriales délivrant des prestations de qualité inégale, à distance des patients comme des médecins. Trois points semblent prioritaires : l'examen du nombre d'internes à former en particulier en radiologie interventionnelle ; un appui aux travaux engagés par plusieurs ARS pour monter des plateformes territoriales de télé-imagerie ; les conditions juridiques, via la réforme des autorisations d'une mobilisation plus forte des radiologues libéraux dans la PDSSES.

Le rééquilibrage entre secteurs public et privé, qui constituait un objectif de la structuration de la PDSSES dans le cadre de la loi HPST, semble hypothétique sans évolutions du cadre juridique et financier. Mais même si ces évolutions interviennent, le secteur public bénéficiera d'une baisse de la pression mais restera en première ligne en matière de PDSSES. Il est donc essentiel d'apporter des réponses qui contribuent à réduire les difficultés qui pèsent sur ce dernier dans l'exercice de cette mission de service public.

Trois leviers méritent d'être approfondis pour répondre aux difficultés structurelles qui menacent la PDSSES :

- **La reconnaissance financière des gardes et astreintes pour les praticiens publics qui resteront durablement en première ligne sur la PDSSES, cristallise des attentes à la hauteur des frustrations actuelles.** Si les mesures générales de revalorisation prévues par le Ségur constituent une avancée pour l'exercice public hospitalier, des problèmes d'attractivité risquent de perdurer dans certaines spécialités confrontées à des contraintes lourdes au titre de la PDSSES et à des rémunérations beaucoup moins attractives que celles du secteur privé. Des mesures permettant une meilleure reconnaissance financière, des gardes et aussi des astreintes dont l'intensité augmente dans certaines spécialités du fait de la télé-expertise, méritent d'être étudiées (coefficient de majoration pour les gardes les plus lourdes, évolution du régime des astreintes).
- **L'implication accrue du secteur privé dans la PDSSES pour permettre une répartition plus équilibrée de la charge, suppose d'une part de renforcer les leviers juridiques**

mobilisables par les ARS et d'autre part de reconnaître davantage de lignes en dehors des hôpitaux publics, en dépit d'un contexte financier contraint.

- Les travaux relatifs à la réforme des autorisations doivent intégrer la préoccupation de la PDSSES. Plusieurs pistes gagneraient à être expertisées : introduire la possibilité de sanctions financières en cas de non-respect d'une obligation de participation à la PDSSES posée par l'ARS à l'occasion de l'octroi ou du renouvellement d'une autorisation (en particulier dans le champ de l'imagerie), introduire la possibilité d'une permanence médicale mutualisée pour certaines spécialités pour faciliter des lignes de PDSSES partagées.
- Une piste, très délicate politiquement mais proportionnée aux risques de dégradation structurelle de la situation dans les années à venir, gagnerait à être expertisée pour garantir un accès sécurisé aux soins : dans les situations d'impérieuse nécessité, lorsque le secteur public est dans l'impossibilité d'exercer la PDSSES pour une spécialité et sur un territoire ciblé, le secteur privé lucratif devrait pouvoir être transitoirement mobilisé par l'ARS si il est le seul à disposer des ressources médicales nécessaires.
- La contrepartie de ces leviers plus contraignants pourrait être la reconnaissance de davantage de lignes, de façon ciblée, au sein d'établissements privés de santé (notamment dotés de SAU).
- **La mise en œuvre de la PDSSES dans un contexte de démographie médicale sous contrainte, suppose d'aller plus loin dans l'intégration des communautés médicales au sein des GHT, autour d'un projet médical partagé.** La réforme de la médicalisation de la gouvernance devrait constituer un levier. Les mesures du Ségur qui peuvent y contribuer doivent également être promues voire amplifiées (Cf. la revalorisation de la prime d'exercice territoriale). Les démarches de mise en place d'organisations mutualisées de la PDSSES pourraient également bénéficier d'incitations financières pour les praticiens et les établissements.

Par ailleurs, si le choix d'un dispositif largement déconcentré se justifie par la nature même du sujet, qui est articulé au plus fin de l'organisation territoriale des soins, **il y a matière à une animation inter-ARS plus forte qu'aujourd'hui et la question d'une plus grande harmonisation des règles se pose en termes d'équité territoriale.** Il semble légitime de répondre à la demande des ARS de disposer de davantage d'éléments comparatifs entre elles (qualitatifs et statistiques) et à celle des établissements de santé publics et privés, d'une plus grande harmonisation de points de « doctrine territoriale » et de certains aspects financiers majeurs (montants de valorisation financière des lignes, prise en compte du coût des praticiens hospitalo-universitaires, panel des spécialités reconnues). Les échanges méthodologiques sur l'objectivation des critères d'attribution des lignes semblent également utiles pour étayer les choix délicats que doivent effectuer les ARS dans les schémas régionaux de PDSSES entre les objectifs d'accessibilité des soins urgents, de sécurisation de la qualité de ces derniers et d'efficacité dans la mobilisation des ressources médicales et financières. Ceci plaide pour l'élaboration, avant les PRS de 3^{ème} génération en 2022, d'une nouvelle instruction sur la PDSSES, et prenant en compte les apports de la réforme des autorisations.

5.2 Les préconisations méthodologiques pour une reprise des travaux

La mission a pu constater la grande hétérogénéité des pratiques régionales ainsi que l'existence de démarches inspirantes gagnant à être plus largement partagées.

Pour mieux en rendre compte et affiner de manière satisfaisante l'analyse et les pistes de recommandation, la mission recommande de :

- Réaliser des déplacements dans 3 ou 4 régions complémentaires, en particulier des régions de taille importante (dont l'Ile de France plus Auvergne Rhône Alpes, les Hauts de France ou la Nouvelle Aquitaine) et des régions où la part du secteur privé, lucratif et non lucratif, est particulièrement importante (en particulier l'Occitanie qui se distingue par une participation comparativement élevée à la PDSSES des cliniques privées et éventuellement PACA).
- Compléter ces déplacements par des réunions à distance avec les acteurs d'un ou deux DOM, pour éclairer leur situation spécifique.
- Adresser un questionnaire à toutes les ARS couvrant des aspects quantitatifs et qualitatifs relatifs à l'organisation et la mise en œuvre de la PDSSES :
 - Sur la plan quantitatif, la mission est d'avis qu'il conviendrait d'obtenir de chaque ARS un état fiabilisé du nombre de lignes de gardes et d'astreintes reconnues au titre de la PDSSES, par activités médicales et par grandes catégories d'établissements (CHU, CH, ESPIC et cliniques privées) sur le modèle de « l'annexe statistique » collecté au cours des années récentes (sauf en 2000) par le SGMAS auprès des ARS.
 - Sur le plan qualitatif, ce questionnaire pourrait reprendre une partie de la trame de questionnements que la mission a élaborée pour ses entretiens avec les ARS rencontrées, avec un accent mis sur les expériences de collaboration entre établissements (Cf. en annexe le questionnaire utilisé par la mission).
- Adresser un questionnaire à un panel de GHT (au-delà de ceux rencontrés lors des déplacements) à remplir par les établissements membres. Ce questionnaire pourrait s'inspirer de celui établi par la mission en vue de ses entretiens avec les différents types d'établissement de santé (Cf. en annexe).
- Poursuivre les rencontres avec acteurs du secteur que la mission n'a pu rencontrer (ordres, conseils nationaux professionnels, syndicats de praticiens médicaux, représentants des usagers...).
- Compléter les travaux d'analyse de données déjà réalisés, notamment par :
 - Une actualisation des travaux d'analyse menés sur les données de financement pour tenir compte de l'année 2020 (dans un souci de mise à jour et pour s'assurer que données relatives à l'année 2019 ne reflète pas l'impact de certains facteurs particuliers) et dans la mesure du possible une exploitation des données issues de HAPI au niveau départemental ;
 - Un approfondissement des travaux d'analyse menés à partir des données de financement des médecins libéraux mettant en œuvre la PDSSES dans les cliniques privées, notamment en exploitant leur dimension régionale et départementale.
 - Une exploitation des données de la SAE de la DREES, notamment pour mieux apprécier l'impact de la présence des SAU sur le degré de participation des ESPIC et des cliniques privées à la PDSSES.
 - Une exploitation si possible des données de la base Diamant relatives aux dépenses de gardes et d'astreintes des établissements de santé publics¹²⁸, et une exploitation plus poussée des différentes données obtenues du CNG.

¹²⁸ Ces données portent toutefois sur les dépenses de gardes et d'astreintes mises en œuvre au titre à la fois de la permanence et de la continuité des soins. Le champ précis des dépenses couvertes est aussi à expertiser.

- Approfondir l'analyse du modèle économique de la PDSES dans les établissements de santé (couverture de coûts par les dotations actuelles) et la dimension financière des éventuelles réformes proposées.

Mathias ALBERTONE

Geneviève GUEYDAN

Antoine MAGNIER

Françoise ZANTMAN

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ



La Ministre

Paris, le 31.1.2020

DGOS/CAB/I-20-000188

Madame la Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales,

Si une meilleure organisation des soins non-programmés en ville est nécessaire, l'accueil des patients nécessitant des soins hospitaliers urgents en dehors des heures ouvrées (ou permanence de soins en établissement de santé) demeure une mission de service public essentielle. L'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDES), confiée aux ARS (CSP, art. L. 6112-2), a permis de développer des organisations et coopérations inter-établissements et de mobiliser des outils innovants, notamment la télémédecine.

Toutefois, la PDES repose principalement sur les hôpitaux publics et privés non lucratifs avec une mobilisation moindre des établissements privés lucratifs et des professionnels libéraux, ce qui ne permet pas toujours une répartition homogène des sujétions.

Une plus juste répartition des contraintes liées à l'organisation de la PDES entre les différents acteurs constitue un enjeu majeur pour améliorer le déploiement de ce dispositif dans des conditions sécurisées, stables et efficaces. **C'est pourquoi, comme annoncé le 20 novembre dernier, lors du dévoilement du volet « Investir pour l'hôpital » de la stratégie nationale « Ma Santé 2022 » je souhaite que vous meniez une évaluation de la PDES dont l'objectif principal sera de rééquilibrer les contributions de tous les acteurs.**

Vous établirez un état des lieux des diverses organisations territoriales mises en place en matière de PDES et des contributions des différents acteurs à ce dispositif.

.../...

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales
Inspection générale des affaires sociales
Tour Mirabeau
39-43 Quai André Citroën
75739 PARIS cedex 15

14, AVENUE DUQUESNE – 75700 PARIS
TÉLÉPHONE : 01 40 56 00 00 – TÉLÉCOPIE : 01 40 56 00 00

Vous décrirez plus précisément la manière dont les ARS abordent cette problématique, selon les angles d'analyse suivants :

- Le périmètre de la PDSES, qui peut être interprété de façon variable selon les régions ; ses différents modes de segmentation par spécialité médicale, chirurgicale, périnatale et entre acteurs ;
- Le degré de mobilisation des divers acteurs (au niveau des établissements et des professionnels médicaux) en lien avec les cadres d'exercice et les modalités de financement ;
- Les incitations mises en place pour développer les coopérations territoriales, en lien avec le déploiement des GHT et des CPTS ;
- L'adaptation de l'organisation de la PDSES aux spécificités des territoires et aux besoins des populations ;
- Les interfaces avec les cahiers des charges régionaux de la permanence des soins ambulatoires (CSP, art. R.6315-6).

Partant de ce diagnostic, vous identifierez, les leviers en termes de réglementation, d'organisation et de financement permettant d'assurer un plus juste équilibre entre les différents types d'acteurs.

Cette réflexion devra inclure le point de vue des patients/usagers en lien étroit avec l'ensemble des parties prenantes.

Vous prendrez également en compte les réformes en cours, notamment la réforme des autorisations des activités de soins, la réforme des études médicales ainsi que les organisations régionales existantes ou en cours de mise en place (CPTS...) ou d'expérimentations.

Je souhaiterais que vous puissiez rendre vos conclusions sous 6 mois avec une restitution intermédiaire de vos premières réflexions et pistes d'amélioration dans 3 mois. Les services de la DGOS sont à votre disposition pour vous apporter toute information utile à la réalisation de votre mission.

Je vous prie d'agréer, Madame la Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales, l'expression de ma considération distinguée.



Agnès BUZYN

LISTE DES ANNEXES

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

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

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 DE SANTÉ PUBLICS ET DANS LES CLINIQUES
ANNEXE 4 : ANALYSE DES DONNÉES DE FINANCEMENT DE LA PDSSES SUR LA PÉRIODE 2010-2019

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

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

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

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1. Cabinets ministériels :

Cabinet du Premier Ministre

- Franck VON LENNEP, conseiller santé, protection sociale, politiques sociales (chef de pôle) (mars 2020)
- Guillaume Couillard, conseiller technique santé (mars 2020)

Cabinet du Ministre des solidarités et de la santé

- Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur
- Thomas DEROCHE, directeur adjoint Santé (audioconférence) (mars 2020)
- Matthieu Leclerc, conseiller
- Arnaud VANNESTE, conseiller chargé de l'offre de soins

2. Administrations centrales :

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Stéphanie DECOOPMAN, cheffe de service, adjointe à la directrice générale
- Sylvie ESCALON, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins
- Céline CASTELAIN-JEDOR, cheffe du bureau « Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües » (R3), sous-direction de la régulation de l'offre de soins (audioconférence)
- Christopher POISSON-CALAIS, adjoint à la cheffe du bureau R3
- Hélène Baret, chargée de mission, bureau R3
- Maxime PUTTON, chargé de mission « réforme des autorisations d'activité », bureau R3
- Sophie TEIXERA, chargée de mission, bureau R3 (audioconférence)
- Elsa VERGIER, cheffe du bureau « Premier recours » (R2), sous-direction de la régulation de l'offre de soins
- Camille BRUNAT, chargée de mission « Aide médicale d'urgence », bureau R2
- Ingrid BOINET, chargée de mission « Transports sanitaires », bureau R2
- Edith RIOU, cheffe du bureau « Evaluation, modèles et méthodes » (R5), sous-direction de la régulation de l'offre de soins
- Elizabeth BOUTTIER, chargée de mission « hôpitaux de proximité », bureau R5
- Marion PAUFIQUES, chargée de mission « projet régional de santé », bureau R5
- Charles VIGOUROUX, chargé de mission pour les affaires juridiques, bureau R5 (audioconférence)

- Camille RUIZ, adjointe à la cheffe du bureau R5 (entretien téléphonique)
- Vanessa FAGE-MOREEL, sous-directrice des ressources humaines du système de santé
- Marc REYNIER, adjoint à la sous-directrice des ressources humaines du système de santé
- Maeva BARBIER, cheffe du bureau « Personnels médicaux hospitaliers : statuts, parcours - professionnels et relations sociales » (RH5)
- Béatrice GIRAUD, adjointe au chef du bureau RH5
- Lucie BESSON, chargée de mission, bureau B5

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

- Muriel BARLET, sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
- Fabien TOUTLEMONDE, chef du bureau établissements de santé, sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
- Hélène CHAPUT, cheffe du bureau des professions de santé, sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie

Direction de la sécurité sociale (DSS)

- Nicolas LABRUNE, sous-direction du financement du système de soins
- Yann DESPLAN, adjoint au chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux » (1A)

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)

- Muriel VIDALENC, cheffe de service du pôle Santé ARS
- Laurent PELLEN, chargé de mission en charge du fonds d'investissement régional, pôle Santé ARS
- Morgane Guillemot, chargée de mission sur l'offre de soin, pôle Santé ARS
- Noëlle SINANG, stagiaire, pôle Santé ARS
- Jérôme BROCCA, statisticien référent SI, Observation données de santé - Stratégie, ARS Centre-Val de Loire (audioconférence)
- Cassandre DUPUIS-BELAIR, cheffe de projet MOA HAPI « autres champs », SCN SIM ARS, ARS Bretagne (audioconférence)
- Natacha LEMAIRE, rapporteur général du conseil stratégique de l'innovation en santé (audioconférence)

Direction des finances, des achats et des services (DFAS)

- Samuel DEBUYS, adjoint au chef du bureau ARS, sous-direction des affaires financières (audioconférence)

3. Agences, caisses de sécurité sociale et autres organismes publics :

Collège des directeurs généraux d'agences régionales de santé (ARS)

- Jean-Yves GRALL, directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, président de la conférence (audioconférence)

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- Housseyni HOLLA, directeur général (audioconférence)
- Véronique SAUVADET, cheffe de service « Financement et Analyse économique » (audioconférence)
- Dr Marie-Caroline CLEMENT, chargée de mission « Veille prospective et analyse des activités de soin », service « Classifications, informations médicale et modèle (audioconférence)

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

- Franck de RABAUDY, responsable du département des professions de santé, direction de l'offre de soins direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (audioconférence)
- Marie HOUSSEL, responsable adjointe du département de l'hospitalisation, direction de l'offre de soins, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (audioconférence)

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

- Eve PARIER, directrice générale
- Christel PIERRAT, directrice générale adjointe
- Elsa LIVONNET, cheffe du département de gestion des praticiens hospitaliers
- Philippe LE LAN, Responsable du pôle chargé de la qualité, du contrôle interne, du contrôle de gestion et des études statistiques
- Séverine BUISINE, statisticienne, pôle chargé de la qualité, du contrôle interne, du contrôle de gestion et des études statistiques

Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie

- Anne-Marie BROCAS, présidente (audioconférence)

5. Fédérations hospitalières

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratif (FEHAP)

- Guillaume CHESNEL, directeur de l'offre de soins et de la coordination des parcours de santé
- François MORO, adjoint au directeur d'offre de soins et de la coordination des parcours de santé

- Dr Anne LECOQ, conseillère médicale

Fédération hospitalière de France (FHF)

- Zaynab RIET, déléguée générale
- Laurence MAUTE, chargée de mission aux affaires générales et au cabinet
- Marc BOURQUIN, conseiller stratégique
- Alexandre MOKEBE, chargé des questions sanitaires, pôle Offre de soin

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

- Lamine GHARBI, président
- Christine SCHIBLER, déléguée générale
- Thierry BECHU, délégué général de la branche Médecine, chirurgie et obstétrique
- Marie-Claire VIEZ, responsable stratégie

6. Conférences hospitalières :

Conférence des directeurs généraux de CHU de France

- Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, directrice générale du CHU de Tours, présidente de la conférence (audioconférence)
- Michaël GALY, directeur général du CHU de Strasbourg, président de la commission des affaires médicales de CHU (audioconférence)
- Alexandre FOURNIER, secrétaire général (audioconférence)

Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier (CH)

- Francis SAINT-HUBERT, directeur du CH départemental de Vendée, président de la conférence (audioconférence)
- Maxime MORIN, directeur du CH de Roubaix (audioconférence)
- Cécilia WAHEO, secrétaire générale (audioconférence)

Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement (CME) de CHU

- Pr Francois-René PRUVOT, chef du service de chirurgie digestive et transplantations et président de la CME du CHU de Lille, président de la conférence
- Emmanuelle DEFEVER, directrice de cabinet auprès de la conférence

Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement (CME) de CH

- Dr Thierry GODEAU, diabétologue-endocrinologue, président de la CME du groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, président de la conférence
- Dr Jean-Marie WOEHLE, spécialiste en médecine interne, président de la CME des Hôpitaux civils de Colmar, vice-président de la conférence
- Dr David PINEY, président de la CME du CH de Lunéville, secrétaire général de la conférence

7. Autres organisations professionnelles :

Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU)

- Dr Laurent MAILLARD, responsable du service des urgences et du SAMU du centre hospitalier Agen-Nérac, coordonnateur médical de l'observatoire régional des urgences de Nouvelle Aquitaine, président de la fédération

Société française de radiologie (SFR)

- Pr Jean-François MEDER, président (audioconférence)
- Pr Louis BOYER, vice-président en charge des affaires professionnelles et président du CNP de Radiologie (G4) (audioconférence)
- Monsieur Julien MARCELLE, directeur (audioconférence)

8. Personnalités rencontrées dans le cadre de déplacements en région ou au titre de leurs fonctions en région :

Auvergne-Rhône-Alpes

ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes

- Jean-Yves GRALL, directeur général (audioconférence)
- Igor BUSSCHAERT, directeur de l'offre de soin (audioconférence)
- Dr Corinne RIEFFEL, directrice déléguée pilotage opérationnel, premier recours, parcours et professions de santé, direction de l'offre de soin (audioconférence)
- Florence BROSSAT, chargée de mission campagne budgétaire des établissements de santé (audioconférence)

Bourgogne-Franche-Comté

ARS de Bourgogne-Franche-Comté

- Pierre PRIBILLE, directeur général

Bretagne

ARS de Bretagne

- Stéphane MULLIEZ, directeur général (visioconférence)
- Emmanuel BEUCHER, directeur adjoint Financement et performance du système de santé, direction de l'hospitalisation, de l'autonomie et de la performance
- Dr Patrick AIRAUD, retraité, chargé de mission PDSSES, direction adjointe Financement et performance du système de santé
- Dr Natacha PRAT-ROBILLIARD, chargé de mission, direction adjointe Financement et performance du système de santé
- Virginie GABORIAU, chargée de mission, direction adjointe Financement et performance du système de santé

Polyclinique Saint-Laurent (Rennes)

- Mathias MAURICE, directeur général du groupe HSTV
- Céline LEMAITRE, directrice de la polyclinique
- Jacques MORANTIN, directeur des soins
- Dr Philippe DRUELLES, coronarographe, président de la CME
- Dr François PINOCHE, gériatre et coordonnateur médical du pôle médecine/SSR

Groupement hospitalier de Bretagne Sud (Lorient et environs)

- Thierry GAMOND-RIUS, directeur général, administrateur principal du GCS Clinique du Ter (visioconférence)
- Alain PHILIBERT, directeur général adjoint, directeur délégué de l'hôpital du Scorff (visioconférence)
- Fabienne ORY BALLUAIS, directrice adjointe en charge des affaires et coopérations médicales et de la recherche clinique (visioconférence)
- Dr Armelle LEVRON, chef du service de pharmacie de l'Hôpital du Scorff, présidente de la CME (visioconférence)
- Dr Nathalie DANIELLE, chef du service des urgences – SMUR – UHU de l'hôpital du Scorff, présidente de la COPS (visioconférence)

GCS Clinique du Ter (Ploemeur)

- Christophe BERARDI, directeur (audioconférence)
- Sandra THOUEMENT, coordinatrice des services de soins (audioconférence)
- Dr Ludovic Tristan, chirurgien orthopédiste, président de CME (audio conférence)
- Dr. Damien GUILLOTIN, anesthésiste, président de l'association des praticiens libéraux de la clinique du Ter (audioconférence)

Groupe hospitalier Brocéliande Atlantique (Vannes et environs)

- Philippe COUTURIER, directeur général (visioconférence)
- Corinne GAUTIER directrice adjointe du CH de Ploërmel, directrice opérationnelle du pôle territorial inter-établissements femme-enfant et chirurgie (visioconférence)
- Dr Pierre-Yves DEMOULIN, ORL oncologie, président de la CME et de la COPS du CHBA (visioconférence)
- Dr Christophe LE RAY, cardiologue, chef du pôle vasculaire du CHBA, vice-président de la CME du CHBA (visioconférence)
- Dr. Cécile KERNALEGUEN, urgentiste, membre de la COPS du CH de Ploërmel (visioconférence)
- Dr. Grégory PAPIN, chirurgien urologue, responsable médical de la structure interne d'urologie du CHBA (visioconférence)

Hôpital privé Océane (Vannes)

- Nicolas-Pierre POIZAT, directeur général (visioconférence)
- Dr. Benoit BARBIER, anesthésiste-réanimateur (visioconférence)
- Dr Amandine LEREBOURS-Barbier, gynécologue-obstétricien (visioconférence)
- Dr Claire DUHAUT-PALLARD, pédiatre (visioconférence)

FHF Bretagne

- Nathalie CONAN-MATHIEU, déléguée régionale permanente (en visioconférence)

Centre-Val de Loire

ARS de Centre-Val de Loire

- Laurent HABERT, directeur général
- Sabine DUPONT, directrice de l'offre sanitaire
- Agnès Hubert-JOUANNEAU, directrice adjointe de l'offre sanitaire
- Romain BOURRELIER, stagiaire
- Denis GELEZ, Responsable de la délégation départementale d'Eure-et-Loir de l'ARS

CHU de Tours

- Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, directrice générale
- Muriel POUMEROULIE, directrice des affaires médicales
- Arnaud CHAZAL, directeur adjoint des affaires médicales
- David RITTER, direction des affaires médicales
- Pr Frédéric PATAT, chef du service Echographie-Doppler, président de la CME
- Dr Eric PICHON, praticien hospitalier, pneumologie, président de la commission de l'organisation de la permanence des soins, vice-président de la CME
- Dr. Bruno AESCH, directeur de l'information médicale, service d'information médicale, épidémiologie et économie de la santé
- Pr Saïd LARIBI, chef du service des urgences-adulte, du SAMU 37 et du SMUR
- Dr Véronique JULIE, directrice du SAMU 28 (entretien téléphonique)
- Mathilde BARBAZ, praticien hospitalier, anesthésie-réanimation
- Franck BRUYERE, professeur des universités-praticien hospitalier, urologie
- Petru BUCUR, praticien hospitalier, chirurgie digestive
- Nicolas CAZENEUVE, praticien hospitalier, radiologie adultes
- Thibaud GENET, praticien hospitalier, cardiologie
- Louis-ROMEE LE NAIL, praticien hospitalier, chirurgie digestive
- Yves MAROT, praticien hospitalier, urgences pédiatriques
- Emmanuelle MERCIER, praticien hospitalier, médecine intensive-réanimation
- Amaury FACQUE, interne de chirurgie (audioconférence)
- Lucie FROMONT, interne d'anesthésie-réanimation (audioconférence)
- Margaux JOBARD, interne urgentiste (audioconférence)
- Kristen JOSEPH-DELAFFON, interne de pédiatrie (audioconférence)

CH de Chartres

- Pierre BEST, directeur
- Julien GUILLAUME, directeur-adjoint en charge des relations humaines et de la recherche clinique
- Dr Pierre KALFON, chef du service de réanimation, président de la CME
- Dr Patrick SINDA, chef du service d'anesthésie et réanimation
- Dr Franck ALBERT, chef du service de cardiologie et cardiologie interventionnelle, chef du pôle cardiologie-néphrologie-diabétologie
- Pr Claude SMADJA, chef du service et du pôle de chirurgie digestive
- Dr Valentin BOHOTIN, chef du service de neurologie et USINV
- Dr Abdessamed SADDAR, chef du service des urgences/SMUR
- Manon BEAULIER, Interne de médecine générale dans le service de pédiatrie

- Mathieu GUILBERT, interne dans le service des urgences/SMUR

CH de Dreux

- Dr Véronique JULIE, directrice du SAMU 28, présidente de la CME (audioconférence)

Clinique Pôle Santé Léonard de Vinci (Chambray-les-Tours)

- Thierry CHAGNAUD, directeur général (visio-conférence)
- Aurélien FROT, directeur général délégué (visio-conférence)
- Dr Rémi JUBERT, cardiologue, président de la CME (visio-conférence)

Hôpital Privé d'Eure et Loir – ELSAN (Chartres)

- Michel LABRO, directeur
- Dr Frédéric GEORGET, médecin onco-gériatre, service des urgences
- Dr Rim SAVATIER, médecin, service des urgences
- Dr Hervé RIGAULT, urgentiste, service des urgences
- Dr Ziad ALISSA, anesthésiste-réanimateur

Pays de la Loire

ARS des Pays de la Loire

- Dr. Jean-Yves GAGNER, conseiller délégué à la stratégie médicale, direction de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie

CHU de Nantes

- Philippe El SAÏR, directeur général
- Laetitia MICAELLI-FLENDER, directrice générale adjointe
- Guillaume CARO, directeur du pôle affaires médicales, recherche et stratégie territoriale, secrétaire général du GHT 44
- Milan LAZAREVIC, directrice adjointe du pôle affaires médicales, recherche et stratégie territoriale
- Isabelle BERARD, responsable du bureau des affaires médicales, pôle affaires médicales, recherche et stratégie territoriale
- Dr Sylvie METAIRIE, chirurgien viscéral et digestif, vice-présidente de la CME, membre du directoire
- Pr Dominique El KOURI, cheffe du pôle médecine, urgences, prévention présidente de la COPS

Clinique du Confluent (Nantes)

- Dr Michel BOURGADE, chirurgien orthopédiste, président du conseil d'administration

- Didier DELAUAUD, directeur général
- Sylvie ROUSSELOT, directrice des soins
- Dr Sabine MERESSE, médecin DIM
- Maëlle VILLARD, chargée de mission projet médical
- Dr Bruno RIOULT, algologue, président de la CME
- Dr Benoit BURIN, urgentistes, membre du comité de direction médicale de l'établissement
- Dr Ludovic RONCHI, ANESTHEISTE, membre du comité de direction médicale de l'établissement
- Dr Antoine BMMERT, cardiologue
- Dr Pierre FOURQUIER, chirurgien - digestif, thoracique et endocrinien
- Sylvie FROGER, pharmacien gérant
- Dr Olivier GUENEGO, radiologue, centre d'imagerie médicale IRIS GRIM
- Dr Rodolphe LEROUX, chirurgien orthopédique - colonne vertébrale
- Dr Samuel PINEAU, infectiologue
- Dr Benjamin VION, gériatre onco-gériatre

Clinique Jules Verne - Groupe Hospi Grand Ouest (Nantes)

- Hubert JASPARD, directeur
- Sébastien CAMPARD, anesthésiste-réanimateur, président de la CME

CH de Cholet

- Pierre VOLLOT, directeur
- Dr Mirela GOYET, chef du service réanimation unité de surveillance continue, présidente de la CME
- Dr Caroline SOULIE, urgentiste, présidente de la COPS
- Dr Laure BAUDIN, chef du service des urgences, membre du directoire
- Dr Maryse BARREAU, chef du pôle interventionnel-soins aigus
- Dr Danielle BESCHU, chef du service imagerie médicale
- Dr Assia DJEMA, chef du pôle spécialités médicales
- Dr Tiphaine MERGEY, chef du service biologie
- Dr Françoise NICOLET, chef du pôle réadaptation gériatrie

SIGLES UTILISES

AAP : Appel à projet

AFS : Agence française du sang

AMELI : Assurance maladie en ligne

ANAP : Agence nationale Appui à la Performance

ARA : Auvergne/Rhône/Alpes

ARH : Agence régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence régionale de Santé

AURA : Auvergne/Rhône/Alpes

AVC : Accident vasculaire cérébral

BFC : Bourgogne-Franche Comté

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CCN : Convention collective nationale

CE : Conseil européen

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre hospitalier Universitaire

CHR : Centre hospitalier Régional

CME : Comité médical d'établissement

CNAMTS : Caisse nationale assurance maladie des travailleurs sociaux

CNG : Centre national de gestion

CNP : Conseil national de pilotage

COPS : Comité d'organisation de la permanence des soins

C2P : Compte prévisionnel de prévention

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat d'objectifs et de moyens

CPP : Contrat de pratique professionnelle

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CSP : Code de santé publique

DAC : Direction d'administration centrale

DES : Diplôme d'étude spécialisée

DG : Directeur général

DG : Dotation globale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DOM : Département d'outre-mer

DOS : Direction de l'organisation des soins

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

EIGS : Evènement indésirable grave associé aux soins

EPS : Etablissement public de santé

ES : Etablissement de santé

ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

ESPL : Etablissement de santé privé lucratif

ETP : Equivalent temps plein

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

FHF : Fédération hospitalière de France

FHP : Fédération hospitalière privé

FIR : Fond d'intervention régional

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GRH : Gestion des ressources humaines

HAD : Hospitalisation à domicile

HAPI : Harmonisation et partage de l'information

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

HU : Hospitalo-universitaire

IRM : Imagerie par résonance magnétique

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

LOLF : Loi organique relative aux lois de finances

MCO : Médecine/chirurgie/obstétrique

MIG : Mission d'intérêt général
MSP : Mission de service public
MNSS : Loi de modernisation de notre système de santé
NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
OQN : Objectif quantifié national
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PACA : Provence Côte d'Azur
PADHUE : Praticien à diplôme hors Union Européenne
PDL : Pays de la Loire
PDSA : Permanence des soins ambulatoire
PDESES : Permanence des soins en établissement de santé
PDSH : Permanence des soins hospitaliers
PEH : Personnel enseignant hospitalier
PH : Praticien hospitalier
PMP : Projet médical partagé
PRS : Plan régional de santé
PTHS : plateau technique hautement spécialisé
PU-PH : Praticien Universitaire- Praticien Hospitalier
RESAH : Réseau des acheteurs hospitaliers
RH : Ressources humaines
ROR : Répertoire opérationnel des ressources
SAE : Statistique annuelle des établissements
SAMU : Service d'aide médical d'urgences
SAU : Service d'accueil des urgences
SGMAS : Secrétariat Général du Ministère et es affaires sociales
SIBC : Système d'information budgétaire et comptable
SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation
SPH : Service public hospitalier
SPL : Secteur privé lucratif
SPNL : Secteur privé non lucratif

SRS : Schéma régional de santé

SROS : Schéma régional de l'organisation des soins

SRR : Soins de suite et de rééducation

TTA : temps de travail additionnel

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNV : Unité neuro vasculaire

URPS : Union régionale des professionnels de santé

USIC : Unité de soins intensifs en cardiologie